

Noora Jaatinen & Sara Takaneva

Sairaanhoitajien kokemuksia dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarpeesta

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Noora Jaatinen & Sara Takaneva

Työn nimi: Sairaanhoidajien kokemuksia dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarpeesta

Ohjaaja: Helinä Mesiäislehto, TtT, lehtori & Virpi Salo, KM, TtK, lehtori

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 41

Liitteiden lukumäärä: 5

Dialyysi on elintärkeä potilaalle, jonka munuaisten toiminta on selvästi heikentynyt ja jonka elimistöön alkaa kertymään kuona-aineita. Hoitona dialyysi on hyvin sitovaa, ja potilaan on omistettava suuri osa elämästään sille. Potilaan henkinen jaksaminen joutuu koetukselle rankkojen ja pitkien hoitojen takia. Potilas tarvitsee tukea hoitajalta fyysiseen ja psyykkiseen jaksamiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla teemoitetun esseemuotoisen verkkokyselyn avulla, miten potilaiden henkinen tuki otetaan huomioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää dialyysiosastolla tapahtuvaa hoitotyötä etesimällä ratkaisuja tutkimuksen keinoin. Kohde organisaationa toimi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin dialyysiosasto. Opinnäytetyön aineisto kerättiin dialyysiosaston 14 sairaanhoitajalta.

Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: Miten dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeet ilmenevät sairaanhoitajan kokemusten mukaan, miten dialyysissä käyvien potilaiden henkinen jaksaminen huomioidaan ja millaista henkistä tukea sairaanhoitaja tarjoaa dialyysissä käyville potilaille?

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarjoamisen tärkeäksi, sillä oireita jaksamattomuudesta ilmeni. Havainnoinnin ja vuorovaikutuksen avulla nousi esiin selviä henkisiä ongelmia, kuten mielenterveysongelmia ja masentuneisuutta. Tuloksissa kävi ilmi, että sairaanhoitajat käyttivät aitoa läsnäoloa ja kuuntelemista tukeakseen potilaan henkistä jaksamista. Dialyysiosaston sairaanhoitajien vastauksista nousi kehittämisehdotuksena esille psykiatrisen sairaanhoitajan lisääminen kiinteäksi osaksi dialyysissä käyvien potilaiden hoitopolkua.

Avainsanat: dialyysi, henkisen tuen tarve

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree program in Nursing

Author/s: Noora Jaatinen & Sara Takaneva

Title of thesis: The experiences of nurses for patients in dialysis and their mental health support

Supervisor(s): Helinä Mesiäislehto-Soukka, PhD, Senior Lecturer and Virpi Salo, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2017

Number of pages: 41

Number of appendices: 5

Dialysis is vital for a patient whose kidney function has clearly weakened and kidney waste products are starting to cumulate into the patient's body. As a treatment, dialysis is binding and the patients has to dedicate a big part of their lives to dealing with such treatment. Patients' mental health is challenged because of the tough and long treatments. Patients need support from nurses in order to be able to manage emotionally and physically living with the disease and the treatment.

The purpose for this thesis is to find out, using a theme-based online questionnaire, how the mental health of patients in dialysis is noted. The aim was to develop nursing care on dialysis unit by finding solutions with the help of this study. The target organization of this thesis is The Hospital District of South Ostrobothnia and their dialysis unit. The material was collected from 14 nurses working at a dialysis unit.

The thesis aimed at answering questions such as: How do mental health needs of patients in dialysis occur according to nurses? How has the mental health of patients in dialysis been taken cared of? What kind of mental health support do nurses provide for patients?

The results of this thesis indicate that nurses consider the provision of mental support for patients in dialysis to be important, especially since signs of mental weakness appeared. By observation and interaction, nurses realized mental health problems and depression. The results showed that nurses' presence and listening to patients supports patients' mental health. Development suggestions for nurses on dialysis unit would be adding a psychiatric nurse as part of the treatment path of patients in dialysis.

Keywords: dialysis, mental health support

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 MUNUAISET JA NIIDEN TEHTÄVÄT	7
2.1 Munuaisten anatomia ja fysiologia.....	7
2.2 Munuaisten tehtävät	9
2.3 Munuaisten toimintakyky ja vajaatoiminnan syyt.....	9
3 DIALYYSI VAJAATOIMINNAN HOITOKELINONA	11
3.1 Dialyysi	11
3.2 Hemodialyysi hoitokeinona.....	11
3.3 Peritoneaalidialyysi hoitokeinona.....	12
4 DIALYYSISSÄ KÄYVÄN POTILAAN HENKINEN JAKSAMINEN JA SEN TUKEMINEN	13
4.1 Dialyysissä käyvän potilaan elämänlaatu ja selviytyminen.....	13
4.2 Dialyysissä käyvän potilaan tuen tarpeen tunnistaminen	14
4.3 Hoitotyön keinot dialyysissä käyvän potilaan tukemisessa.....	14
4.4 Potilaan kokema tuen tarve	16
4.5 Sairaanhoitaja dialyysihoidon toteuttajana	18
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	20
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
6.1 Opinnäytetyön menetelmät.....	21
6.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	21
6.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi	22
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	24
7.1 Dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeet sairaanhoitajien arvioimana ..	24
7.2 Dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeiden ilmenemisen muodot.....	25
7.3 Sairaanhoitajien keinot dialyysissä käyvien potilaiden henkisen jaksamisen huomioimisessa	26

7.4 Sairaanhoidajien tarjoama henkinen tuki dialyysissä käyville potilaille.....	27
7.5 Sairaanhoidajien kohtaamat haasteet dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarpeeseen vastaamisessa.....	28
7.6 Dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tukemisen kehittämiskohteet	28
8 POHDINTA	30
8.1 Pohdinta opinnäytetyön tuloksista	30
8.2 Pohdinta opinnäytetyön prosessista	33
8.3 Pohdinta opinnäytetyön luotettavuudesta ja eettisyydestä	33
8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet.....	35
LÄHTEET	36
LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Aiheena on dialyysipotilaan henkisen tuen tarpeen kartoittaminen sairaanhoitajan näkökulmasta. Aihealueina ovat dialyysihoito ja tukeminen. Dialyysihoito on potilaalle hyvin sitovaa ja rajoittaa paljon hänen elämäänsä, mikä vaikuttaa myös potilaan henkiseen hyvinvointiin. Hoitajalla on suuri vastuu ohjata ja olla läsnä potilaan hoidossa. Hoitaja on luomassa pohjaa potilaan jaksamiselle. Työelämäyhteys opinnäytetyötä tehdessä on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Seinäjoen keskussairaalan hoitotyön kehittäjä ja dialyysiosasto.

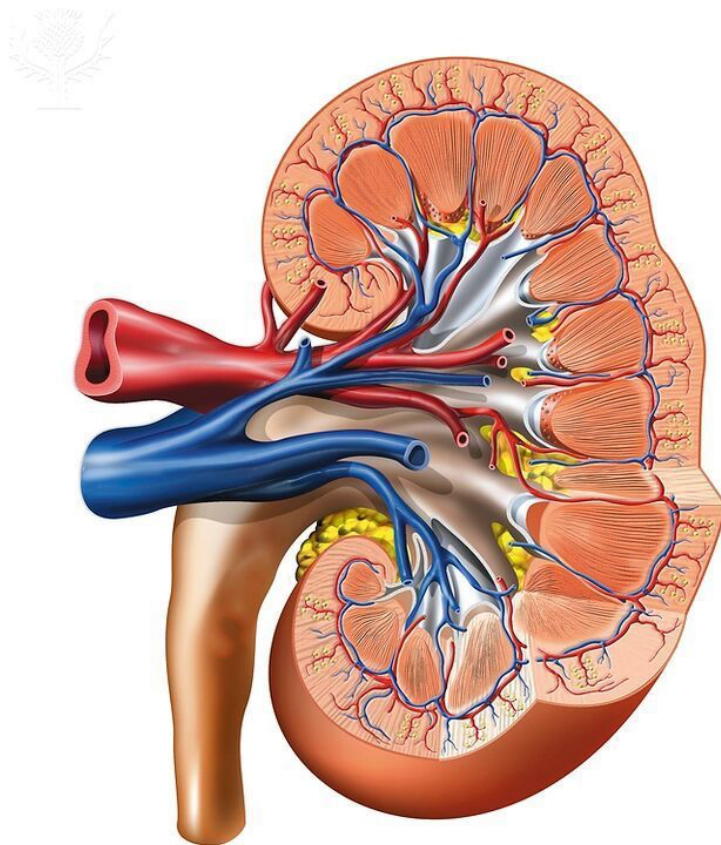
Lähtökohtana opinnäytetyölle on ollut toive kyseisestä aiheesta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Pyyntö kyseisestä aiheesta on tullut, kun osaston henkilökunta on havainnut, että tuen tarpeiden tunnistaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Sairaanhoitajan näkökulmasta ei ole tehty opinnäytetyötä aikaisemmin ja se on koettu ajankohtaiseksi. Aihe on sairaanhoitajaksi oppimisen kannalta tärkeä, koska se opettaa meitä ottamaan dialyysissä käyvät potilaat huomioon kokonaisvaltaisemmin. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvailla esseemuotoisen verkossa olevan kyselyn avulla, miten potilaiden henkistä tukea otetaan huomioon ja arvioidaan. Tavoitteena opinnäytetyölle on kehittää dialyysiosastolla tapahtuvaa hoitotyötä etsimällä ratkaisuja tutkimuksen keinoin.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin dialyysiosaston osastonhoitajan toimintakerptomuksen mukaan helmikuussa 2017 dialyysipotilaita hoidossa oli yhteensä 76, heistä hemodialyysipotilaita oli 61. Potilaista vanhin on syntynyt vuonna 1925, nuorin 1999. Hemodialyysipotilaista suurin osa on miehiä, peritoneaalidialyysipotilaita suurin osa on taas naisia. Dialyysikäyntejä vuonna 2016 oli yhteensä 8889. Vuodesta 2000 lähtien dialyysipotilaiden käyntimäärä on melkein nelinkertaistunut (Mäki-Panula 2016). Dialyysihoitojen määrä on viimeisen kymmenen vuoden aikana kasvanut 18 prosenttia. (Finne & Grönhagen-Riska 2015, 20.) Munuaisten vajaatoiminnan taustalla on yleisimmin tyypin 2 diabetes. Dialyysihoitojen määrän kasvun yhtenä selittäjänä on tyypin 2 diabeteksen lisääntynyt diagnosointi 2000-luvulla. Väestön ikääntymisellä ja eliniän pidentymisellä on vaikutuksia tyypin 2 diabeteksen määrän kasvuun. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

2 MUNUAISET JA NIIDEN TEHTÄVÄT

2.1 Munuaisten anatomia ja fysiologia

Ihmisellä on kaksi munuaista ja ne sijaitsevat kummallakin puolella selkärankaa vatsaontelon takaseinän sekä selkälihaksiston välissä. Aikuisella munuainen on painoltaan 120–170 g ja kooltaan 11–13 cm pitkä. Munuaisen rakenne koostuu (Kuva 1.) kuorikerroksesta ja ydinkerroksesta. Kuorikerros on ydinkerrosta selvästi vaaleampi ja muodostaa yhtenäisen uloimman osan munuaisen rakenteesta. Kuorikerrosta muistuttavaa kudoksesta muodostuu munuaispyramideja. Ydinpyramidin kärkiosa kiinnittyy munuaisaltaan haarauman. Munuaispikarit ovat osa munuaisalasta, joka on suoraan yhteydessä virtsanjohtimeen. (Pasternack 2012, 13-14.)



Kuva 1. Munuaisen anatomia (Antonio, J. 2016 Kidney anatomy, artwork).

Munuainen sisältää noin miljoona nefronia. Nefroni on munuaisen toiminnan perusyksikkö, jossa virtsan muodostus alkaa. (Pasternack 2012, 14.) Nefroneissa

tapahtuu veren suodattumista. Suodattuminen onnistuu munuaisvaltimoiden korkeamman verenpaineen ansiosta. (Leppäluoto ym. 2013, 263). Nefroni koostuu munuaistiehyestä ja munuaiskeräsestä. Munuaiskeräsessä on hiussuonikeränen, jonka ympärillä on pikarimainen keräsenkotelo. Tätä keräsenkoteloa kutsutaan Bowmanin kapseliksi. Munuaiskeräsestä lähtevä munuaistiehye koostuu kolmesta osasta. Näitä osia ovat laskeva kiemuratiehye, Henlen linko ja nouseva kiemuratiehye. Nouseva kiemuratiehye yhdistyy kokoojaputkeen. (Alahuhta ym. 2008, 17-18.) Kokoojaputkeen kiinnittyy keskimäärin 11 nefronia (Pasternack 2012, 14). Kokoojaputkissa virtsa loppukäsitellään valmiiksi. Kokoojaputki kuljettaa virtsan munuaisaltaan kautta virtsanjohtimeen. (Sand ym. 2011, 454.) Nefronit sijaitsevat munuaisen rakenteessa sekä kuori että ydinkerroksessa (Alahuhta ym. 2008, 18).

Munuaiset käyttävät virtsantuotannossa suodattumista, takaisinimeytymistä ja aktiivista eritystä. Bowmanin onteloon munuaiset pystyvät suodattamaan 20 minuutissa koko elimistön veri määrää vastaavan määrän plasmaa. Vuorokaudessa suodatuksen tuloksena on 180 litraa suodosta. Plasmasuodos virtaa tiehyissä, josta suodoksen osia takaisinimeytyy elimistöön. Takaisinimeytyminen tapahtuu tiehyitä ympäröiviin hiussuoniin. Tässä vaiheessa elimistö jaottelee kuona-aineet ja hyödylliset aineet elimistön tarpeiden mukaan. Esimerkiksi takaisinimeytymisessä vesi, glukoosi ja aminohapot siirtyvät takaisin verenkiertoon. Kuona-aineet eivät siirry verenkiertoon vaan jäävät munuaistiehyisiin. (Sand y. 2011, 454-455.) Takaisinimeytymistä voi olla energiaa vaativaa tai ei energiaa vaativaa imeytymistä. Energiaa kulkeutumiseensa vaativat aineet ovat suurempi kokoisia aineosasia. (Alahuhta ym. 2008, 22.)

Aktiivisella erityksellä elimistö voi tarvittaessa lisätä tiettyjen aineiden erittymistä virtsaan yli sen määrän, joka poistuu suodattamalla (Sand ym. 2011, 455). Erittyminen tapahtuu tiehyitä ympäröivistä hiussuonista takaisin tiehyiden onteloon. Aktiivisella erityksellä elimistöistä poistetaan rasvaliukoisia aineita, vety- ja kaliumioneja, lisä- ja lääkeaineita. (Alahuhta 2008, 24.)

2.2 Munuaisten tehtävät

Munuaisten tärkein tehtävä on vastata kuona-aineiden poistamisesta. Kuonanerityksessä elimistö poistaa virtsaan virtsa-aineita eli ureaa ja aineenvaihdunnassa syntyviä tyypipitoisia kuona-aineita. Virtsanmuodostus ylläpitää elimistön tärkeää tasapainotilaa. Munuaiset osallistuvat mineraaliaineenvaihduntaan säätelemällä muun muassa kaliumin ja natriumin eritystä elimistöön. Kalsium- ja fosfaattitasapainoon munuaiset pystyvät vaikuttamaan poistamalla näiden ioneja virtsaan. (Alahuhta 2008, 16.)

Munuaisilla on myös tehtäviä, jotka eivät liity virtsaneritykseen (Sand ym. 2011,452). Tärkeimmät näistä ovat neste-, elektrolyytti- ja happo-emästasapainoon osallistuminen (Leppäluoto ym. 2013, 262). Munuaiset tuottavat myös hormoneja sekä pystyvät aktivoimaan D-vitamiinia elimistössä. Tuotetut hormonit kiihdyttävät punasolujen tuotantoa, jolla on vaikutusta elimistön hapenkuljetukseen. Lisäksi munuaiset ovat keskeisessä osassa verenvirtauksen ja verenpaineen säätelyssä. (Alahuhta 2008, 16.)

2.3 Munuaisten toimintakyky ja vajaatoiminnan syyt

Toimintakyvyn taustalla on useita kuukausia tai vuosia kestänyt hiljalleen munuaisia tuhoava prosessi. Kun munuaisten toiminta heikkenee asteittain, käynnistyy elimistössä sopeutumistapahtumia. Tällä keinolla elimistö huolehtii tasapainotilan säilyttämisestä tarpeellisella tasolla. Esimerkki sopeutumiskeinosta on jäljelle jääneiden nefroneiden suodatusnopeuden kasvattaminen. (Pasternack 2012, 431, 434.)

Munuaisilla on tärkeä tehtävä ihmisen selviytymisen kannalta, sillä jos munuaiset lakkaavat toimimasta ihminen menehtyy noin viikossa. Munuaisten vaurioita ja vajaatoimintaa aiheuttavat sairaudet kuten krooninen munuaisten bakteeritulehdus ja munuaiskerästulehdus. Sokeri- ja verenpainetautiin liittyvä vaikea munuaistauti sekä monet lääkkeet vaurioittavat munuaista (Jaatinen & Raudasoja 2013, 169-170). Taudin kehittyminen ei välttämättä ole tasaisesti etenevää vaan alkuvirtsan suodatus voi huonontua välillä nopeammin ja välillä hidastua. Nopeasti heikkene-

vää suodatusta aiheuttavat erityisesti infektiot, kuivuminen, kohonnut verenpaine ja monet lääkkeet (Alahuhta 2008, 38).

Vajaatoiminnan oireet muuttuvat taudin kehityksen aikana. Alkuvaiheessa moni potilas saattaa olla täysin oireeton tai vähäoireinen. Turvotusta alkaa esiintymään, jos taustalla on tauti, jossa neste pääsee pakenemaan kudoksiin. Määrällisesti virtsaa erittyy runsaasti ympäri vuorokauden, virtsan väkevöitymiskyvyn häiriöt ovat mahdollisia. (Alahuhta 2008, 36-37.)

Pitkälle edenneessä munuaistaudissa yleisimmät oireet ovat ruokahaluttomuus, pahoinvointi, oksentelu, ihon kutina, neuropatia eli lihasvoima heikkous, luuston aineenvaihduntahäiriöt ja alaraajojen hermo-oireisto. Alaraajojen hermo-oireisto on yksi syy dialyysihoitojen aloittamiselle. Neuropatian lisäksi potilas voi kärsiä refleksien heikkenemisestä. Pitkälle edenneessä munuaistaudissa hoidetaan perussyytä eli uremian aiheuttamien myrkkyjen poistoa elimistöstä, koska munuaiset eivät kykene poistamaan myrkkyjä elimistöstä (Alahuhta 2008, 37-38).

3 DIALYYSI VAJAATOIMINNAN HOITOKEINONA

3.1 Dialyysi

Dialyysihoidolla voidaan poistaa elimistöstä myrkyllisiä aineenvaihdunnan loppu- tuotteita ja korjata kudosten nestetasapainoa, suola- ja happo-emästatasapainoa. Kyseessä on siis munuaisten vajaatoiminnan aiheuttavan puutteen epätäydellinen korjaaminen. Dialyysihoidolla on todettu saavutettavan vuosikausiksi tyydyttävä kuntoutuminen. (Palsternack 2012, 555.) Dialyysissä käytetään diffuusiota ja puoliläpäisevää diffuusiokalvoa. Diffuusiossa nesteeseen lienneet molekyylit siirtyvät suuremmasta pitoisuudesta pienempään pitoisuuteen. (Ahonen ym. 2012, 622.)

Potilaalla on mahdollisuus valita eri dialyysimuodoista. Valintaan vaikuttavat potilaan oma tahto, läheisten tuki ja matka läheiseen dialyysiyksikköön. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat myös muut potilaan perussairaudet. Dialyysihoidon valinnassa potilaan tukena on työryhmä. Työryhmään kuuluvat munuaislääkäri, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja ja veritaistukijat. (Alahuhta ym. 2008, 70.)

3.2 Hemodialyysi hoitokeinona

Hemodialyysissä kierrätetään potilaan verta dialyysiaattoriin eli dialyysikoneeseen hemodialyysilaitteiston avulla. Veri kuljetetaan dialyysiaattorissa puoliläpäisevien kalvojen välissä. Puoliläpäisevien kalvojen toisella puolella virtaa dialyysineste eli dialyysaatti. Dialyysinesteen ja veren pitoisuudet ovat erilaiset, jolloin diffuusion avulla vereen lienneet aineet siirtyvät väkevämmästä nesteestä miedompaan nesteeseen. Dialyysinesteessä ei ole kuona-aineita, joten vain tarpeeksi pienikokoiset kuona-aineet siirtyä verestä dialyysinesteeseen. Diffuusioon vaikuttaa myös nesteiden virtaaminen. Dialyysineste laitetaan virtaamaan eriin suuntaan kuin veri, jolloin kuona-aineiden siirtyminen edistyy. Verestä siirtyy kreatiniinia, ureaa, kaliumia, natriumia, fosforia ja vesiliukoisia vitamiineja dialyysinesteeseen. Vastakkaiseen suuntaan dialyysinesteestä vereen siirtyy bikarbonaatteja, kalsiumia ja natriumia. Siirtymisen onnistumiseksi pitoisuudet ovat pienemmät veressä kuin

dialyysinesteessä. Dialyysinesteen pitoisuudella voidaan vaikuttaa verestä siirtyvien aineiden määriin. (Alahuhta ym. 2008, 76.) Hemodialyysihoito toteutetaan 3-4 kertaa viikossa. Hoitokerta kestää kerrallaan 4-5 tuntia. (Heiskanen 2013, 232.)

3.3 Peritoneaalidialyysi hoitokeinona

Peritoneaalidialyysi on hoitomuoto, joka ei ole sidoksissa tiettyyn paikkaan (Ahonen ym. 2012, 630-631). Peritoneaalidialyysi on vatsakalvon kautta toteutettavaa dialyysia. Leikkauksessa vatsaonteloon asetetaan silikoinen dialyysikatetri. (Heikkiniemi 2013, 1.) Dialyysikalvona toimii puoliläpäisevä vatsakalvo. Vatsakalvo on sileäpintainen kalvo, joka peittää vatsaontelon sisäseinämän. Dialyysineste laitetaan vatsaonteloon dialyysikatetrin kautta. Dialyysineste sisältää suoloja ja puskureita, joita on vatsaontelossa jatkuvasti. Peritoneaalidialyysissä dialyysi onnistuu diffuusion sekä osmoosin avulla. Vatsakalvossa on runsaasti verisuonia, joten diffuusio tapahtuu vatsakalvon kapillaariverenkierrosta vatsaontelossa olevaan dialyysinesteeseen. Peritoneaalidialyysin ja hemodialyysin tavoitteet ovat samankaltaiset. Kuten hemodialyysissä, myös peritoneaalidialyysissä hoidetaan munuaisten tehtävät keinotekoisesti. (Ahonen ym. 2012, 630-631.)

Peritoneaalidialyysin hoitovaihtoehtoja on jatkuva vatsakalvodialyysi, jossa neste-pussit vaihdetaan 4-5 kertaa vuorokaudessa. Jaksottaisessa vatsakalvodialyysissä hoito toteutetaan esimerkiksi kolme kertaa viikossa, 12 tunnin hoitona. Hoito toteutetaan automaattikoneella. Potilas voi toteuttaa peritoneaalidialyysihoitoa automaattisella koneella öisin. Ohjelma vaihtaa nestepussit sopivin väliajoin niin, että hoito kestää 8-10 tuntia. Hoidon ajan potilaan vatsakalvossa on dialyysinestettä. Suurin osa potilaista soveltuu itse suorittamaan peritoneaalidialyysihoitoja. Joskus potilas voi tarvita avustajan. Vaihtoehtoisesti hoitoa voidaan myös toteuttaa hoitolaitoksissa. Pussinvaihdossa tulee noudattaa ehdotonta puhtautta, mutta vaihdot voi suorittaa missä haluaa esimerkiksi työpaikalla ja koulussa. (Kilpiö 2013, 239.)

4 DIALYYSISSÄ KÄYVÄN POTILAAN HENKINEN JAKSAMINEN JA SEN TUKEMINEN

Vuonna 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan dialyysipotilaan elämänhalu on selvästi alentunut. Dialyysipotilaat kokevat elämänlaadun muuttuneen erityisesti turvallisuuden, yhteisöllisyyden, rutiinien ja tulevaisuuden suunnitelmien osa-alueilla. Potilaat kokevat hankalaksi tasapainoilun hoidon ja hyvän elämänlaadun säilyttämisen välillä, aikaa aktiviteeteille ja muulle vapaa-ajalle ei juurikaan jää. (Bennet ym. 2015, 160.) Potilaalla on oikeus henkiseen ja hengelliseen tukeen. Tämä perustuu terveydenhuollon lainsäädäntöön ja etiikkaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilasta on kohdeltava niin, ettei ihmisarvoa loukata ja kunnioittaen henkilökohtaista vakaumusta ja yksityiselämää. (Louheranta, Lähteenvuo & Kangasniemi 2016, 234-235.)

Erittäin vaativan sairauden ja jatkuvan omahoidon takia elämän kriisit ja kuormitukset näkyvät nopeasti fyysisessä hyvinvoinnissa. Tähän vaikuttaa tuen puute ja mielen hyvinvointi. Sairaus, sen hoito ja eteneminen tuovat mukanaan huolta. On tutkittu, että mitä pidempään ihminen on kärsinyt sairauden kuormituksesta, sitä monialaisempaa ja pitkäkestoisempaa tukea hän tarvitsee – huomioiden tietenkin ennaltaehkäisy. (Nuutinen, 2015, 17.) Tavallisissa tilanteissa ei tarvita erityisiä psykoterapeuttisia valmiuksia. Potilaan ohjaukseen ja hyvään vuorovaikutukseen perustuva toiminta riittää. Vaikeammissa tapauksissa on hyvä konsultoida psykiatrista hoitoyksikköä. (Idman 2015, 219.)

4.1 Dialyysissä käyvän potilaan elämänlaatu ja selviytyminen

Elämänlaadun lähtökohtana on aina oikeus hyvään elämään. Elämänlaadun parantaminen edellyttää henkilökunnalta valmiutta tunnistaa ja tukea potilaan elämänlaatua ja sen parantavia tekijöitä. Kun hoito kohdistuu fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja henkiseen tarpeeseen, se väistämättä vaikuttaa myös potilaan elämään. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu siis myös kuormituksen ja stressin vähentäminen. (Kangasniemi, Pietilä & Saarto 2015, 214-215.)

Tiedot, taidot ja voimavarat, joiden avulla yksilöt voivat käsitellä ongelmiaan, stressiä ja arkielämän vaikeuksia (SHKS 2011.) Selviytyminen tarkoittaa omien voimavarojen käyttämistä hallitsemalla tiedollista ja toiminnallista tietoa. Hoitotyössä se tarkoittaa kykyä selviytyä jokapäiväisistä terveyteen liittyvistä tilanteista itsenäisesti tai avustettuna. Hoitajan tehtäviin kuuluu auttaa potilasta kokonaisvaltaisesti selviämään erilaisissa elämäntilanteissa. Hoidon tavoitteena on auttaa potilasta löytämään omat voimavaransa ja oppia käyttämään niitä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 404.)

4.2 Dialyysissä käyvän potilaan tuen tarpeen tunnistaminen

Mattilan ym. (2010, 33) mukaan sairaanhoitajien tuen tarpeiden tunnistamisessa auttaa, kun he saavat tietoa potilaan yksilöllisestä elämäntilanteesta. Tähän sisältyy perhe- ja elämäntilanteen selvittäminen, kotona pärjäämisen kartoittaminen ja keskustelu henkisistä voimavaroista ja jaksamisesta. Sairaanhoitajan tulee pyrkiä tunnistamaan tunteet ilman sanoja. Tähän auttaa tunteiden tunnustelu ja omaan intuitioon luottaminen. Henkistä hyvinvointia arvioidaan keskustelemalla sairaalahoidon herättämistä ajatuksista ja potilaan jaksamisesta. Tarpeiden tunnistamisessa erityisen tärkeää on vastavuoroinen hoitosuhde ja sen rakentaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa läsnäoloa ja kuuntelua. Konkreettisesti tuen tarpeiden tunnistaminen on sitä, että hoitaja pysähtyy potilaan vierelle ja on kiinnostunut potilaan ajatuksista. Hoitaja ottaa myös huomioon potilaan toiveet. Näitä voivat olla esimerkiksi konsultaatioiden tekeminen ja ohjaustilanteiden toteutuminen.

4.3 Hoitotyön keinot dialyysissä käyvän potilaan tukemisessa

Amerikassa vuonna 2014 julkaistussa tutkimuksessa haastateltiin 148 potilasta, jotka ovat kaikki sairastaneet yli viisi vuotta kroonista munuaissairautta. Heidän kaikkien hoitona oli sairaalassa tapahtuva hemodialyysi. Tutkimuksen potilaista jopa 101 oli kokenut masentuneisuutta. Nämä luokiteltiin kolmeen eri luokkaan: lievää masentuneisuutta koki 50, keskivaikeaa 42 ja vaikeaa 9 potilasta. Masentu-

neisuutta kokeneista vain 48 käytti psykologin palveluita. Muut saivat apua muulta henkilökunnalta tai perheenjäseniltä. (Silva Junior 2014, 548.)

Hyvä somaattisten eli fyysisten oireiden hoito, luottamus ja hoitosuhde luovat perustan potilaan henkisellem jaksamiselle. Henkeä uhkaava tai pitkäaikainen sairaus vaatii mieleltä kykyä sopeutua sairauden muuttamiin kehollisiin muutoksiin ja ennusteen tuomiin uhkakuviiin. Jotta potilaan psyykkinen tasapaino säilyisi, hän tarvitsee ammattilaisten ohjausta ja perehdytystä omaan hoitoonsa sekä oireidensa kontrollointiin. (Idman 2015, 219.)

Henkisen tuen tarve korostuu ihmisen sairastuessa tai vammautuessa. Henkinen tukeminen tarkoittaa vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. Henkisiä voimavaroja ovat esimerkiksi motivaatio, itsetuntemus ja tiedonkäsittelytaidot. Hoitajan tehtävä on rohkaista potilasta tunnistamaan ja hyödyntämään näitä voimavaroja. Henkisen tuen tarve on yksilöllistä, jolloin hoitajan tulee havainnoilla selvittää potilaan avuntarve. Henkisten tarpeiden toteutumisessa pyydetään potilasta arvioimaan, miten hänen omaa vakaumustaan tulee huomioida hoidossa. Potilailla voi olla esimerkiksi toiveita ruokavalioon tai hoitotoimenpiteisiin liittyen. Toiveet tulee kirjata hänen hoitosuunnitelmaansa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 411,413.)

Henkisytydellä tarkoitetaan ihmisen kiinnostusta elämän tarkoitukseen, perusarvoihin ja merkitykseen. Hengellisyys on osa henkisytyttä. Tällä tarkoitetaan vakaumusta sisältäen ihmisen pyhiä asioita, arvoja ja elämää johdattavia periaatteita. Henkisiä ja hengellisiä kysymyksiä yhdistää kohdistuminen ihmisen merkitystä koskeviin asioihin. (Louheranta, Lähteenvujo & Kangasniemi 2016, 234-235.) Hengellisytyteen sairaalaoiloissa kuuluvat uskon kysymysten ja elämän mielekkytyden pohdinta. Tärkeää on myös tarjota mahdollisuus rukoukseen, hiljentymiseen ja jumalanpalveluselämään. Hengellisytyys on vanhojen muistelua. Muisteleminen on tapa kertoa kokemuksistaan toiselle. Hengellisytyttä voi tuoda esille eri tavoin, esimerkiksi musiikilla, virsillä tai kirjoilla. Näiden avulla rakennetaan myös potilaalle turvallisuuden tunnetta. (Aalto & Gothóni 2009, 88.)

Avainasemassa **emotionaalisisessa tuessa** on tarpeen selvittäminen, välittäminen potilaasta, nonverbaalinen ja verbaalinen viestintä. Välittämisen voi viestiä hymyilemällä, koskettamalla, hyväksymällä potilaan persoonan ja varmistamalla oman

hoidollisen saatavuuden. (Luoma & Mäkipelkola 2012, 26.) Emotionaalisesti potilaat usein vähättelevät tuen tarpeitaan, he voivat tuoda niitä esille kiertoilmauksien, vihjausten ja huumorin avulla, hoitajan tulee osata tunnistaa potilaan tarpeet. Hoitajalta saatu aika käytetään toimintakyvyn, omatoimisuuden ja terveyden ylläpitämiseen. Tärkeää on huomioida tunteiden käsittely ja toivon ylläpitäminen. (Matti-la 2011, 24.)

Sosiaalista vahvistamista ja tukemista voi lisätä toinen yksilö. Usein hän on omainen tai muu elämän läheinen. Tukea voi lisätä myös yhteisö, esimerkiksi erilaiset vertaisryhmät. (Herranen & Lundbom 2011, 5.) Sosiaalista tukea voi olla erilaista. Tunnettuja muotoja ovat emotionaalinen tai henkinen tuki, **materiaalinen tai tiedollinen tuki** ja arvonantoa ilmaiseva tuki. Tuki käsittää myös luottamuksen, empatian ja välittämisen. Sosiaalinen tuki perustuu aina vastavuoroisuuteen ja potilaslähtöisyyteen. Tuen tarve lähtee potilaan omista tarpeista ja toiveista. Tukeen kuuluu myös arviointi. Se on henkilökohtaisen palautteen antoa ja kannustusta. (Kontolampi 2015, 15.)

Toivo on aina osa hoitavaa työtä. Se on elementti, joka yhdistää hoidettavana olevan ihmisen ja hoitavan ihmisen todellisuudet. Toivolla on merkitystä ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille. Hoidettavan ihmisen toivon vahvistamiseen on olemassa monia eri tapoja. Keskusteleminen potilaan kanssa on näistä avainasemassa. Hoitajan tulee keskusteluhetkissä arvioida potilaan tiedon tarve. Toivon tukeminen lähtee aina potilaan omista voimavaroista. Muiden voimavarojen vahvistaminen voi jo itsessään vahvistaa toivoa. Toivo kytkeytyy usein tulevaisuuteen. Hoidon suunnitteleminen rakentaa siis itsessään toivoa. Tärkeää on aito läsnäolo, aina ei tarvita monimutkaisia toimenpiteitä. Oleellista on luoda mahdollisuuksia, joissa toivo voi vahvistua. (Karvinen 2012.)

4.4 Potilaan kokema tuen tarve

Kaivonurmen ja Kyllösen (2009, 26) mukaan elämän rajoittuminen dialyysiaikana koetaan rankaksi. Elämää tulee suunnitella paljon ja dialyysin loppumisesta ei tiedetä. Hoidoissa käyvät kokevat väsymystä ja toivottomuutta. Joskus se voi myös ilmetä haluna lopettaa dialyysihoidot. Toivottomuutta lisäävät myös elämän muut

kriisit. Jotkut voivat kokea, että oma sairaus ja hoidot vaikeuttavat parisuhdetta. Huoli taloudellisesta toimeentulosta on iso ongelma dialyysipotilaille. Tämä voi johtaa siihen, että he tekevät töitä toipilaana, ettei taloudellinen tilanne ei kärsisi niin paljon.

Sairauden myöhemmässä vaiheessa, kun diagnoosista on kulunut jo vuosia, potilaat tukeutuvat mielen hoidossaan selvästi perheenjäseniin ja ystäviin. Perheen puoleen on helppo kääntyä, mutta monesti tietämättömyys ja turhautuminen ovat tämän esteenä. Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa potilaat kertoivat, että pitkään sairastaneena oli hankalampi lähteä etsimään apua kuin diagnoosin saamishetkellä. Potilaat kokivat, että joskus hoitohenkilökunta esittää kyseenalaistavia kysymyksiä, kuten: “etkö tiennyt?”, “oletko ottanut itse selvää?” Osa pitkään sairastaneista kertoi, että hoitajille on helpompi puhua kuin lääkäreille. Erityisen hyväksi koetaan omahoitajajärjestelmä. Sairastavan ja hoitajan välille voi ajan kuluessa tulla toimiva ja luottamuksellinen suhde. Lyhyiden tapaamisten aikana oli hankalampi puhua ongelmistaan. Joissain tilanteissa sairaanhoitajan henkisen hyvinvoinnin kyselyt koettiin lyhyen tuntemisen jälkeen pelkästään muodollisuutena. Yhtenä toimivana vaihtoehtona pidettiin ohjaamista eteenpäin esimerkiksi psykologin palveluihin, joissa potilasta ei jätetä yksin psyykkisten ongelmien kanssa. (Kantola 2009, 161-165.)

Dialyysipotilaiden elämänlaatua huonontaa sairauden pitkäikäisyys ja säännölliset hoitotoimenpiteet. Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että potilaiden tietoisuus mahdollisuuksista päästä elinsiirtoihin paransi heidän elämänlaatuaan. Huonot tulevaisuuden näkymät voivat olla elinvoimaisuutta alentava tekijä. Näihin tekijöihin vaikuttaa myös potilaan kokemat elämänmuutokset ja stressi. Tutkimuksessa todettiin, että potilaan elämänlaadun ja elinvoimaisuuden ollessa alentuneet myös potilaan sosiaalinen valmius on huonompi. Potilas saattaa jäädä pois kokonaan sosiaalisista tilanteista tai vähentää niitä radikaalisti. Dialyysimuodolla ei koettu olevan vaikutusta näihin asioihin. (Puhakainen 2015, 42-43.)

4.5 Sairaanhoidaja dialyysihoidon toteuttajana

Sairaanhoidaja on hoitotyön tutkinnon suorittanut eli laillistettu ammattihenkilö. Termiä käytetään kaikista sairaanhoitajista, jotka ovat suorittaneet hyväksytysti koulutuksen. Koulutuksen lisäksi tulee laillistaa sairaanhoitajan ammattiin ja siinä toimimiseen. (Järvelä 2015, 71.)

Tiedollisesti tuen tarpeet liittyvät tietoon sairaudesta ja sen hoidosta. Hoitajan tulee riittävällä tiedonannolla luoda hyvä luottamussuhde potilaaseen. (Mattila 2011, 24-25.) Vuoden 2012 opinnäytetyön mukaan tiedolliseen tukeen kuuluu ongelmiin ja kysymyksiin vastaaminen, potilaiden kokonaisvaltainen kohtelu, tiedon ymmärtämisestä huolehtiminen, hoidon suunnittelu ja keskustelu. Lisäksi tulee myös huolehtia riittävästä suullisen ja kirjallisen tiedon antamisesta, omaisten neuvonnasta ja molemminpuolisesta yhteydenpidosta. (Luoma & Mäkipelkola 2012, 21.) Riittävä ohjaus ja potilaslähtöisyys mahdollistavat ohjauksen vaikutukset. Näitä ovat potilaan ja hoitajan oppiminen, itseohjautuvuuden kasvu ja voimaantuminen. Potilasohjaus edistää potilaan terveyttä ja tuo kansantalouteen säästöjä. Ohjauksen tavoitteena on tarjota potilaalle tehokkaampi tapa käsitellä hyvinvointiin liittyviä asioita ja tätä kautta edistää hänen terveyttään. Riittävän potilasohjauksen tuloksia voi nähdä muun muassa potilaan tiedon määrässä, elämänlaadussa, kliinisissä tuloksissa, hoitojen sitoutumisessa ja itsehoidon laadukkuudessa. Se on vaikuttanut myös kansantaloudellisesti vähentämällä sairaala-ajan pituutta ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen 2008, 13.)

Hemodialyysissä käyvän potilaan kanssa tulee käydä läpi hänen oireensa, vointinsa ja hoitonsa tasaisin väliajoin. Potilaalle kerrotaan hänen veriarvoistaan, verenpaineestaan ja dialyysihoidon aikaisesta nesteestä. Potilaan hemodialyysihoidon lisäksi hoitaja huolehtii veritien hoidosta, ruokavalion toteuttamisesta ja lääkkeiden ottamisesta. Nesterajoituksen huomioiminen on tärkeää. (Heiskanen 2013, 237.)

Peritoneaalidialyysissä käyvä potilas opetetaan toteuttamaan hoitoa itsenäisesti. Hänen tulee osata tarkkailla omaa vointiaan kokonaisvaltaisesti. Peritoneaalidialyysissä käyvillä potilailla on tiukat ravinto-ohjeet. Dialyysinesteestä imeytyy elimistöön sokeria, joka lisää lihomisen riskiä ja nostaa veren triglyseriditasoa.

Nesteen mukana poistuu proteiinia, joten sen saanti tulee turvata. Peritoneaalidialyysihoidon aikana potilaan tulee itse huolehtia hoidon aseptisuudesta ja ihon hoidosta. Potilaalle suositellaan säännöllistä liikuntaa, jonka aikana tulee varoa peritoneaalidialyysikatetriä. Potilas tulee opettaa suojaamaan katetri oikein. Matkustaminen peritoneaalidialyysihoidon kanssa onnistuu. Järjestelyt tulee tehdä dialyysikeskuksen kanssa noin 1-2 kk ennen matkaa esimerkiksi liuokset on mahdollista saada lomapaikkakunnan apteekista. Potilas käy kuukauden välein kontrollikäynneillä dialyysikeskuksessa. Kontrollikäynnillä käydään läpi kotiseuranta dialyysistä tai ohjelmakortti yökoneesta. (Kilpiö 2013, 245-246.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvailla teemoitetun esseemuotoisen verkkokyselyn avulla, miten potilaiden henkinen tuki otetaan huomioon dialyysissä käyvien potilaiden kohdalla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää dialyysiosastolla tapahtuvaa hoitotyötä etsimällä ratkaisuja tutkimuksen avulla.

Tutkimuskysymykset:

Miten dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeet ilmenevät sairaanhoitajan kokemusten mukaan?

Miten dialyysissä käyvän potilaan henkinen jaksaminen huomioidaan?

Millaista henkistä tukea sairaanhoitaja tarjoaa dialyysissä käyville potilaille?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyössä käytetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu ihmisten käsityksien, tulkintojen, kokemusten ja motivaation tutkiminen ja ihmisten näkemysten kuvaus, joten laadullinen tutkimus liittyy uskomuksien, käyttäytymisen ja asenteiden tutkimiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.) Jo olemassa olevien väittämien sijaan laadullinen tutkimus pyrkii löytämään ja paljastamaan tutkimukseen osallistuvien kokemuksia ja näkemyksiä tosiasioista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Laadullinen tutkimusote sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, kun siihen halutaan saada uusi näkökulma (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66).

6.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Yleisimpinä aineistonkeruumenetelminä voidaan käyttää haastattelua, havainnointia ja kyselyä. Edellä mainittuja keinoja voi käyttää eri tavoin, esimerkiksi rinnakkain tai yhdistämällä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Verkkokyselyn valintaan vaikuttaa taloudellisuus, nopeus ja visuaalisuus. Kysely tulee olemaan mahdollisimman yksiselitteinen antaen vastaajalle mahdollisuuden vastata oman mielipiteensä mukaan. (Valli & Aaltola 2015, 109, 240.) Opinnäytetyön aineistonkeräys toteutettiin verkkokyselyllä käyttäen Google Forms-palvelua. Tutkimuskysymykset olivat teemoitettuja avoimia kysymyksiä. Työelämän yhteyshenkilö toimi opinnäytetyön avainhenkilönä. Avainhenkilön rooliin kuului linkin jakaminen kyselyyn osallistujille anonymiteetin säilymistä vuoksi. Google Forms-palvelusta vastaukset siirtyivät suoraan opinnäytetyötä varten luotuun sähköpostiin ilman välivaiheita. Sähköpostia käytettiin tulosten keräämiseen. Aineisto kerättiin Seinäjoen keskussairaalan dialyysiosaston sairaanhoitajilta keväällä 2017.

Laadullista menetelmää käytettäessä ei yritetä yleistää tietoa. Tarkoituksena on kuvata haluttua ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tutkittavaa toimintaa ja pyrkiä

antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkitulle ilmiölle. Laadulliselle tutkimukselle on tärkeää, että tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä on laajasti kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tähän lopputulemaan pääseminen tarkoittaa sitä, että vastaajat valitaan harkitusti mahdollisimman läheltä tutkitun ilmiön tapahtumista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.) Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään sairaanhoitajien kokemuksia henkisen tuen tarpeesta dialyysissä käyvillä potilailla. Perusjoukkona toimivat dialyysiosaston sairaanhoitajat, joita on 17. Kyselyn linkki lähetettiin avainhenkilölle 27.3.2017. Hän lähetti linkin eteenpäin osaston sairaanhoitajille samana päivänä. Kahden viikon vastausajan aikana vastauksia kertyi 14. Kyselyn linkin lisäksi lähetettiin vastaanottajille saatekirje, joka mahdollisti yhteydenoton opinnäytetyön tekijöihin sekä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Saatekirje (Liite 1) ja teemoitettu kysely (Liite 2) löytyvät opinnäytetyön liitteistä.

6.3 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Opinnäytetyön alusta asti on tähdätty analyysin tekemiseen. Analyysi on vaihe, jossa työn tekijä saa ratkaisun asettamaansa kysymykseen. Opinnäytetyön ydinasioita ovat kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Ennen kerätyn aineiston läpikäyntiä tehdään esitöitä, joita ovat vastauksissa olevan tiedon tarkistus, tietojen täydentäminen ja aineiston järjestäminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-222.) Vastausajan päätyttyä molemmat tekijät tutustuivat vastauksiin lukemalla ne useita kertoja läpi. Google Forms- palvelussa vastauksia pystyi tarkastella kysymyksittäin, joka osoittautui käteväksi sisällönanalyysin teossa.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla tutkitusta ilmiöstä saadaan tiivis kuvaus tutkitavasta ilmiöstä. Kerätty aineisto saadaan järjestettyä sisällönanalyysillä muotoon, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä. Sisällönanalyysissä edetään tutustumalla aineistoon, ryhmittelemällä aineisto teemoihin tai luokittelemalla. Lopuksi tuloksista kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92, 103.) Aineistonanalyysi tehtiin kolmivaiheisesti sisällönanalyysillä. Karkeasti jaoteltuna vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämässä analysoitava informaatio tiivistettiin ja tutkimukselle epäoleellinen tieto poistettiin. Tutkimustehtävä ohjasi pelkistämistä, sillä analysoitavasta materiaalista kootaan

tutkimustehtävälle merkittävät ilmaisut. Ryhmittelyssä kootut alkuperäisilmaisut tarkasteltiin ja etsittiin muun muassa eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Ryhmittely tapahtui samankaltaisuuksien yhdistämisellä ja yhteisen luokan muodostamisella. Luokan asettaminen luo pohjaa perusrakenteelle ja kuvaa alustavia ilmiöitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.) Näistä luokista muodostui alakategoriat. Luokittelun jälkeen on tärkeää täsmentää tutkimustehtävää sekä käsitteitä tarpeen mukaan (Metsämuuronen 2009, 256). Opinnäytetyössä yhteisten luokkien muodostamisen jälkeen ei tarvinnut täsmentää tutkimustehtävää tai käsitteitä.

Ryhmittelyn jälkeen eroteltiin tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja kehitettiin teoreettiset käsitteet. Käsitteellistämässä edettiin alkuperäisen vastauksen kielellisestä ilmaisusta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Teoreettisten käsitteiden muodostamista ja luokkien yhdistämistä jatkettiin niin kauan kuin oli mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Opinnäytetyössä käsitteellistämistä oli paljon. Muodostuneet käsitteet olivat yläkategorioita, joiden muotoutumiseen vaikuttivat opinnäytetyöhön asetetut tutkimuskysymykset. Yläkategorioiksi muodostui tulevaisuuteen rohkaiseminen, havainnoiminen, vuorovaikutus, mukana eläminen, yhteistyö, kannustus, mielenterveysongelma, henkinen jaksaminen, toivottomuus, pelko tulevasta, hoidon jatkuvuus, fyysinen oireilu, tukeminen, moniammatillisuus, ajan riittävyys, potilaslähtöisyys, työn vaihtelevuus ja kokonaisvaltainen hoito.

Sisällönanalyysi voidaan tehdä teorialähtöisellä tai aineistolähtöisellä analyysillä. Teorialähtöinen analyysi tukeutuu tiettyyn teoriaan, auktoriteetin esittämään ajatteluun tai malliin. Toisin sanoen tutkittava ilmiö määritellään jo tunnetun tiedon mukaisesti. Aikaisempi tieto luo kehyksen, joka ohjaa uuden tutkimuksen aineiston analyysia. Aineistolähtöisessä analyysissä analysoinnin kohde ei ole etukäteen sovittu tai harkittu. Aikaisemmilla havainnoilla, teorioilla tai tiedoilla tutkittavasta ilmiöstä ei ole vaikutusta analyysin tekemiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 97.) Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisellä analyysillä. Esimerkki opinnäytetyön aineiston analysoinnista on liitteissä (Liite 5).

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset muodostuivat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin dialyysiosastolla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksista ja ajatuksista. Kyselyyn vastasi 14 sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajien työkokemukset vaihtelivat alle kolmesta kuukaudesta yli 25 vuoteen.

Kysely sisälsi kysymyksiä vastaajien taustatiedoista, potilaiden kanssa käydyistä keskusteluista ja siihen käytetystä ajasta, mahdollisista henkisen hyvinvoinnin ongelmista ja niiden tunnistamisesta. Kysyimme myös sairaanhoitajan tarjoamasta tuesta ja siitä, tuleeko heille mieleen kehittämiskohteita näillä alueilla.

7.1 Dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeet sairaanhoitajien arvioimana

Sairaanhoitajat kuvailivat tärkeiksi asioiksi vuorovaikutuksen, mukana elämisen ja tulevaisuuteen rohkaisemisen. Vuorovaikutukseen hoitajan ja potilaan välillä koettiin kuuluvan potilaan voinnin läpikäyminen, sairauteen liittyvistä asioista keskusteleminen ja hoitomotivaation luominen. Sairauden mukana elämistä oli hoitajan aito välittäminen ja kiinnostus potilaan voinnista sekä empaattisuus. Tulevaisuuteen rohkaisemista oli toivon vahvistaminen tukemalla arjessa pärjäämistä ja potilaan jaksamista. Tärkeää oli myös keskustella sairauden ulkopuolisesta elämästä.

“ Millainen asiakkaan vointi on ja miten hän kokee dialyysissä käymisen. “

“... Sen, että kun kysyn kuulumisia niin olen aidosti kiinnostunut potilaan vastauksista. ...”

“ miten menee? kuinka voi? onko jotain mielen päällä? “

Hoidon alussa tuli huolehtia oikeanlaisesta vuorovaikutuksesta. Tähän kuului potilaan voinnista keskusteleminen, kuulumisten vaihtaminen ja potilaan esille tuomista asioista jutteleminen. Hoidon alussa hoitaja ja potilas tekivät yhteistyötä suunnitteleamalla yksilöllistä hoitoa. Hoidon suunnittelussa huomioitiin aikaisemmat hoitokerrat.

“ Kaikista asioista joista potilas haluaa keskustella, hoidosta sekä potilaan henkilökohtaisista asioista. “

“ ... millainen potilaan vointi on ollut edellisen hoidon jälkeen. Suunnitteleminen yhdessä päivän dialyysihoitoa. “

Hoitajat kuvailivat hoidon aikana keskeisiksi asioiksi mukana elämisen ja kannustuksen. Mukana elämistä oli avoimen ilmapiirin luominen keskustelemalla hoitoon liittyvien asioiden lisäksi myös potilasta kiinnostavista asioista. Hoitaja kannusti rohkaistumaan ja jaksamaan hoitojen aikana. Vuorovaikutusta hoidon aikana oli esimerkiksi voinnin tiedustelu.

“ ... Asioista, jotka tiedämme kiinnostavan potilasta (liittyen harrastuksiin, kirjallisuuteen, säähän ym.). “

“ ... Yritän tsempata potilasta.”

Hoidon päätyttyä hoitajat nostivat selvästi esille vuorovaikutuksen. Tähän kuului voinnin tiedustelu ja keskustelu hoidon kulusta. Hoitajat kyselivät myös päivän suunnitelmista, joka nähdään mukana elämisenä. Tulevaisuuteen rohkaisemista oli avun tarpeen selvittäminen keskustelemalla tulevaisuuden tapahtumista ja huomioiminen yksilöllisesti.

“ Miten hoito on mennyt, puhdistuma-arvo, kuinka paljon on saatu poistettua nestettä. Millainen potilaan vointi on kotiin lähtiessä. “

“ ... Saatan kysyä onko potilaalla suunnitelmia vielä tälle päivälle. “

7.2 Dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeiden ilmenemisen muodot

Dialyysiosaston sairaanhoitajat kuvailivat potilailla ilmenevän mielenterveysongelmia. Mielenterveys oli selvästi kuormittunut, koska hoidat olivat henkisesti ja fyysisesti raskaita. Mielenterveysongelmat ilmenivät potilailla herkkyytenä, itkuisuutena ja muistamattomuutena. Pitkäkestoiset hoidot voivat vähentää hoitoihin sitoutumista ja aiheuttivat hoitoväsymystä.

“ Psyykkinen jaksaminen on potilailla koetuksella. Hoitojen lopullisuus on kenelle tahansa kova paikka ... “

“...ei voi pitää vapaapäiviä ja kaikki menot pitää suunnitella dialyysien mukaan”

Potilaiden henkinen jaksaminen oli koetuksella jatkuvasti hoitojen aikana. Tämä ilmeni motivaation puutteena ja elämänlaadun alenemisena. Munuaiskorvaushoidon alussa potilaat voivat järkyttyä sen sitovuudesta ja elämään vaikuttavista muutoksista. Hoidon jatkuessa potilaan hoitomotivaatio voi alentua. Psykkistä oireilua ja kuoleman pelkoa voi ilmetä, kun potilaan henkiset voimavarat ovat vähissä.

“ ... ei jaksa osallistua omaan hoitoonsa vaikka fyysisesti siihen ei olisi esteitä, syyttää hoitajia omista terveysongelmista ...”

“ Kuolemantoiveitakin ajoittain esiintyy.”

Sairaanhoitajat toivat esille potilaiden toivottomuuden ja pelon tulevasta. Toivottomuuteen liittyi tiedottomuuden tunne ja hoidon lopullisuuteen sopeutumisen ongelmat. Sopeutumisen ongelmia olivat esimerkiksi masentuneisuus ja elämänhulun puuttuminen. Potilailla ilmeni pelkoa tulevasta pitkittyneiden hoitojen ja erilaisien pelkojen takia.

“ krooninen sairaus ja kuoleman läheisyys henkisesti raskasta. Ei ole toivoa tulevasta “

“ Hoito väsymys näkyy potilaissa ... kuoleman pelko näkyy joskus. “

7.3 Sairaanhoitajien keinot dialyysissä käyvien potilaiden henkisen jaksamisen huomioimisessa

Sairaanhoitajat käyttivät työssään havainnointia ja vuorovaikutusta osana hoitotyötä, jolla pyrittiin tunnistamaan mahdollisia henkisen hyvinvoinnin ongelmia. Havainnointia oli sanaton viestintä potilaan ja hoitajan välillä. Hoitaja pyrki tarkkailemaan potilasta ja tunnistamaan mahdollisia käyttäytymismuutoksia. Hoitaja käytti työssään paljon hoitajan ja potilaan välistä kommunikointia.

“ ... rivien välistä on kuultavissa kuoleman halusta ... ”

“ ... että tärkeää on kysyä miten potilas jaksaa ja voi ... ”

Havainnoinnin avulla hoitaja pystyi huomaamaan potilaan fyysisen oireilun ja voimien muutokset. Potilaan käytös ja yleinen olemus voi muuttua. Potilas saattoi alkaa laiminlyödä omaa hoitoaan. Havainnoinnin ja vuorovaikutussuhteen onnistumiseen auttoi hoidon jatkuvuus. Dialyysiosastolla potilaat olivat tulleet tutuiksi hoitajille pitkien hoitosuhteiden kautta. He tapasivat useita kertoja viikossa. Tuntemallaan potilaalla oli sairaanhoitajien mukaan helpompi havaita fyysinen ja henkinen oireilu.

“ ... Levottomuus, aggressiivisuus, hätäntyminen, verenpaineen ja pulssin vaihtelut ... hälytyskellon soittaminen jatkuvasti ... ”

“ Me tunnemme potilaamme todella hyvin, koska käyvät täällä 3 x viikossa. Näemme oikeastaan heti, jos jollakin potilaalla on ongelmia ... ”

7.4 Sairaanhoitajien tarjoama henkinen tuki dialyysissä käyville potilaille

Dialyysiosastolla hoitajan tarjoamaa tukea oli keskustelu ja ajan antaminen potilaalle hoitotyön yhteydessä. Tukea voi hoitajien lisäksi saada muiltakin tahoilta esimerkiksi vertaistukea toisilta potilailta. Hoitaja eli mukana hoidossa luomalla hänen ja potilaan välille avoimen ilmapiirin käyttäen apuna huumoria tai tunnetilojen ilmaisua. Tärkeää oli huomioida potilas yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti. Hoitajan aito kuuntelu ja potilaslähtöinen keskustelu kertoivat yksilöllisyydestä. Dialyysissä käyvien potilaiden hoitotyötä toteutti moniammatillinen tiimi. Hoitaja voi ohjata potilaan psykiatrisen sairaanhoitajan tai sairaalapastorin tapaamiseen. Potilaalla oli mahdollisuus myös saada henkistä ensiapua. Dialyysissä käyvät potilaat voivat tavata myös sosiaalityöntekijän ja ravitsemusterapeutin.

“ ... vitsejä, mustaa huumoria, naurua, itkua ... ”

“ Suurin tuki on varmasti kuunteleminen ... ”

“ Keskusteluapua: omaa tai kollegan, sairaalapastorin, lääkärin tai psykiatrisen sairaanhoitajan, ravitsemusterapeutin ... ”

“ ... Tarvittaessa ohjaisin potilaan eteenpäin, esimerkiksi HEA ... ”

7.5 Sairaanhoidtajien kohtaamat haasteet dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarpeeseen vastaamisessa

Dialyysiosastolla hoitajien suurimmat haasteet olivat ajan riittävyyden ongelmat ja työn vaihtelevuus. Hoitajat ilmoittivat ajankäytön haasteiksi työn liiallisen kuormituksen ja hoitajan motivaation. Joskus hoitopäivät olivat niin kiireisiä, ettei aikaa keskusteluille löytynyt. Hoitajan työmotivaatioon vaikutti väsymys ja potilaiden eri tasoiset hoitoisuudet. Enemmän hoitajan läsnäoloa vievä potilas vei aikaa helposti toiselta potilaalta.

“ Päivät vaihtelevat toisena päivänä on enemmän aikaa kuin toisena ... ”

“ ... Joskus on itse niin väsyneessä mielentilassa ettei jaksu puhua potilaiden kanssa, vaikka aikaa oisikin ... ”

“ ... Toisinaan on kiire ja helppohoitoinen potilas jää "sivuun", jos on työläämpi hoidettava samalla hoitajalla ... ”

7.6 Dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tukemisen kehittämiskohteet

Suurin osa kyselyyn vastanneista ilmoitti kehittämiskohteeksi kokonaisvaltaiseman hoidon liittäminen osaksi dialyysissä käyvän potilaan hoitopolkua. Kokonaisvaltainen hoito olisi yhteistyötä muiden tahojen, kuten psykiatristen palveluiden kanssa. Esille nostettiin erityisesti psykiatristen palveluiden säännöllisyys ja jatkuminen. Muutamissa vastauksissa vaihtoehdoksi esitettiin, että sairauden ja hoitojen alkuvaiheessa psykiatrisen sairaanhoidajan tapaaminen olisi pakollista. Psykiatrisen sairaanhoidajan mukaan ottaminen hoitopolkuun madaltaisi kynnystä potilaille ottaa yhteyttä tarpeen mukaan. Tapaamiset tulisi olla potilaslähtöisiä ja rauhallisessa tilassa tapahtuvia. Dialyysiosastolla hoitajan työnkuvaan kuuluisi silti edelleen kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen, johon kuuluisi myös henkisen tuen antaminen.

“ ... Tarjottu apu olisi helpompi ottaa vastaan, kun sitä tarjotaan jokaiselle ja se ikäänkuin kuuluisi normaaliin hoitoon ... ”

“ Toki itsekin tuetaan miten vain voidaan, valitettavasti usein niin kiire ettei ehdi keskittyä vain yhteen potilaaseen. ”

Henkisen tuen tarve tuli selvittää potilaslähtöisesti ja havainnoimalla potilasta. Riittäväällä havainnoinnilla pystyi tutustakin potilaasta tunnistamaan pieniä muutoksia. Potilaille pitäisi järjestää enemmän muun tahon tarjoamaa tukea, kuten vertaistukea. Potilaat voisi sijoittaa huoneisiin niin, että heillä olisi mahdollisuus saada huonetovereilta vertaistukea tarvittaessa. Dialyysissä käyvä potilas oli oman itsensä ja sairauden asiantuntija, hänet tulisi siis ottaa mukaan kehittämään henkisen tukemisen muotoja. Hoitajan mukana eläminen ja avoimen ilmapiirin luominen oli tärkeää. Hoitajan tuli järjestää aika ja paikka keskustelulle potilaan kanssa, jossa hän voi keskustella tarkemmin henkisestä jaksamisesta.

“ ... Dialyysin kehittämis -ryhmä tai vastaava potilaille. Siellä voisi ylipäätään tuoda esille kehittämiskohteita, mutta myös toimisi samalla varmasti vertaistuellisena. ... ”

“... voitaisiin laittaa ns.hyvin juttuun tulevat potilaat samaan hoitohuoneeseen. Vertaistuen merkitystä ei voi koskaan korostaa liikaa. ... ”

8 POHDINTA

8.1 Pohdinta opinnäytetyön tuloksista

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla teemoitetun esseemuotoisen verkkokyselyn avulla, miten dialyysissä käyvien potilaiden henkinen tuki otetaan huomioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää dialyysiosastolla tapahtuvaa hoitotyötä etsimällä ratkaisuja tutkimuksen avulla. Aineisto kerättiin Seinäjoen keskussairaalan dialyysiosaston sairaanhoitajilta. Tulokset antoivat tietoa, miten dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeet ilmenivät, miten potilaiden henkinen jakaminen huomioitiin ja millaista tukea sairaanhoitaja tarjosi dialyysissä käyvälle potilaalle.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että potilaiden henkisen tuen arvioinnissa koettiin tärkeäksi potilaan ja hoitajan vuorovaikutus. Hoidon eri vaiheissa keskustellaan potilaan kanssa hänen voinnistaan, sairaudestaan ja sen hoidosta, edellisestä hoitokerrasta ja myös sairauden ulkopuolisista asioista. Hoidon lopuksi vuorovaikutus keskittyi hoitoprosessin sujumiseen ja potilaan vointiin. Vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan osastohoidossa potilas-hoitajavuorovaikutukseen vaikuttavat useat tilannetekijät. Tilannetekijät ovat osastokohtaisia ja ne luovat pohjan vuorovaikutuksen sisällölle. Vuorovaikutuksen tilannetekijöitä on hoitoprosessin vaihe, osaston toiminnan rutiinit, hoitotoimenpide, vuorovaikutuksen paikka, potilaan vointi ja läsnä olevien henkilöiden määrä ja rooli. Hoitoprosessin vaihe koettiin tärkeimmäksi tekijäksi. (Mikkola 2006, 101.) Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat toivat esille monia yksilöllisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Näitä olivat kannustaminen, mukana eläminen ja aito kiinnostus potilaan kuulumisista. Potilaan kanssa keskusteltiin yksilöllisesti hoitojen välisestä voinnista, tulevasta hoidosta ja fyysisten oireiden kanssa pärjäämisestä. Vain osa vastanneista toi esille henkilökohtaisista asioista keskustelemisen. Suhonen ym. (2013, 85,87) toteaa, että hoitajan arvioimana parhaiten yksilöllisyys toteutui hoitoon kuuluvissa tilanteissa ja heikoiten potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen käsittelyssä.

Tulokset kertoivat, että dialyysissä käyvillä potilailla ilmeni mielenterveysongelmia. Nämä näkyivät potilaista väsymyksenä, motivaation puutteena ja masentuneisuu-

tena. Potilaiden elämänlaatu oli selvästi alentunut. Vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa, jossa haastateltiin 69 hemodialyysipotilasta selvisi, että yli 60 prosentilla vastanneista on todettu psyykkisiä ongelmia. Näitä ongelmia olivat muun muassa masentuneisuus, ahdistuneisuus, paniikkioireilu, pakko-oireisuus ja jopa itsetuhoisuus. Mielensterveysongelmista kärsiminen on riippuvaista siitä, kuinka kauan potilas on käynyt hoidoissa ja potilaan omista voimavaroista. Tutkimuksessa huomattiin, että mielensterveys on eniten koetuksella sairauden alkuvaiheessa. (Martiny ym. 2012, 133.)

Sairaanhoitajat tunnistivat henkisen hyvinvoinnin ongelmia vuorovaikutuksen ja havainnoinnin avulla dialyysiosastolla. Hoitajat pyrkivät kommunikoimaan potilaiden kanssa useasti hoitojen aikana. Korhosen ym. (2007, 68, 70) mukaan keskustelun on oltava avointa, taitavaa, realistista ja luottamuksellista. Hoitaja voi rohkaista potilasta jakamaan mahdolliset pelkonsa oikeana ajankohtana. Potilaan kanssa on tärkeää puhua hänen tunteistaan, jokapäiväisestä elämästä ja sen tapahtumista. Kääriäisen (2011, 41-42) mukaan ohjaavan henkilön on tärkeää tunnistaa potilaan tunnetila ja huomioida ohjaus sen mukaan. Jos potilaalla on tunteet pinnalla, tulisi ohjauksen olla hyväksyvää, ymmärtävää ja potilasta kuuntelevaa. Potilaan motivaatioon vaikuttavia tekijöitä ovat usko omiin kykyihin, tunteet ja kiinnostus hoitoa kohtaan. Toisin sanoen motivaatio on voima, joka saa potilaan tekemään asioita ja sen puute voi estää potilasta toimimasta.

Sairaanhoitajan tarjoama henkinen tuki lähti potilaskeskeisyydestä ja potilaan omista voimavaroista. Hoitajan aito kuuntelu ja kiinnostuminen potilaan asioista oli tärkeää. Korhosen ym. (2007, 68-69) mukaan hoitotyössä oleellista on kohdata potilas ihmisenä, vahvistaa ihmisarvoa, eläytyä, käyttää harkittua sanallista ilmaisuja, rohkaista, ymmärtää ja tarjota emotionaalista tukea. Potilaan toivoa tuetaan vahvistamalla potilaan voimavaroja. On olemassa fyysisiä voimavaroja ja muita voimavaroja, kuten itsetunto, elämänhallinta, päättäväisyys ja itsenäisyys. Hoitaja voi auttaa potilasta elämään nykyisyydessä, suuntaamaan ajatukset välillä pois sairaudestaan ja sietämään epävarmuutta. Joskus potilaan on hankala ylläpitää positiivisuutta, jolloin hän tarvitsee hoitajan tukea. Keino, jolla hoitaja voi tukea potilasta on ohjata ajatukset negatiivisten ajatusten sijaan positiivisiin. Potilaan

tukeminen osallistumaan omaan hoitoon vahvistaa hänen toivoaan, lisäksi on tärkeää huomioida potilaan oma tahto hoidon suhteen.

Osa vastanneista mainitsi vertaistuen tärkeyden dialyysissä käyvän potilaan hoitotyössä. Kurikkalan ym. (2015, 11) mukaan ohjaajan toteuttamat vertaisryhmäkeskustelut vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen vahvistamalla henkilökohtaisia voimavaroja ja minäpysyvyyttä. Korhonen ym. (2007, 71) mukaan tilaisuus tutustua ihmisiin, jotka ovat olleet samassa tilanteessa ja selvinneet siitä auttaa potilasta jaksamaan omassa tilanteessaan. Hoitajilla on mahdollisuus järjestää vertaistukea tai ohjauksia ryhmissä, jolloin potilaat pääsevät tapaamaan toisiaan.

Useat vastanneista toivat esille moniammatillisuuden merkityksen dialyysissä käyvien potilaiden hoitotyössä. Potilailla tulisi olla mahdollisuus käydä muun muassa sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin, sairaalapastorin, henkisen ensiavun työntekijän tai psykiatrisen sairaanhoitajan luona. Hoitajat mainitsivat lääkärin konsultaation yhtenä mahdollisuutena tarttua potilaiden henkisen avun tarpeeseen. Markkolan (2013, 44, 46) mukaan usean asiantuntijan samanaikaista läsnäoloa pidetään potilaan kannalta paremmaksi. Erityisesti silloin moniammatillisuuden merkitys korostuu, kun potilaalla on monta hoitoa vaativaa ongelmaa. Moniammatillisuus parantaa jokaisen hoitotiimiin kuuluvan ammatillisuutta kertaamalla jo opittuja tietoja ja saamalla uusia. Potilaan toimintaa arvioidaan monesta näkökulmasta, jolloin hänet otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti.

Haasteiksi kyselyssä sairaanhoitajat ilmoittivat vaihtelevat työpäivät, oman väsymyksen ja kiireen. Nämä vaikuttivat siihen, miten potilaiden henkisen tuen tarpeisiin vastattiin. Kytölä-Strander (2012, 30, 34, 36) kertoo opinnäytetyössään, että dialyysiosastolla työssä jaksamista edistäviä tekijöitä on toimiva työyhteisö, hyvä työn organisointi, työn sujuvuus, yksilölliset tekijät ja potilastyytyväisyys. Tärkeäksi asiaksi nousi myös työn ammatillinen osaaminen, joka koostuu kokemuksista, koulutuksista, monipuolisista ja onnistuneista työtehtävistä. Työssä jaksamista estäviä tekijöitä olivat toimimaton työyhteisö, huono työn sujuvuus ja organisointi, vähäinen osaaminen, työhön liittyvät psyykkiset tekijät, työympäristön puutteet ja hoitajaan liittyvät yksilölliset tekijät. Työn huonon organisoinnin takia hoitajat kokivat usein kiirettä ja työväsymystä.

8.2 Pohdinta opinnäytetyön prosessista

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin aiheen valinnalla keväällä 2016. Aiheen valinnan jälkeen alkoi tiedonhaku. Tiedonhaussa kävi ilmi, että aihetta oli tutkittu kohtalaisesti, mutta enemmän potilaan näkökulmasta. Tiedonhaun aikana opinnäytetyön aihetta rajattiin ja keskityttiin vain sairaanhoitajan näkökulmaan. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui maaliskuussa 2017, jonka jälkeen haettiin tutkimuslupaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Lupa myönnettiin maaliskuussa 2017. Luvan saamisen jälkeen lähetettiin avainhenkilölle dialyysiosastolle linkki verkkokyselyyn, jonka hän jakoi osaston sairaanhoitajille. Aineiston keruu ja analysointi tehtiin huhtikuussa 2017. Opinnäytetyön kirjoittaminen aloitettiin taustatietojen keräämisellä loppuvuonna 2016 ja jatkettiin tulosten käsittelyllä keväällä 2017.

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja haastava. Ilman varsinaista aikataulua työnteossa oli useita taukoja ja työn eteneminen tuntui välillä hyvin hitaalta. Yhdessä parin kanssa työ tehtiin alusta loppuun saakka. Toiselta saatu tuki auttoi huomattavasti opinnäytetyön tekemisessä. Ymmärrys tutkittua tietoa kohtaan kasvoi sekä näkökulma näyttöön perustuvaa hoitotyötä kohtaan muuttui. Opinnäytetyön tekemisen myötä tutkitun tiedon etsiminen ei ole enää niin haastavaa. Tulevassa työssä tutkitun tiedon hyödyntäminen tuntuu luonnolliselta osalta hoitotyötä. Oma asiantuntijuus kokonaisvaltaisempaa hoitoa kohtaan kehittyi ja tätä pystytään hyödyntämään tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tekeminen vaati monia taitoja, kuten yhteistyötä, tarkkuutta, järjestelmällisyyttä, organisointia ja päätöksentekokykyä. Huolella tehdystä suunnitelmasta oli suuri hyöty opinnäytetyön tekemisessä. Opinnäytetyöstä nousseiden kehittämis ehdotuksien avulla [työelämäyhteys](#) pystyy kehittämään dialyysissä käyvän potilaan hoidon kokonaislaatua.

8.3 Pohdinta opinnäytetyön luotettavuudesta ja eettisyydestä

Opinnäytetyön lähteet arvosteltiin kriittisesti ja niiden luotettavuutta arvioitiin monipuolisesti jo opitulla tiedolla. Työn lähteet olivat julkaisuajankohdiltaan valittu tarkoin ja keskityttiin mahdollisimman tuoreeseen tutkimustietoon. Lähteet merkittiin kirjallisten töiden ohjeen mukaan. Molemmat työn tekijät tarkastivat materiaalin luotettavuuden ja lähdemerkinnät.

Aihe valittiin sen vuoksi, koska sitä oli toivottu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimesta. Eettisyys huomioitiin toteuttamisessa alusta loppuun asti. Työhön haettiin lupaa tukimislupahakemuksella (Liite 4) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä ja se myönnettiin maaliskuussa 2017. Laadimme sairaanhoitopiirin ylihoitajan kanssa sopimuksen opinnäytetyöstä (Liite 3). Tiedotimme työn avainhenkilölle työn etenemisestä ja vaiheista.

Kyselyyn vastatessa haastateltava antaa tietoisin suostumuksen, joka tarkoittaa, että tutkittavalle on kerrottu tutkimuksen luonne. Jokaisella tutkittavalla on mahdollisuus keskeyttää osallistuminen. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niitä muuttamatta. Materiaali pidetään tekijöiden välisenä ja analysoidaan salassapitovelvollisuutta noudattaen. Lopuksi materiaali hävitetään asianmukaisesti. Eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät asiat tiedotetaan tutkittaville saatekirjeellä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Kysely toteutettiin anonyymisti suljettuna verkkokyselynä. Ennen kyselyä pyrittiin tiedottamaan osastolle opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitukset. Lisäksi korostettiin kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Kysely luotiin Google Forms-palveluun. Kyselyä varten teimme yhteisen sähköpostitilin, johon vastaukset tulivat. Kyselyyn vastattiin anonyymina. Linkki kyselyyn annettiin dialyysiosaston avainhenkilölle, joka jakoi sen osaston sairaanhoitajien sähköposteihin. Vastausten analysoimisen jälkeen poistimme sähköpostitilin ja sitä kautta myös kyselyn.

Tutkimuksessa tulee huomioida siirrettävyys riittävällä kuvailulla tutkittavista ja tutkimusympäristöstä, tällä annetaan lukijalle mahdollisuus arvioida itse tutkimuksen siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129). Opinnäytetyön uskottavuutta vahvisti se, että opinnäytetyön tekijät opiskelevat tutkittavaa alaa ja ovat sitä kautta yhteydessä samankaltaisiin asioihin. Alan opiskelusta oli hyötyä opinnäytetyön näkökulman ymmärtämisessä.

8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajat mainitsivat tärkeimmäksi kehityskohteeksi kokonaisvaltaisen hoidon saavuttamisen. Hoitajat toivat esille toiveen psykiatrisen sairaanhoitajan lisäämiseksi osaksi dialyysissä käyvän potilaan hoitopolkua ja –tiimiä. Osa vastaajista toivoi potilaille säännöllisiä pakollisia tapaamisia psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Myös toive potilaiden yhteisistä tapaamisista tuotiin esille. Cooper ym. (2017, 13-16) mukaan sairaalassa, jossa psykiatrisen sairaanhoitaja on ollut osana dialyysiyksikköä kymmenen vuotta, on todettu positiivisia tuloksia. Tuloksina on ollut kynnyksen madaltaminen henkisen avun tarpeeseen, fyysisten sivuoireiden vähentymiseen ja psyykenlääkkeiden käytön alenemiseen. Hoitotiimissä psykiatrisen sairaanhoitaja lisäsi yhteistyöhalukkuutta ja helpotti diagnosoimista. Sairaalassa todettiin myös, että psykiatrisen hoito dialyysihoidon lisänä paransi yksilöllistä toimintaa ja potilaiden elämänlaatua. Psykiatrisissa tapaamisissa diagnosoitiin osaston potilailla eniten lievää ja keskivaikeaa masennusta sekä unettomuutta. Osaston hoitajat raportoivat tuloksiksi, että he oppivat reagoimaan potilaiden henkisen tuen tarpeisiin helpommin, kynnyks konsultointiin madaltui ja potilaskohtaamiset parantuivat.

Kehittämisehdotuksissa tuotiin esille dialyysiosaston epäsopivat tilat. Potilaat olivat 3-4 hengen huoneissa hoitojen ajan, minkä vuoksi arkaluontoisista asioista puhuminen on vaikeaa. Hoitajat toivoivat tilaa, joissa voisivat keskustella potilaan kanssa rauhassa ja syvällisemmin. Samaan huoneeseen hoidon ajaksi olisi hyvä sijoittaa samanhenkisiä ihmisiä. He voisivat saada vertaistukea toisiltaan ja avautua voinnistaan myös henkisesti. Mikkonen (2009, 168-169) kertoo, että vertaistuki koetaan osaksi sosiaalista tukea ja sitä pidetäänkin lisätukena erilaisissa vertaistukitoiminnoissa. Potilaat kokivat vertaistuen rinnastettavana ammattiapuun ja tärkeänä henkisenä tukena. Vertaistuki on myös osa palveluketjua.

Opinnäytetyössä arvioitiin dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarvetta sairaanhoitajien näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheeksi voisi soveltua dialyysissä käyvien potilaiden hoitopolun päivittäminen kokonaisvaltaisemmaksi. Myös psykiatrisen sairaanhoitajan lisääminen hoitotiimiin voisi parantaa henkisen tuen tarpeiden huomiointia.

LÄHTEET

- Aalto, K. & Gothóni, R. 2009. Ihmisen lähellä – hengellisyys hoitotyössä. 1. p. Lah-
ti: Esa Print Oy.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-
Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia ja syöpätauteja sai-
rastavan hoito. 1.-2. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R & Mukka, H. 2008. Munu-
aissairaanhoito. 1. p. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Antonio, J. 2016. Kidney anatomy, artwork. [Valokuva]. [Viitattu 28.2.2017]. Saa-
tavana Encyclopædia Britannica ImageQuest -tietokannasta. Vaatii käyttöoi-
keuden.
- Bennet, P., Weinberg, M., Bridgman, T. & Cummins, R. 2015. The happiness and
subjective well-being of people on haemodialysis. In: Journal of Renal Care: vol
41. Oxford: John Wiley & Sons, 160.
- Cooper, B., Dang, K., Jones, A. & Thomas, A. 2017. The psychiatry integrated
nurse practitioner role in hemodialysis: An opportunitu to provide nurse practi-
tioner care between the interface of psychiatry and hemodialysis. In: Canadian
Association of Nephrology Nurses and Technologists Vol 27 (1), 13-18.
- Finne, P. & Grönhagen-Riska, C. 2015. Suomen munuaistautirekisteri vuosiraportti
2014. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 5.7.2016]. Saatavana:
http://www.muma.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri_Vuosiraportti_2014.pdf
- Heikkiniemi, K. 2013. Peritoneaalidialyysi. [Verkkajulkaisu]. Keski-Pohjanmaan
keskussairaala. [Viitattu 11.8.2016]. Saatavana:
[https://www.kpshp.fi/sivu/media/Peritoneaalidialyysi+yleisohje.doc/format-
pdf/path-
L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==](https://www.kpshp.fi/sivu/media/Peritoneaalidialyysi+yleisohje.doc/format-pdf/path-L3Zhci93d3cvc2l2dS9yYXBpZGZpcmUvbWVkaWEvZG9jdW1lbnQvZG9jcw==)
- Heiskanen, E. 2013. Hemodialyysi. Sairaanhoitajan käsikirja. 8. uud.p. Helsinki:
Kustannus Oy Duodecim.
- Herranen, J. & Lundbom, P. 2011. Sosiaalinen vahvistaminen kokemuksina ja
käytänteinä. Humanistinen ammattikorkeakoulu. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Vii-
tattu 7.3.2017]. Saatavana: [fi-
le:///C:/Users/k1401138/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/SXW
KCF7H/978-952-456-114-3.pdf](file:///C:/Users/k1401138/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/SXW/KCF7H/978-952-456-114-3.pdf)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud.p. Hämeen-
linna: Kariston Kirjapaino Oy.

- Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla: Palliatiivinen hoito. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Jaatinen, T. K. M. & Raudasoja, J. 2013. Suomalaisten sairaudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Järvelä, T. Toukokuu 2015. Sairaanhoidtaja, lähihoitaja, ensihoitaja – Tehy-sanastoa tekemässä. [Pro gradu-tutkielma]. Kieli-, käännös- ja kirjallisuustieteiden yksikkö: Tampereen yliopisto. [Viitattu 6.7.2016]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97482/GRADU-1435137608.pdf?sequence=1>
- Kangasniemi, M., Pietilä, A-M. & Saarto, T. 2015. Elämänlaatu ja palliatiivinen hoito: Palliatiivinen hoito. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.uud.p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kantola, H. 2009. Vakavan sairastamisen merkitys elämäkulussa-Esimerkkinä SLE. [Väitöskirja]. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos: Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.
- Karvinen, I., Kylmä, J., Ojanen, E., Pentikäinen, J. & Vaskilampi, T. 2012. Henki ja toivo hoitotyössä. Verkkoaineisto. Klaava Media 2012.
- Kilpiö, S 2013. Peritoneaalidialyysi. Sairaanhoidtajan käsikirja. 8. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kontolampi, K. 2015. "Se oli ihan kiva, että joku sillee niinkun ehkä enemmän käsitteli ihmisenä, ku vaan siillee oppilaana."- Nuorten opiskelijoiden kokemuksia koululla tehtävästä nuorisotyöstä ja sosiaalisesta tuesta. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Korhonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavan hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. Hoitotiede. Vol. 19 (2), 63-75.
- Kurikkala, P., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. & Elo, S. 2015. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus. Hoitotiede. Vol 27 (1), 3-17.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.p. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kytölä-Strander, N. 2012. Työssä jaksamista tukeva toimintamalli dialyysiosastolle. Turun ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.

- Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö. Vol 9 (4), 41-42.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. Vol. 6 (4), 10-15.
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia: rakenteesta toimintaan. 3. – 4. p. Helsinki: Sano-
ma Pro Oy.
- Louheranta, O., Lähteenvuo, M. & Kangasniemi, M. 2016. Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa – kenen vastuulla? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol 53 (4), 234- 241.
- Luoma, S. & Mäkipelkola, S. 2012. Kirjallisuuskatsaus perheen emotionaalisesta ja tiedollisesta tukemisesta aikuisen sairastaessa syöpää. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Markkola, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. [Pro gradu-tutkielma]. Hoitotieteen yksikkö: Turun yliopisto. [Viitattu 3.5.2017]. Saatavana: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/102057/Gradu_Markkola_2014.pdf?sequence=2
- Martiny, C., e Silva, A.C. de O., Neito, J.P.S. & Narri, A.E. 2012. Psychiatry disorders in patients with end-stage renal disease. Journal of Renal Care 38 (3), 131-137.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. [Väitöskirja]. Terveystieteiden yksikkö: Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen. Tutkiva hoitotyö Vol. 8 (2), 31-37.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1.p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. [Väitöskirja]. Viestintätieteiden yksikkö: Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylä Univeristy Printing House.
- Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. [Väitöskirja]. Yhteiskuntatieteiden yksikkö: Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä

- Mäki-Panula, H. 2016. Toimintakertomus. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Dialyysiosasto.
- Nuutinen, H. 2015. Mihin psykologia tarvitaan diabeetikon hoitotiimissä? *Diabetes ja lääkäri* 2 (1), 16-19.
- Pasternack, A. (toim.). 2012. Dialyysihoito. Teoksessa: *Nefrologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Puhakainen, M. 2015. Peritoneaaldialyysipotilaiden elämänlaatu sekä ikääntymisen yhteys hoitojen sujuvuuteen, potilaana selviytymiseen ja elämänlaatuun. [Pro Gradu-tutkielma]. Terveystieteiden laitos: Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 14.3.2017]. Saatavana: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/46597/URN-NBN-fi-jyu-201508112645.pdf;sequence=4>
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 4. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Sand, O., Sjaastad Ø. V., Haug, E., Bjålie, J. G. & Toverud, K. C. 2011. *Ihmisen fysiologia ja anatomia*. Suomentaja Raila Hekkanen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- SHKS- Sairaanhoitajien koulutussäätiö. 30.8.2011. Selviytyminen. [Verkkosivusto]. Somero: MI Tietorakenteet Oy. [Viitattu 24.8.2016]. Saatavana: http://www.hoidokki.fi/index.php?MITform=sanat_puu&kieli=fin&eshaku=selviytyminen
- Silva Junior, G., Daher, E., Buosi, A., Lima, R., Lima, M., Silva, E., Sampaio, A., Santana, J, Monteiro, F & Araújo, S. 2014. Depression among patients with end-stage renal disease in hemodialysis. In: *Psychology, Health & Medicine*: vol 19. Routledge: Taylor & Francis Group, 548.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede*. Vol 25 (2). 80-91.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Diabeteksen yleisyys. [Verkkosivusto]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 6.3.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. uud.p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Valli, R. & Aaltola, J. 2015. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 1. 4.uud.täyd. p. Jyväskylä: PS- kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje tutkimukseen osallistujille

Liite 2. Teemoitettu kysely

Liite 3. Sopimus opinnäytetyöstä

Liite 4. Tutkimuslupahakemus

Liite 5. Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 1. Saatekirje

SAATEKIRJE

SEINÄJOKI 28.2.2017

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Seinäjoen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajiksi. Koulutukseemme kuuluu opinnäytetyön laatiminen. Opinnäytetyömme aihe on Sairaanhoitajien kokemuksia dialyysissä käyvien potilaiden psyykkisen tuen tarpeesta.

Tarkoituksenamme on selvittää ja kuvailla esseemuotoisen verkossa olevan kyselyn avulla miten potilaiden psyykkistä tukea otetaan huomioon ja arvioidaan. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää dialyysiosastolla tapahtuvaa hoitotyötä etsimällä ratkaisuja tutkimuksen keinoin.

Opinnäytetyö toteutetaan verkkokyselynä, johon kutsumme teidät osallistumaan. Osallistuminen tarkoittaa oheisen kyselyn täyttämistä. Kysymyksiin vastaaminen tapahtuu vapaamuotoisesti. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettömästi.

Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii lehtori Helinä Mesiäislehto-Soukka Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Yhteystiedot: Helina.mesiaislehto-soukka@seamk.fi, puh. 040 830 4200.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin, kyselyn vastaukset palautuvat meille heti kyselyn täyttämisen jälkeen.

Vastauksenne ovat meille arvokkaita, kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin, hoitotyön opiskelijat:

Sara Takaneva

Noora Jaatinen

sara.takaneva@seamk.fi

noora.jaatinen@seamk.fi

Liite 2.

Teemoitettu kysely

1 Vastaajien taustat

- Valmistumisvuosi

- Kauanko olet ollut työssä dialyysiosastolla?

2. Miten dialyysissä käyvien potilaiden tuen tarpeet ilmenevät sairaanhoitajan kokemusten mukaan?

- Kuvaile, mitkä asiat koet tärkeäksi keskustellessasi dialyysissä käyvän potilaan kanssa?

- Kerro, kuinka paljon työssäsi dialyysiosastolla on aikaa keskustella potilaan kanssa

- Kuvaile asiat, joista erityisesti keskustellette kullakin hoitokerralla:

- hoitoon tullessa

- hoidon aikana

- hoidon päätyttyä

3. Miten dialyysissä käyvän potilaan henkinen jaksaminen huomioidaan?

- Kuvaile, minkälaisia henkisen hyvinvoinnin ongelmia potilailla on ollut osastolla?

- Kerro, kuinka tunnistatte mahdollisia henkisen hyvinvoinnin ongelmia?

4.. Millaista henkistä tukea sairaanhoitaja tarjoaa dialyysissä käyville potilaille?

5. Kerro ne kehittämiskohteet, joiden avulla dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarve huomioidaan paremmin

Liite 3



Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

1 (2)

Sopimus opinnäytetyöstä /opinnäytetyön hankkeistamisesta

Opinnäytetyön tekijä/tekijät

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero Sähköposti
Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero Sähköposti
Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero Sähköposti
Tutkinto-ohjelma	Ryhmitunnus
Oppilaitos ja yksikkö	

Opinnäytetyön aihe/nimi (tai työnimi)

--

Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja toteutus

--

Lupa opinnäytetyön tekemiseen

<input type="checkbox"/> Lupa annettu	Päivämäärä	Päättönumero / Luvan myöntäjä
Lupaa koskevat muut tiedot (täytetään tarvittaessa)		

EPSHP:tä koskevat tiedot

EPSHP:n toimintayksikkö(t), joita opinnäytetyö koskee	
EPSHP:n yhteyshenkilön nimi	
Osoite	
Puhelin	Sähköposti

Sopimusnumero _____

Ammattikorkeakoulututkintoon sisältyy opinnäytetyö. Mikäli opinnäytetyön tuloksena syntyy tuotos, jota on tarkoitus käyttää Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja sen terveydenhuollon toimipisteissä alueella (mm. psykiatriset pkl:t), sovitaan tässä sopimuksessa opinnäytetyön IPR:stä. Selvennyksenä todettakoon, ettei Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä ole

Huhtalantie 53
60220 Seinäjoki
D-1962-2011-L

Puhelin vaihde 06 415 4111
Faksi 06 415 4351

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@epshp.fi

mitään oikeuksia itse opinnäytetyön tekstiosaan. Ammattikorkeakoululla on opinnäytetyöhön ja tuotokseen käyttöoikeus opetustarkoituksessa.

Opinnäytetyön ohjaaja/ohjaajat

Nimi	
Osoite	
Puhelin	Sähköposti

Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyön toteutusaikataulu / 20 - / 20
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika / 20

Tekijänoikeudet

Tekijänoikeus opinnäytetyön tuotososaan kuuluu opiskelijoille. Opiskelijoilla on velvollisuus luovuttaa EPSHP:lle opinnäytetyö ja tuotos sen valmistuttua sekä paperitilosteenä että sähköisessä muodossa.

Rinnakkainen, opiskelijan tekijänoikeudesta riippumaton ja erillinen omistusoikeus / käyttöoikeus opiskelijoiden opiskelujensa yhteydessä tekemään tuotososaan siirtyä luovutushetkellä EPSHP:lle.

EPSHP:llä on vapaa oikeus itse ja opiskelijoiden tekijän- ja immateriaalioikeuden rajoittamatta ja korvausvelvollisuudetta:

1. käyttää tuotososaa omissa toiminnoissaan,
2. muuttaa, päivittää ja kehittää tuotososaa edelleen,
3. valmistaa tuotososasta uusia kappaleita omaan käyttöön ja EPSHP:n toiminta-alueella toimiville perusterveydenhuollon yksiköille kulukorvausta vastaan.
4. EPSHP käyttöoikeuksia ja muunteluoikeuksia hyödyntäessään kunnioittaa tekijän moraalisia oikeuksia.
5. EPSHP:llä on rinnakkainen, opiskelijan tekijänoikeudesta riippumaton ja erillinen omistusoikeus / käyttöoikeus myös opinnäytetyön yhteydessä syntyneisiin, tuotoksiin sisältyviin kuviin ja muuhun digitaalisessa muodossa olevaan materiaan.
6. EPSHP sitoutuu olemaan käyttämättä kaupallisesti omistusoikeuttaan / käyttöoikeuttaan opinnäytetyön tuotososaan muilta osin kuin edellä on sovittu.

Tekijänoikeudet ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyön tuotososaan kuuluvat opinnäytetyön tekijöille ja EPSHP:lle.

1. Tekijänoikeudet ovat rinnakkaisia sekä toisistaan riippumattomia ja erillisiä.
2. EPSHP sitoutuu olemaan käyttämättä tekijänoikeuttaan kaupallisesti. Kaupallisena toimintana ei kuitenkaan pidetä edellä mainituille terveydenhuollon yksiköille tapahtuvaa luovutusta kulukorvausta vastaan.
3. Tekijänoikeuden jakautuminen perustuu EPSHP:n opinnäytetyön ohjaukseen tai potilaiden tietojen käyttämiseen tai näkyvyyteen.
4. Kummallakaan osapuolella ei ole toisilensa näiltä osin korvaus- tai tekijänoikeusmaksuvelvollisuutta.

Tekijänoikeudesta on sovittu etukäteen kirjallisesti erikseen.

Opinnäytetyö tehdään korvauksetta. Mahdollisista korvauksista on aina sovittava kirjallisesti etukäteen luvan antaneen viranhaltijan kanssa ennen opinnäytetyön aloittamista. Kulukorvaus on euroa.

Opinnäytetyön tekemisessä noudatetaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä opinnäytetyön tekemisestä annettuja ohjeita. Opinnäytetyö ja sen tuotos tarkistutetaan työelämän edustajalla ennen sen ottamista korkeakoulun sisäiseen käyttöön.

Sitoudumme noudattamaan edellä mainittuja sopimusehtoja. Tämä sopimus on tehty kolmena (3) kappaleena, yksi kullekin osapuolelle.

Allekirjoitukset

Päivämäärä	Opiskelijan allekirjoitus
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus	EPSHP:n edustajan allekirjoitus

Liite 4 Tutkimuslupahakemus

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Olemme suunnitelleet dialyysiosaston asiantuntijahoitajan ja henkilöstön sekä opinnäytetyön ohjaajan Helinä Mesiäislehto-Soukan kanssa opinnäytetyötä aiheesta Sairaanhoitajien kokemuksia dialyysissä käyvien potilaiden henkisen tuen tarpeesta. Aineisto on tarkoitus kerätä teemoitetulla verkkokyselyllä dialyysiosaston sairaanhoitajilta. Pyydämme kohteliaasti lupaa saada tehdä opinnäytetyö tästä aiheesta. Vastauksen toivomme lähetettävän opinnäytetyön tekijöille ja ohjaajalle.

Kiitokset etukäteen.

Ystävällisin terveisin,

Sara Takaneva & Noora Jaatinen

Liite 5 Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Riittävästi	Sopivasti aikaa keskustelulle	Onnistunut ajan- käyttö	Ajan riittävyys
Mielestäni aikaa on hyvin. Yleensä hoidon aloituksessa keskustellaan potilaan voinnista ja hoitoon liittyvistä asioista. Hoidon lopussa usein tulee keskusteltua myös niitä näitä potilaan elämästä ja omastakin elämästä.	Ajan löytäminen keskustelulle		
Aikaa keskusteluun on runsaasti, koska potilaat ovat täällä vähintään sen neljä tuntia kerrallaan ja joskus kauemminkin.	Ajan käytön onnistunut hallinta		
Ihan hyvin	Riittävä aika keskustelulle		

<p>Vaihtelee päivittäin. Toisina päivinä aikaa on kyllä, toisina ei. Jokaisen diilyysihoidon aloituksessa vaihdan kuumiset potilaan kanssa. Toisinaan keskustelua on pitkin päivin, riippuen potilaan tarpeista. Usein potilaat viihtyvät tv:tä katsellen tai nukkuessa, jolloin hoitajan kanssa käytävät keskustelut jäävät hyvinkin lyhyiksi.</p>	<p>Keskustelut hoitajan kanssa</p> <p>Yksilöllisen tarpeen arviointi</p>	<p>Potilaan tarpeiden huomiointi</p>	<p>Potilaslähtöisyys</p>
<p>Päivät vaihtelevat toisena päivänä on enemmän aikaa kuin toisena, en tuntimäärää voi arvioida.</p>	<p>Vaihteleva kuormitus</p>	<p>Päivät vaihtelevat</p>	<p>Työn vaihtelevuus</p>
<p>riippuu päivästä, toisinaan enemmän toisinaan vähemmän.</p>	<p>Työn kuormituksen vaihtelut</p>		

<p>Ei kovinkaan paljon, koska hoitopäivät ovat aika kiireisiä.</p>	<p>Työn vaihteleva kuormitus</p>	<p>Ajan käytön haasteet</p>	<p>Epäonnistunut ajankäyttö</p>
<p>Välillä työ on kovin hektistä, mutta aina löytyy aikaa keskustella potilaan kanssa.</p>	<p>Työn liialliset kuormituksen vaihtelut Hoitajan kiinnostus potilaasta</p>		
<p>Aina, kun on rauhallinen hetki. On kiinni hoitajasta mihin aikansa käyttää. Toisinaan on kiire ja helppohoitoinen potilas jää "sivuun", jos on työläämpi hoidettava samalla hoitajalla. Joskus on itse niin väsyneessä mielentilassa ettei jaksu puhua potilaiden kanssa, vaikka aikaa oisikin. Mieluummin vaihtaa mielipiteitä työtöveiden kanssa.</p>	<p>Hoitajan motivaatio Potilaiden eritasoinen sitovuus</p>		

		Hoidon vaiheet	Ajoitus
Riippuu päivästä. Yleensä ainakin hoidon aloituksessa ja lopetuksessa on aikaa keskustella	Sopivan hetkien löytäminen keskustelulle		
Keskusteluun on vähän aikaa aloituksen yhteydessä ja hoitojen ollessa käynnissä keskusteluun on hyvin aikaa.	Keskusteluun liian vähän aikaa Oikeanlaisten hetkien löytäminen keskustelulle		
Yleensä hoidon aloituksen ja lopetuksen yhteydessä samalla työskennellessä voi kysellä kuulumisia. Hoidon aikana monet potilaat nukkuvat, kuuntelevat radiota tai katsovat tv:tä.	Keskustelun liittäminen hoitotoimenpiteiden toteutukseen		
hoidon aloitus ja hoidon lopetus ajankohta. Dialyysin aikana jonkin verran, jos potilas hereillä.	Hoitojen vaiheiden hyödyntäminen keskusteluissa		