

Saara Kenttä ja Tiina Turtinen

HEMODIALYYSIPOTILAIDEN KOKEMUKSIA OMAHOIDON OHJAUKSESTA

HEMODIALYYSIPOTILAIDEN KOKEMUKSIA OMAHOIDON OHJAUKSESTA

Saara Kenttä ja Tiina Turtinen
Opinnäytetyö
Syksy 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Saara Kenttä & Tiina Turtinen
Opinnäytetyön nimi: Hemodialyysipotilaiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta
Työn ohjaajat: Piia Hyvämäki & Pia Mäenpää
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2012
Sivumäärä: 46 + 3 liitesivua

Painopiste pitkäaikaissairauksissa on siirtymässä yhä enenevässä määrin potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. Viime vuosina on saatu uutta tieteellistä näyttöä siitä, että omahoito on tehokasta sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä sekä elämäntapojen kohentamisessa. Munuaispotilaiden määrä on viimeisten 10 vuoden aikana puolitoista kertaistunut ja kasvun odotetaan jatkuvan. Tämä edellyttää kaikkien muiden resurssien ohella aktiivisempaa omahoitoa.

Tutkimuksen toimeksiantaja oli Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosasto. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla osaston hemodialyysipotilaiden kokemuksia saamastaan omahoitoa tukevasta ohjauksesta ja kannustuksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli, että sairaanhoitajilla on enemmän tietoa potilaiden ohjaukokemuksista ja toiveista. Näin sairaanhoitajilla on mahdollista kehittää omahoidon ohjausta ja sitä kautta edistää potilaiden elämänlaatua, motivaatiota ja kiinnostusta omasta terveydentilasta ja hoidosta.

Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksessa haastateltiin kolmea hemodialyysipotilasta. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tulosten pääluokat olivat motivointi ohjauksen välineenä, moniammatillisuus potilaan ohjauksen tukena, tarpeenmukainen ohjaus, sisällöllisesti monipuolinen ohjaus sekä omahoidon ohjauksen tarpeet ja kehittämisehdotukset. Haastateltavat olivat yleisesti tyytyväisiä saamaansa omahoidon ohjaukseen ja kannustukseen. He kokivat hallitsevansa lääkehoidon hyvin, mutta munuaispotilaan ravitsemuksen toteuttamisen he kokivat haastavaksi. Sairaanhoitajien ohjaustoiminnassa kehitettäväksi osa-alueiksi muodostuivat ravitsemusohjaus ja elintapamuutoksiin kannustaminen. Lisäksi toivottiin potilaan mielipiteen parempaa huomiointia. Kokonaisuudessaan tuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajien omahoidon ohjausosaaminen oli hyvää.

Tutkimus osoitti sen, että potilailla on jatkuva ohjaustarve, joten sairaanhoitajien tulisi pitää yllä omaa ohjausosaamistaan. Lisäksi hoitajille tulee tarjota säännöllisesti ohjauskoulutusta. Mielletämme jatkossa voisi tutkia, millaiseksi osaston sairaanhoitajat kokevat oman ohjausosaamisensa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, mitkä asiat munuaispotilaiden mielestä ovat avainasemassa pitkäaikaissairauden kanssa jaksamisessa ja hoitoon sitoutumisessa.

Asiasanat: munuaissairaus, hemodialyysipotilas, omahoito, ohjaus, kannustus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Saara Kenttä & Tiina Turtinen

Title of thesis: Hemodialysis Patients' Experiences of Self-Management Counselling

Supervisors: Piia Hyvämäki & Pia Mäenpää

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2012

Number of pages: 46 pages and 3 appendices

BACKGROUND: The focus of the treatment of chronic diseases is shifting increasingly towards encouraging patient-centered self-management. In recent years there has been new scientific evidence that self-management is not effective only in the prevention and treatment of diseases, but also in lifestyle improvement. The number of kidney patients is now one and a half times bigger than ten years ago and the growth is expected to continue. This requires more active self-management.

AIM: The aim of the thesis was to describe the hemodialysis patients' experiences of self-management counselling and encouragement. The purpose of the thesis was to provide information of patients' experiences of counselling to nurses.

METHOD: The thesis was qualitative. Theme interviews were used as a data collection method. The sample consisted of three hemodialysis patients. The data was content analyzed.

RESULTS: Results were divided into five categories: using the motivation for counselling, exploiting of multiprofessionality, taking patients' needs into account the counselling, content varied counselling and needs of self-management counselling and development proposals. The informants were generally pleased with the self-management counselling and encouragement. Improvement was needed in nurses' encouragement in nutrition counselling and lifestyle counselling. The informants wished also nurses to pay more attention to their opinions. Overall results showed that nurses had good self-management counselling skills.

CONCLUSION: Patients have continuous need of counselling and nurses should maintain their own counselling skills. Therefore it is important to provide regular education of counselling for nurses. Based on the results nurses have the opportunity to develop their self-management counselling and thereby promote patients' quality of life, motivation and interest of their own health condition and treatment. One subject for further studies could be nurses' experiences of their own counselling skills. It would be also interesting to know how patients with chronic diseases managed in their daily lives. Patients' commitment to their treatment could be one of the subjects too.

Keywords: kidney disease, hemodialysis patient, self-management, counselling, encouragement

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
SISÄLLYS.....	5
1 JOHDANTO.....	7
2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖ.....	9
2.1 Munuaissairaus ja sen yleisyys.....	9
2.2 Lääkehoito.....	9
2.3 Ravitsemushoito ja elintavat.....	10
2.4 Hemodialyysihoito.....	11
3 MUNUAISSAIRAUDEN OMAHOITO.....	12
3.1 Potilaslähtöinen omahoidon tukeminen ja ohjaus.....	12
3.2 Hemodialyysipotilaiden omahoito.....	14
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	16
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	17
5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	17
5.2 Tiedonantajien valinta.....	17
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	18
5.4 Aineiston analyysi.....	19
6 HEMODIALYYSIPOTILAIDEN KOKEMUKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	
OMAHOIDON OHJAUKSESTA.....	23
6.1 Tutkimustulosten kategorointi.....	23
6.2 Motivointi ohjauksen välineenä.....	24
6.3 Moniammatillisuus potilaan ohjauksen tukena.....	26
6.4 Tarpeenmukainen ohjaus.....	27
6.5 Sisällöllisesti monipuolinen ohjaus.....	29
6.6 Omahoidon ohjauksen tarpeet ja kehittämisehdotukset.....	30
7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	32
8 POHDINTA.....	36
8.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	38
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	40
8.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	41
LÄHTEET.....	42

LIITTEET VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

1 JOHDANTO

Painopiste pitkäaikaissairauksissa, kuten munuaissairauksissa, on siirtymässä yhä enenevässä määrin potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. Viime vuosina on saatu uutta tieteellistä näyttöä siitä, että omahoito on tehokasta sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä sekä elämäntapojen kohentamisessa. Esimerkiksi ihmisten lisääntynyt ylipaino on yleismaailmallinen ongelma, joka nostaa osaltaan riskiä sairastua munuaissairauksiin. Tyypin 2 diabeetikot ovatkin tällä hetkellä nopeimmin kasvava dialyysihoitoa tarvitseva potilasryhmä. Myös väestön ikääntyminen tuo mukanaan yhä enemmän monisairaita potilaita. (Alahuhta, Hyväri, Linnanvuori, Kylmäaho & Mukka 2008, 13-14.) Väestön aktiivisuuden lisääminen oman terveyden edistämiseksi on tullut maailman laajuiseksi suuntaukseksi (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä & Routasalo 2010, hakupäivä 17.9.2012).

Tilastollisesti vuosina 2005-2009 keskimääräinen uusien munuaisaktiivihoidopotilaiden määrä oli 64-146 potilasta miljoonaa asukasta kohden Suomessa. Lisäksi Suomessa sai vuoden 2007 lopussa 1259 potilasta hemodialyysihoitoa. (Munuais- ja maksaliitto ry 2012a, hakupäivä 19.9.2012.) Viimeisten 10 vuoden aikana uusien potilaiden määrä on kasvanut noin puolitoistakertaiseksi. Vaikka kasvu on tasaantunut, ennustetaan, että aktiivihoidon tarvitsevien potilaiden määrä kasvaa 50 % seuraavan 10 vuoden aikana. Lisähoitopaikkojen lisäksi kasvu edellyttää potilaiden aktiivisempaa omahoitoa. (Alahuhta ym. 2008, 13-14.)

Omahoidon tukeminen on nostettu myös keskeiseksi tavoitteeksi Suomen poliittisissa linjauksissa. Viime vuosina maassamme on toteutettu useita omahoitoon liittyviä kehittämishankkeita. Esimerkiksi Espoon Omahoitohankkeen (2006-2009) tavoitteena on kehittää uusia toimintatapoja pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan sekä lisätä omahoitoa tukevia palveluja. Valtimotautien ehkäisyn laatuverkosto on myös palkinnut potilaita onnistuneesta omahoidosta. Palkitsemisen perusteena olivat muun muassa hyvin tehdyt itsemittaukset, onnistuneet liikunta- tai ruokavalio muutokset, hyvin toteutetut lääkemutokset, ennakoiva toiminta murtumien ehkäisemiseksi, tupakoinnin lopettaminen tai muu terveyden kannalta tärkeä asia. (Cocomms Oy 2010, hakupäivä 19.8.2012.) Omahoito on nostettu myös Sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva terveyskeskus -ohjelman yhdeksi keskeiseksi toimenpiteeksi (Airaksinen ym. 2010, hakupäivä 17.9.2012).

Kiinnostus tutkimuksen aiheeseen lähti liikkeelle sairaanhoitajaopintojen harjoittelujakson pohjalta Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosastolta. Osastolla oli monen ikäisiä ja monessa eri tilanteessa olevia munuaissairaita potilaita. Vaihtelu oli suurta siinä suhteessa, kuinka paljon potilaat osallistuivat omaan hoitoonsa. Koulumme oli myös saanut ehdotuksen opinnäytetyön aiheesta koskien munuaispotilaan itsehoitovalmiuksia ja niiden lisäämistä. Rajasimme aiheen koskemaan hemodialyysipotilaita, ja erityisesti heidän kokemuksiinsa sairaanhoitajien ohjaustoiminnasta, sillä jatkossa omahoitoon tukemista pyritään lisäämään aktiivisesti. Tämä johdatti tutkimuksen aiheeseen, minkälainen tilanne omahoidon osalta on tällä hetkellä. Taloudellisen säästön lisäksi omahoidon lisääminen vähentää eri sairausryhmien potilaiden oireita, parantaa terveydentilaa, voimaannuttaa potilasta ja vähentää terveyspalveluiden käyttöä (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä & Routasalo 2009, hakupäivä 17.9.2012).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hemodialyysipotilaiden kokemuksia saamastaan omahoidosta tukevasta ohjauksesta ja kannustuksesta. Kannustuksella tarkoitamme tutkimuksessamme potilaiden rohkaisua ja motivointia omahoitoon. Tärkeä osa kannustusta on hoitajien positiivinen asenne ja yksilöllinen potilaiden voimavarojen arviointi. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan käyttää sairaanhoitajien toimesta tapahtuvan hemodialyysipotilaiden omahoidosta tukevan ohjauksen ja kannustamisen kehittämiseen. Tulosten käyttäjiä ovat myös opiskelijat, jotka voivat käyttää opinnoissaan hyödyksi tutkittua tietoa. Se lisää heidän tietämystään omahoidosta ja siihen ohjaamisesta tulevan ammatin kannalta. Lopullisiksi tutkimuksen tulosten hyödyntäjiksi lukeutuvat kaikki hemodialyysipotilaat.

Tutkimuksen tavoitteena oli, että sairaanhoitajilla on enemmän tietoa potilaiden ohjauskokemuksista ja toiveista. Näin sairaanhoitajilla on mahdollista kehittää omahoidon ohjausta ja sitä kautta edistää potilaiden elämänlaatua, motivaatiota ja kiinnostusta omasta terveydentilasta ja hoidosta. Tutkijoiden oppimistavoitteina oli oppia laadullisen tutkimusprosessin vaiheet ja syventyä teema- ja haastatteluun aineistonkeruumenetelmänä sekä harjaantua aineiston analysoinnissa. Halusimme syventää tietojamme munuaispotilaiden omahoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä hoitajien kannalta. Toivoimme myös oppivamme analysoimaan ja tulkitsemaan entistä paremmin potilaiden kokemuksia ja tunteita. Lisäksi halusimme syventää yleistä ammattitaitoamme tulevina sairaanhoitajina.

2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖ

2.1 Munuaissairaus ja sen yleisyys

Lukuisat munuaissairaudet voivat johtaa kroonisen munuaisten vajaatoiminnan kehittymiseen. Vajaatoiminta on loppuseuraamus. Kroonisesta vajaatoiminnasta puhutaan, kun molemmat munuaiset ovat vaurioituneet ja toimivat nefronit, eli munuaisten verta puhdistavat toimintayksiköt ovat vähentyneet. Koska munuaisilla on keskeinen osa elimistön tasapainon säätelyssä ja kuo-
na-aineiden poistossa, krooninen munuaistauti voi johtaa monenlaisiin elimistön toimintahäiriöihin. Tavallisimmat munuaisten vajaatoiminnan aiheuttajat ovat diabetekseen liittyvä munuaissairaus, iskeeminen nefropatia, munuaiskerästulehdus ja munuaisten monirakkulatauti. Munuaissairauksien syntyyn vaikuttavat kohonnut verensokeri, ahtaumat munuaisten verisuonissa, tulehdukset munuaiskeräsissä sekä nesteiden täyttämät rakkulat munuaisissa. Lisäksi löytyy myös joukko muita harvinaisempia munuaissairauksia. (Kauppinen 2006, 148-150, 152-154; Laakso & Lumiaho 2006, hakupäivä 20.9.2012; Alahuhta ym. 2008, 47, 57; Saha 2012, hakupäivä 19.9.2012.)

Munuaisilla on erittäin keskeinen osa elimistön tasapainon säätelyssä ja niiden toiminta on välttämätöntä elimistön toimimisen kannalta (Kauppinen 2006, 144). Esimerkiksi ihmisten lisääntynyt ylipaino on yleismaailmallinen ongelma, joka nostaa osaltaan riskiä sairastua munuaissairauksiin. Tyypin 2 diabeetikot ovatkin tällä hetkellä nopeimmin kasvava dialyysihoitoa tarvitseva potilasryhmä. Myös väestön ikääntyminen tuo mukanaan yhä enemmän monisairaita potilaita. (Alahuhta ym. 2008, 13-14.)

2.2 Lääkehoito

Munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden lääkehoidossa pyritään keskittymään liian korkean veren fosfaattipitoisuuden, lisäkilpirauhasten liikatoiminnan ja liian vähäisen veren kalsiumpitoisuudenhoitoon. Lisäksi lääkehoidolla pyritään vaikuttamaan potilaan verenpainetasoon ja anemian hoitoon. (Alahuhta ym. 2008, 12; Rauta 2010, hakupäivä 19.9.2012.) Tutkimuksissa on todettu, että vain noin 50 % pitkäaikaisia sairauksia potevista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti (World Health Organization 2003, hakupäivä 16.8.2012).

Fosforin imeytymistä pyritään ehkäisemään fosforinsitojilla. Niihin lukeutuvat muun muassa kalsiumkarbonaatti, asetaatti, sevelameeri ja lantaanikarbonaatti, jotka otetaan ruokailun yhteydessä. Aktiivisen D-vitamiinin puutteeseen käytetään D-vitamiinilisää. Yhdessä D-vitamiini ja kalsiumkarbonaatti korjaavat kalsiumin puutetta. Nämä toimenpiteet yhdessä pyrkivät hidastamaan myös lisäkilpirauhasen liikatoimintaa. (Alahuhta ym. 2008, 66.)

Kohonneen verenpaineen hoito on avainasemassa hidastamassa munuaistaudin etenemistä. Verenpaineen tavoitetasona pidetään 130/80mmHg. Tavallisimmat verenpainelääkkeet ovat käyttökelpoisia. Niitä ovat diureetit, beetasalpaajat, kalsiumkanavansalpaajat, ACE:n estäjät ja angiotensiinireseptorin salpaajat. (Rauta 2010, hakupäivä 19.9.2012.)

Anemian hoito pyritään aloittamaan silloin, kun hemoglobiinitaso laskee alle 110 g/l. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan aiheuttamaa anemiaa hoidetaan erytropoietiinihormonilla eli EPO:lla. Jotta hemoglobiinitaso nousisi, siihen liittyvään punasolujen muodostumiseen tarvitaan myös rautaa, joka otetaan tabletteina suun kautta tai tiputuksena suoneen. Yhdessä nämä tekijät lisäävät punasolujen tuotantoa, joka näkyy hemoglobiinitason nousuna. Hemoglobiinitasossa ei pyritä aivan viitearvoissa oleviin lukemiin, jotta se ei aiheuttaisi verisuonitukoksia. (Alahuhta ym. 2008, 66; Munuais- ja maksaliitto ry 2012b, hakupäivä 19.9.2012.)

2.3 Ravitsemushoito ja elintavat

Pitkälle edenneessä munuaisten vajaatoiminnassa ruokavaliolla on ratkaiseva osa ja tehtävä. Ruokavalion kulmakiviä ovat fosfaatin, proteiinin ja suolan saannin rajoittaminen. Käytännössä fosfaatin saannin rajoittaminen tarkoittaa maitotuotteiden rajoitettua käyttöä ja että täysjyvätuotteiden sijaan käytetään vaaleaa viljaa, kuten vehnää. Suolan saannissa tavoite on alle 5 grammaa per päivä. Munuaispotilaita tarkemmin opastaa usein ravitsemusterapeutti, joka katsoo jokaisen tilanteen yksilöllisesti. (Saha 2012, hakupäivä 19.9.2012.) Ruokavaliolla pyritään myös vaikuttamaan normaalien veren rasva-arvojen ylläpitämiseen (Munuais- ja maksaliitto ry 2012c, hakupäivä 19.9.2012).

Elintapoja tarkastellessa kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla ylipainoisilla laihduttaminen on eduksi, kuten muissakin elämäntilanteissa. Liikunta vaikuttaa myönteisesti painonpudotukseen, mutta myös alentaa verenpainetta. Liikunta ei paranna munuaisten vajaatoimintaa, mutta se voi hidastaa taudin etenemistä. Säännöllinen liikunta parantaa hemodialyysissä olevan

kykyä selviytyä tavallisista päivittäisistä askareista ja elämänlaatu paranee huomattavasti. Usein liikunnan myötä usko jaksamiseenkin kasvaa. Myös tupakoinnin lopettaminen on erittäin tärkeää munuaispotilaalle. (Munuais- ja maksaliitto ry 2007c, hakupäivä 19.9.2012; Munuais- ja maksaliitto ry 2012d, hakupäivä 24.8.2012; Munuais- ja maksaliitto ry 2012e, hakupäivä 24.8.2012.)

2.4 Hemodialyysihoito

Hemodialyysipotilas voi toteuttaa hoitoansa omatoimisesti kotona tai dialyysihoitoyksikössä sairaalassa tai satelliittiyksikössä. Potilas tarvitsee hoitoa tavallisesti kolmesti viikossa 4–5 tuntia kerrallaan. Hemodialyysissä potilaan veri johdetaan dialyysikoneen letkustoa pitkin dialyysiaattorin läpi, jossa veri altistetaan niin sanotulle ulkonesteelle synteettisen kalvon välityksellä. Dialyysiaattorissa veri kiertää vastakkaiseen suuntaan ulkonesteeseen verrattuna. Toksiset aineet poistuvat verestä pääasiallisesti diffundoitumalla synteettisen kalvon lävitse. Diffuusiolla tarkoitetaan molekyylien siirtymistä väkevämmästä pitoisuudesta laimeampaan. Kaliumin pitoisuus on matala ulkonesteessä, eikä siinä ole lainkaan fosfaattia. Tämän vuoksi veren liian korkeat kalium- ja fosfaattipitoisuudet korjaantuvat tehokkaasti. Lisäksi dialyysiaattorissa ulkonesteen puolelle on aiheutettu alipaine, joka mahdollistaa kehon ylimääräisten nesteiden poistumisen. Lopuksi puhdistunut veri palaa letkustoa pitkin takaisin potilaaseen. Kuten yleensä muissakin hoitomuodoissa, myös hemodialyysissä lisätään vereen hyytymistä estävää ainetta. (Gambro 2010, hakupäivä 17.9.2012; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010, hakupäivä 2.1.2011.)

Hemodialyysihoidossa tarvitaan veritie potilaaseen, koska hoidon ajan verta kierrätetään dialyysikoneen läpi 200ml-300ml minuutissa. Useimmin tämä tapahtuu verisuonikirurgin tekemän AV-fistelien kautta ranteesta tai käsivarresta. AV-fistelissä yhdistetään valtimo ja laskimo. Tämä aiheuttaa laskimoiden laajentumisen. Dialyysissa tarvittavat neulat voidaan näin pistää helposti suonien vaurioittamatta. (Forrs 2010, hakupäivä 17.9.2012.) Usein hemodialyysi tehdään myös sentraaliseen laskimoon asetetun kanyylin kautta, jos AV-fistelien teko ei ole mahdollista tai ajan-kohtaista (Tertti 2011, hakupäivä 19.9.2012).

3 MUNUAISSAIRAUDEN OMAHOITO

3.1 Potilaslähtöinen omahoidon tukeminen ja ohjaus

Omahoito-termiä vastaava englanninkielinen termi self-management on tullut lääketieteeseen jo 1970-luvulla. Tällöin termi määriteltiin lasten astman hoidon yhteydessä Creerin johdolla. Pitkäaikaisairaahan omahoidossa on erotettu kolmenlaisia ulottuvuuksia: 1) taito hoitaa itseä lääketieteellisesti hyvin, 2) kyky luoda ja ylläpitää uusia merkityksellisiä rooleja sairaudesta huolimatta sekä 3) sopeutuminen sairauteen ja siihen liittyviin tunteisiin. (Airaksinen ym. 2009, hakupäivä 17.9.2012.)

Potilaan omahoidon onnistuminen edellyttää ammattihenkilöiltä laadukasta ohjausosaamista. Ohjaus on asiakkaan ja ammattihenkilön aktiivista, tavoitteellista ja vuorovaikutuksellista toimintaa. Laadukkaan ohjauksen tarjoamiseksi ammattihenkilö tarvitsee hyviä ohjausvalmiuksia. Niitä pidetäänkin hoitajan tärkeimpinä osaamisvaatimuksina. Laadukas ohjaus edellyttää hoitajalta tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä. Hoitajien omien arvioiden mukaan tietoa hoidon jälkeisestä voinnista ja taitoa tukea potilasta omahoitoon tarvitaan enemmän. Myös erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön on tärkeää kiinnittää enemmän huomiota. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9; Kääriäinen 2008, 10-14.)

Lingerfelt ja Thornton (2011) ovat tutkineet potilasohjauksen hyötyjä munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla hemodialyysipotilailla. Potilasohjaus koski munuaisten vajaatoimintaa, ravitsemusta, hoitoa ja lääkehoitoa. Ohjauksen tarkoituksena oli edistää omahoitotaitoja. Potilasohjauksen tuloksena potilaiden tietämys sairauden hoidosta lisääntyi merkittävästi. Tutkimuksen mukaan potilasohjaus voisi johtaa parempaan omahoitoon ja sitä kautta myös parempiin hoidon tuloksiin.

Potilaslähtöinen ja riittävä ohjaus mahdollistavat ohjauksen vaikutukset. Ohjaus luo edellytykset potilaan ja hoitajan oppimiselle, voimaantumiselle ja itseohjautuvuuden kasvulle. Se myös edistää potilaan terveyttä ja tuo säästöjä yhteiskunnalle. Hoitajan tulee oppia havaitsemaan, miten ohjausprosessin eri osat vaikuttavat toisiinsa, jotta ohjaus tukee voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvua. (Kääriäinen 2008, 10-14.)

Painopiste pitkäaikaissairauksissa on siirtymässä yhtä enenevässä määrin potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. Viime vuosina on saatu uutta tieteellistä näyttöä siitä, että omahoito on tehokasta sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä sekä elämäntapojen kohentamisessa. Tutkimuksissa on havaittu, että hoitopäätöksen tekeminen potilaan puolesta ja yksisuuntainen tiedonsiirto eivät aina johda toivottuun lopputulokseen. (Airaksinen ym. 2010, hakupäivä 17.9.2012.) Thomas-Hawkinsin ja Zazworskyn (2005) mukaan hoitajien tulisi tukea munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden itseohjautuvuutta omahoidossa. Hoitajien olisi tärkeää auttaa potilaita asettamaan tavoitteita omahoidossa ja hoidon suunnittelussa.

Onnistuneen omahoidon voidaan olettaa tulevan esille lähinnä taloudellisena säästönä, ja näin onkin, kun yksilöllisesti suunniteltu hoito tuottaa aiempaa parempia tuloksia. Tukemisesta saatava hyötyä on tarkasteltu monissa tutkimuksissa taloudellisuuden ja vaikuttavuuden kannalta. Kun tuki on kohdennettu oikein, sillä on kyetty vähentämään muun muassa nivelrikkopotilaiden kokemia oireita, parantamaan terveydentilaa, voimaannuttamaan potilasta sekä vähentämään terveystalouden käyttöä. (Airaksinen ym. 2009, hakupäivä 17.9.2012.) Myös diabeteksen hoito- ja ehkäisyohjelmat ovat parantaneet potilaiden hoitotasapainoa ja vähentäneet diabeteksen ilmaantuvuutta (Pitkälä & Routasalo 2009, hakupäivä 20.8.2012).

Omahoitoon tukemisessa potilaita pyritään valmentamaan, jotta he saavuttaisivat parhaan mahdollisen elämänlaadun huolimatta pitkäaikaissairaudesta. Tavanomainen potilasopetus perustuu tiedon ja teknisten taitojen hallintaan. Omahoitovalmennuksessa taas painotetaan ongelmanratkaisutaitoja. Omahoitovalmennus on tiedon jakamista tehokkaampaa, kun pyritään saavuttamaan klinisiä tuloksia ja vähentämään sairauden aiheuttamia kustannuksia. (Airaksinen ym. 2009, hakupäivä 17.9.2012.)

Potilaan voimaantuminen sekä hänen motivaationsa, autonomiansa ja pystyvyyden tunteensa tukeminen ovat keskeisiä käsitteitä omahoidon potilaslähtöisessä tukemisessa. Kun näihin tekijöihin on vaikutettu, on parannettu potilaan omahoitotaitoja ja motivaatiota. (Airaksinen ym. 2009, hakupäivä 17.9.2012.) Constantini ym. (2008) ovat tutkineet lievää tai keskivaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kokemuksia omahoidosta. Tulosten mukaan potilaat halusivat toteuttaa omahoitoa yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Potilaat kokivat tarvitsevänsä ohjausta ja tukea onnistuneeseen omahoitoon.

Kun siirrytään omahoidon tukemisessa ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen, se vaatii myös muutoksia niin ammattilaisten kuin potilaiden osalta. Puhuttaessa onnistuneesta omahoidosta, se edellyttää myös ammattihenkilöiltä uudenlaista oppimiskäsitystä ja kykyä valmentaa. On kuitenkin huomioitava, että omahoito ei ole kaikissa tapauksissa sovelias ratkaisu. Toisaalta myös kaikki potilaat eivät halua tai kykene tekemään päätöksiä koskien omaa hoitoansa. (Airaksinen ym. 2009, hakupäivä 17.9.2012.) Bodenheimerin (2002) mukaan omahoidon hoitosuunnitelma pohjautuu potilaan toiveisiin ja se räätälöidään realistiseksi ja potilaan arkielämään sopivaksi.

3.2 Hemodialyysipotilaiden omahoito

Hemodialyysipotilaalla on mahdollisuus osallistua hoidossaan muun muassa lääkehoitoon, hemodialyysihoidon sekä ravitsemuksen ja elintapojen muutoksiin ja parannukseen. Potilaiden omahoidon yksi keskeinen tekijä on lääkehoito. Lähes poikkeuksetta kaikilla hemodialyysipotilailla on käytössään suuri määrä lääkkeitä. Omahoidossa korostuu se, että potilaan tulisi ymmärtää lääkkeiden käyttötarkoitus ja se, kuinka otettuina niiden vaikutus on tehokkaimmillaan. (Poliklinikka 2008, hakupäivä 14.1.2011.)

Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerien mukaan potilaan tulee saada riittävästi asiantuntevaa ravitsemusohjausta sairauden kaikissa vaiheissa ja päästä halutessaan munuaistauteihin perehtyneen ravitsemusterapeutin ohjaukseen. Ravitsemuksen rooli munuaissairauden hoidossa on merkittävä. Ravitsemus on osana jokaisen ihmisen jokapäiväistä elämää. Erityisesti munuaispotilaan on tärkeä ymmärtää, mikä merkitys ravitsemuksella on sairauden tilan ja etenemisen kannalta, jotta omahoito olisi mahdollisimman tehokasta. (Munuais- ja siirtopotilaiden liitto ry 2006, hakupäivä 13.1.2011.) Thomasin (2009) mukaan potilaille pitäisi antaa elintapaohjausta ja kannustamista tupakoinnin lopettamiseen, painonhallintaan ja liikuntaan.

On todettu, että melko vaikeastikin sairaat potilaat voidaan kouluttaa osaksi omatoimiseksi dialyysihoidossaan. He voivat esimerkiksi valmistella dialyysiin tarvittavia välineitä ja mitata omaa verenpainettansa ennen hoitoa ja hoidon aikana. Monet voidaan kuitenkin kouluttaa täysin omatoimiseksi. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilaat valmistelevat itse tarvikkeet ja dialyysikoneen, pistävät itse dialyysineulansa tai yhdistävät katetrisa dialyysiletkustoon. He myös osaavat suunnitella hoitonsa, johon kuuluu muun muassa suunniteltu nesteentoisto jokaiselle

hoitokerralle. Nämä taidot omattuaan he voivat jatkaa hoitojaan itsenäisesti dialyysiyksikössä tai erillisissä omatoimisten satelliittiyksiköissä. (Ekstrand & Honkanen 2006, hakupäivä 17.9.2012.)

Mainittava osa dialyysipotilaista voidaan myös kouluttaa kotihemodialyysiin. Elokuussa 2005 tätä hoitomuotoa käytti noin 4 % kaikista suomalaisista hemodialyysipotilaista. Kaikista hoitomuodoista se on yksilöllisin, sillä siinä toteuttamisajankohta, kesto ja hoitojen lukumäärä voidaan toteuttaa tarpeiden mukaan. Myös taloudellisesta näkökulmasta tämä on yhteiskunnalle edullisempaa kuin sairaalassa tapahtuva dialyysi. (Ekstrand & Honkanen 2006, hakupäivä 17.9.2012.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hemodialyysipotilaiden kokemuksia saamastaan omahoidosta tukevasta ohjauksesta ja kannustuksesta.

Tutkimuksen avulla etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Minkälaista ohjausta ja kannustusta potilaat kokevat saaneensa koskien omahoidon eri osa-alueita?
2. Miten potilaat kokevat hallitsevansa omahoidon eri osa-alueet?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tutkimus suoritettiin käyttämällä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä nousee esille ihmisten, tässä tutkimuksessa hemodialyysipotilaiden, kokemusten, tulkintojen ja motivaatioiden tutkiminen sekä näkemysten kuvaus. Potilaita pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivinen tutkimus mahdollistaa myös ymmärryksen lisääntymisen tutkittavasta ilmiöstä. Useita hoitamisen ilmiöitä ei voida mitata määrällisesti, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan potilaiden omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-50.)

Aiempiä tutkimustuloksia hemodialyysipotilaiden kokemuksista omahoidon ohjauksesta ei löytenyt. Kvalitatiivista tutkimusta käytetäänkin erityisesti silloin, kun mielenkiinnon kohteena olevasta aiheesta on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkimustietoa. (Kylmä, Lähdevirta & Vehviläinen-Julkunen 2003, hakupäivä 17.9.2012; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

5.2 Tiedonantajien valinta

Tutkimuslupa saatiin keväällä 2012 ja haastattelut tehtiin kesällä 2012. Yhteistyökumppanina toiminut Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosaston apulaisosastonhoitaja Helena Penttilä auttoi tiedonantajien valinnassa. Osaston henkilökunnalla oli parempi tuntemus osaston potilaista, joten päädyimme tarkoituksenmukaiseen otantaan. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Tärkeää onkin, että henkilöillä joilta tietoa kerätään, on kokemusta asiasta. Lisäksi on oleellista, että osallistuja osaa ja haluaa kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä eli tässä tutkimuksessa potilaiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta. Tutkimuksemme tiedonantajien kriteereinä oli, että he olivat hemodialyysipotilaita ja sen kuntoisia, että jaksavat osallistua haastatteluun. Voidaan ajatella, että tiedonantajien valinnan ei tule olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Apulaisosastonhoitaja valitsi meille seitsemän potilasta, jotka mahdollisesti voisivat olla sopivia haastatteluun. Valitsimme näistä seitsemästä sattumanvaraisesti kolme tiedonantajaa. Apulaisosastonhoitaja antoi heille suostumuslomakkeen (liite 1) ja teemahaastattelurungon (liite 2) etukäteen tutustuttavaksi. Suostumuslomakkeessa kerroimme muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta, tiedonantajien oikeuksista ja tietosuoja-asioista. Suostumuslomakkeen al-

lekirjoittaminen ilmaisi tiedonantajan halua ja osaamista osallistua tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 26, 57; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.)

Ensimmäisenä haastattelupäivänä haastattelimme kahta tiedonantajaa. Kolmannen tiedonantajan kanssa aikataulut eivät sopineet yhteen, joten jätimme haastattelun tekemättä. Kaksi ensimmäistä haastattelua toimivat esihaastatteluina. Haastattelut sisälsivät kuitenkin tutkimuksellemme tärkeää tietoa, joten otimme ne osaksi tutkimusaineistoa. Haastatteluja litteroidessa huomasimme, ettei aineistoa ole vielä tarpeeksi, joten sovimme apulaisosastonhoitajan kanssa toisen haastattelupäivän. Tällöin haastattelimme uusia tiedonantajia. Ennen toista haastattelupäivää tarkastelimme haastattelukysymyksiä uudelleen, jotta saisimme paremmin vastauksia tutkimustehtäviimme. Apulaisosastonhoitaja oli kysynyt etukäteen kahdelta potilaalta suostumusta haastatteluun, mutta haastatteluhetkellä he peruivat suostumuksensa. Saimme kuitenkin vielä yhden tiedonantajan haastateltavaksi osastolta, joten yhteensä tiedonantajia oli kolme. Tavoitteena meillä oli saada 2-3 tiedonantajaa.

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään etukäteen valittujen keskeisten teemojen ja tarkentavien kysymysten mukaan. Haastattelussa korostetaan tiedonantajien elämysmaailmaa ja määritelmiä tilanteista. Haastatteluun valitut teemat perustuvat teoreettiseen tietoon, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Usein pidetään makukysymyksenä sitä, tuleeko kaikille haastateltaville esittää samat kysymykset samassa järjestyksessä, tai ylipäättään kaikkia samoja kysymyksiä. Etenimme haastatteluissa saman teemahaastattelurungon pohjalta, mutta kysyimme tarkentavia kysymyksiä vastausten pohjalta. Tämä antaa osin myös luontevan vaikutelman haastattelulle, kun haastattelussa voi edetä osin haastateltavan vastausten pohjalta, eikä tarkan haastattelurungon mukaisesti. Viitekehysten pohjalta muodostettiin kuva siitä, minkälaista omahoitoa hemodialyysipotilaat voivat toteuttaa ja lisäksi harjoittelujakso munuaisosastolla antoi viitteitä eri omahoitomahdollisuuksiin. Näiden tietojen avulla kokosimme teemahaastattelurungon. Munuaisosaston osastonhoitaja tarkasti ja hyväksyi haastattelurunkomme ennen haastatteluja. Haastattelurungon pääluokat olivat lääkehoito, ravitseminen, elintavat sekä hemodialyysihoido. Teemahaastattelun avulla yritimme löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja -tehtävien mukaisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Jokainen haastattelu kesti noin 20 minuuttia ja ne pidettiin munuaisosastolla. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhureiden toimivuus testattiin ennen haastatteluja. Haastattelupaikat valikoituivat haastateltavien toiveen mukaan. Tutkimuksen tiedonantajille jo entuudestaan tuttu ja miellyttävä paikka edistää hyvän haastattelutilanteen kehittymistä. Haastattelutilan olisi hyvä olla häiriötön ja rauhallinen. (Kylmä & Juvakka 2007, 89.) Osa haastatteluista tehtiin hemodialyysihoidon aikana potilassängyn vieressä ja osa hoidon jälkeen erillisessä rauhallisessa huoneessa. Pyrimme tekemään haastattelutilanteista mahdollisimman luontevia ja avoimia. Tämä mahdollistui kertomalla tarkasti haastateltaville haastattelun kulun. Painotimme myös, ettei haastattelun ole tarkoitus olla liian virallinen, vaan rento, mutta asiallinen. Pyrimme luomaan kiireettömän ja rauhallisen ilmapiirin kertomalla, että haastatteluun käytetään niin paljon aikaa kuin on tarvetta.

Haastattelijan oma olemus, sanaton viestintä ja kielenkäyttö vaikuttavat merkittävästi haastatteluun. Pyrimme puhumaan selkeästi ja kuuluvalla äänellä haastattelutilanteissa. Käytimme yleiskieltä ja vältimme liian ammattimaista sanastoa. Haastattelussa katsoimme tiedonantajaa silmiin ja istuimme mahdollisimman rentoina kasvotusten tiedonantajan kanssa. Huomioimme fyysisen olemuksemme, jotta esimerkiksi kädet eivät olleet puuskassa viestimässä välinpitämättömyyttä tiedonantajaa kohtaan. Pukeutumisella toimme esille oman persoonamme ja ikävaiheemme. (Kylmä & Juvakka 2007, 89.)

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tällä menetelmällä pyrimme luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Analyysiyksiköt valittiin tutkimuksen tarkoitusten ja tehtävien asetteluiden mukaisesti. Tärkeää on, että analyysiyksiköitä ei sovita etukäteen. Analyysin toteuttamisella tai lopputuloksella ei tule olla yhteyttä aikaisempiin havaintoihin tai tietoihin tutkittavasta ilmiöstä. Tämä siksi, että analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. Aineiston analyysissä on kyse myös tutkijoiden keksimisen logiikasta. Tekijöiden on itse osattava tuottaa analyysinsä. Tällöin korostuu tekijöiden oivalluskyky ja tutkijat löytävät aineistostaan teemoja oman ymmärryksensä avulla. Aineiston analyysiä helpotti se, että siinä pystyttiin käyttämään hyväksi kahden tutkijan oivalluskykyä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-100.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaotellaan karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe tutkimuksessamme oli aineiston redusointi eli pelkistäminen. Ennen redusointia nauhoitettu aineisto oli litteroitava eli aukikirjoitettava, jotta se saatiin käsiteltävään muotoon. Aineiston pelkis-

tämistä seurasi klusterointi eli ryhmittely. Sisällönanalyysin viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoiitiin eli luotiin teoreettiset käsitteet. Ennen aineiston analyysin aloittamista valittiin analyysiyksikkö. Tutkimuksessa se voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Valitsimme analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, koska aineiston ajatuskokonaisuudet vastasivat parhaiten tutkimustehtäviämme. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.)

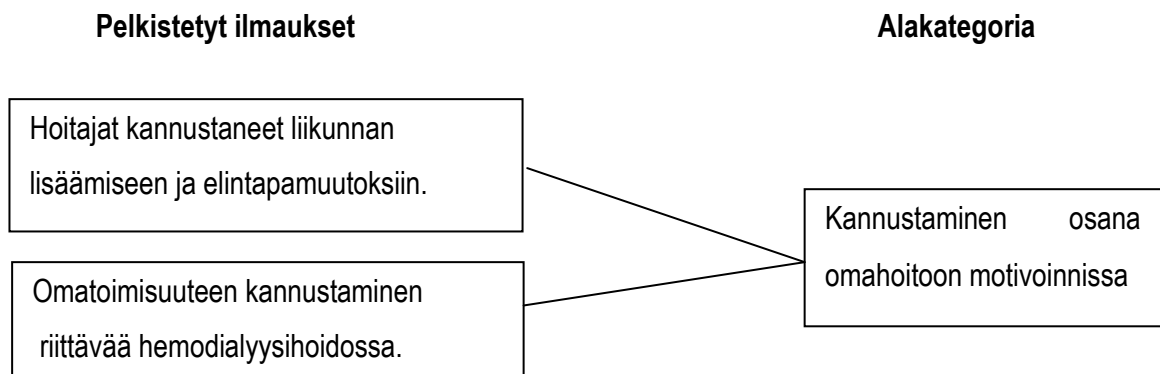
Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa nauhoitetut haastattelut kuunneltiin ja aukikirjoitettiin sana sanalta. Aukikirjoitus voidaan tehdä koko nauhoitetusta aineistosta tai hieman valikoiden. Valikointi voidaan tehdä esimerkiksi erilaisten teemojen mukaan. Koimme kuitenkin, että aineistosta saa paremman kokonaiskuvan, kun koko aineisto aukikirjoitetaan. Litteroitua tekstiä tuli fontilla 12 ja rivivälillä 1,5 yhteensä 23 sivua. Tämän jälkeen haastattelut luettiin läpi useaan kertaan ja näin saatiin hyvä kokonaiskuva haastatteluista. (Hirsjärvi ym. 2009, 222; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.)

Sisältöön perehtymisen jälkeen haastattelujen ilmaukset pelkistettiin. Tällöin aineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Aineiston eripituisista ajatuskokonaisuuksista eli analyysiyksiköistä tiivistettiin ydinsisältö mahdollisimman lyhyiksi kuvauksiksi. Pelkistämässä näistä lyhyistä kuvauksista etsittiin tutkimustehtävien kysymyksillä niitä vastaavia ilmaisuja. Tutkimustehtävien kannalta olennaiset ilmaukset kirjoitettiin erilliselle asiakirjalle ja alkuperäisilmauksista sekä pelkistetyistä ilmauksista tehtiin taulukot kaikista kolmesta haastattelusta. Alla esimerkki aineiston pelkistämisestä (taulukko 1). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
No kyllä minä nyt kuitenkin arvelisin, että minä oon saanu riittävästi tähän tuota kannustusta, justiin tähän omatoimisuuteen ja oon sitä mieltä, että kaikilla joilla vaa on vähänkään mahdollisuus niin rupeis sitä ajattelemaan sitte, että on se kyllä, kyllä se täällä varmasti niin tuota on se kannustus myös ihan riittävää.	Omahoitoon kannustaminen riittävää.
Joo kyllähän siihen sai sillee opetusta monta kertaa. Ei tarvinu niinku heti eka kerran jälkeen osata sitte kaikkea. --kyllä mä koin että mä sain iha tarpeeksi ohjausta.	Koneen kokoamisesta saatu ohjaus riittävää.
On, ja siis ne hirveän tarkasti kertoo just sen, mikä pittää ottaa ruoan kans ja mikä lääke ennen hoitoa ja mikä hoijon jälkeen, siis kaikki tämmöset. Kyllä ne kertoo.	Lääkkeiden ottoajankohdista kerrottu tarkasti.

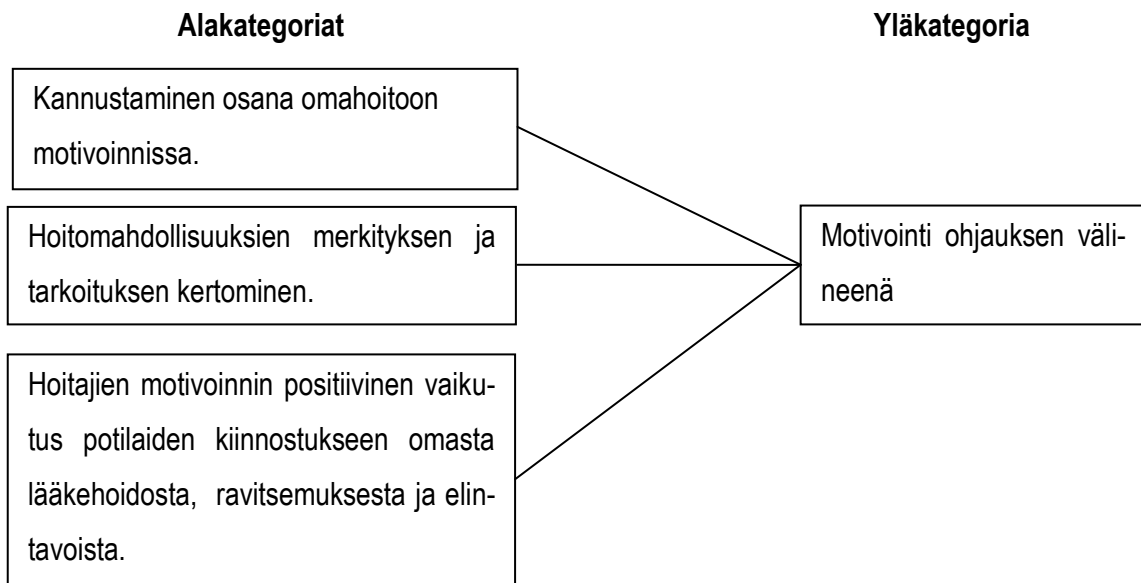
TAULUKKO 1. Aineiston pelkistäminen

Aineiston ryhmittelyssä pelkistetyt ja tiivistetyt ilmaukset käytiin tarkasti läpi, jolloin etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset käsitteet ryhmiteltiin erillisille asiakirjoille ja yhdistettiin omiksi alakategorioiksi (kuvio 1). Alakategoriat nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Ryhmittelyssä aineisto selkeni ja pelkistetyistä ilmauksista koostui tiiviitä kokonaisuuksia. Näin aineistosta alkoi muodostua teemoittain tutkimustehtäviä vastaavia luokituksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)



KUVIO 1. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely eli alakategoriointi

Viimeinen sisällönanalyysin vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen. Tällöin eri alakategoriat kirjoitettiin uudelle asiakirjalle ja niistä muodostettiin niiden sisältöä kuvaava yläkategoria (kuvio 2). Alakategorioita yhdistelemällä aineistosta koostui viisi eri yläkategoriaa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 111-112.) Joissakin tapauksissa analyysi eteni suoraan pelkistetyistä ilmauksista yläkategorioihin, jolloin alakategoriaa ei muodostunut.



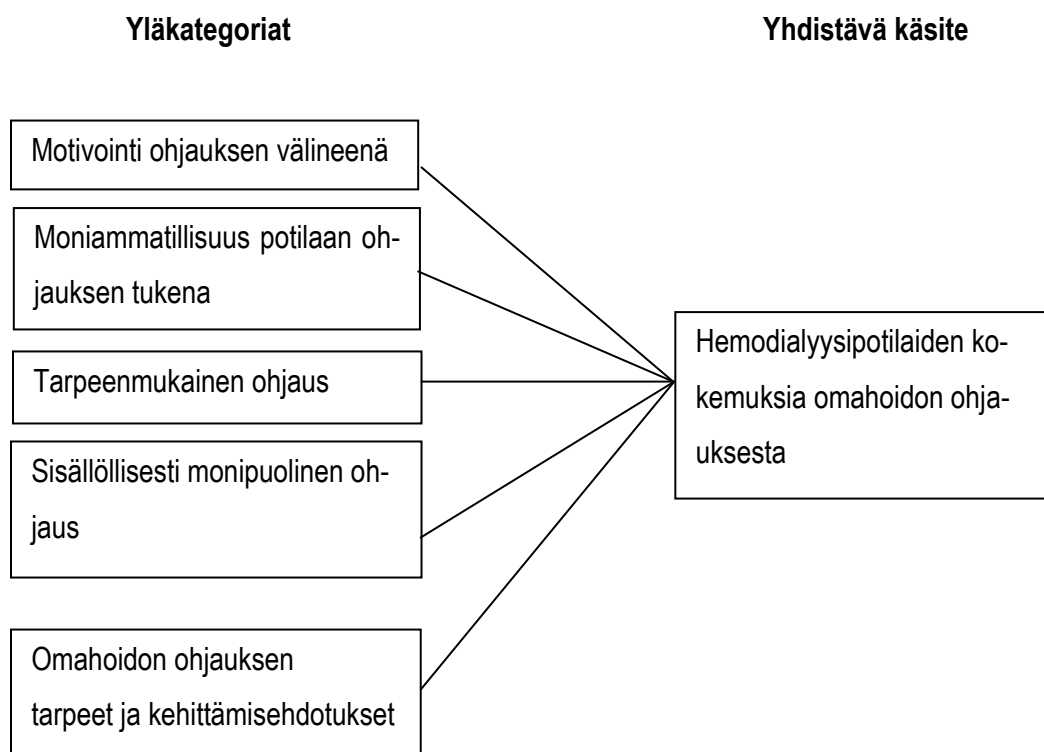
KUVIO 2. Yläkategorian muodostuminen

Abstrahointia jatkettiin edelleen ja muodostettiin yläkategorioita yhdistävä käsite. Yhdistäväksi käsitteeksi nimettiin hemodialyysipotilaiden kokemukset omahoitoon ohjauksesta (kuvio 3). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin jälkeen tutkimuksen tulokset eivät olleet vielä valmiita. Tuloksia täytyi vielä selittää ja tulkita. Tällöin lukijalle muodostuu selkeämpi ja laajempi näkökulma tutkimuksen tuloksista, kuin mitä pelkät kategorioinnin kuviot kertoisivat. (Hirsjärvi ym. 2009, 229-230; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.) Tutkimustuloksissa hoitajilla tarkoitetaan munuaisosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia.

6 HEMODIALYYSIPOTILAIDEN KOKEMUKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET OMAHOIDON OHJAUksesta

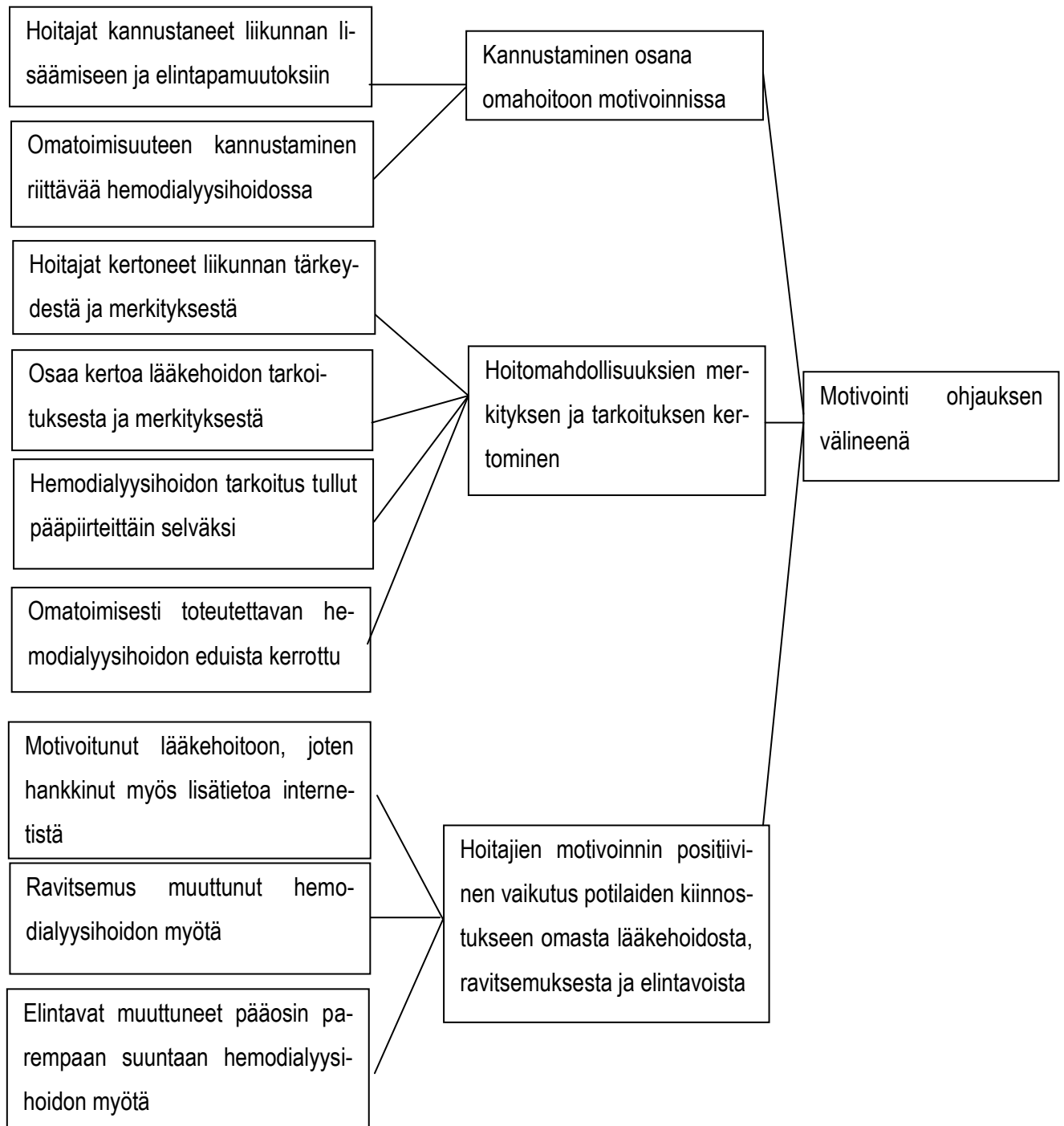
6.1 Tutkimustulosten kategoriointi

Yhdistävä käsite tutkimustuloksissa oli hemodialyysipotilaiden kokemukset omahoidon ohjauksesta. Yhdistävän käsitteen muodostivat yläkategoriat, joita olivat motivointi ohjauksen välineenä, moniammatillisuus potilaan ohjauksen tukena, tarpeenmukainen ohjaus, sisällöllisesti monipuolinen ohjaus sekä omahoidon ohjauksen tarpeet ja kehittämissuhteet (kuvio 3).



KUVIO 3. Hemodialyysipotilaiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta

6.2 Motivointi ohjauksen välineenä



KUVIO 4. Potilaan motivointi omahoitoon

Yläkategoria motivointi ohjauksen välineenä koostuu kolmesta alakategoriasta, joita ovat kannustaminen osana omahoitoon motivoinnissa, hoitomahdollisuuksien merkityksen ja tarkoituksen kertominen ja hoitajien motivoinnin positiivinen vaikutus potilaiden kiinnostukseen omasta lääkehoi-

dosta, ravitsemuksesta ja elintavoista (kuviot 4). Haastateltavat kertoivat, että hoitajat olivat kannustaneet heitä liikunnan lisäämiseen ja elintapamuutoksiin. Lisäksi heitä oli kannustettu omatoimisuuteen hemodialyysihoidossa. Tiedontantajajat kokivat kannustamisen olevan riittävää.

Haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltaville oli kerrottu eri hoitomahdollisuuksien merkityksestä ja tarkoituksesta. Hoitajat olivat tuoneet ilmi liikunnan tärkeyden ja merkityksen. He olivat kertoneet liikunnan olevan tärkeää, sillä hemodialyysihoito on raskasta elimistölle. Lisäksi lääkehoidon ja hemodialyysihoidon merkityksestä ja tarkoituksesta oli kerrottu haastateltaville. He osasivat kertoa hyvin lääkehoidon erityispiirteistä ja eritellä eri lääkeryhmiä muun muassa verenpainelääkkeet, kolesterolilääkkeet ja muut lisäravinteet kuten vitamiinit ja kalkki. Hoitajat olivat myös motivoineet tiedonantajia kertomalla hemodialyysihoidon omahoidon positiivisista vaikutuksista terveydelle.

”Ja sun pittää välttää just nimenommaan kalium, fosfori.”

”--sitte mulla on verenpainelääkettä. Mitä mikähän bisoprololi oli seki liittyy verenpaineeseen, se hiastaa pulssia ja näitä. Sitte on kolesterolilääke. Sitte on mitä tiettenki täällä annetaan niin aina rautaa, ja sitä niin sanottua epoa ja sitte ruuan yhteydessä pittää ottaa niitä fosfaatin sitoja ja kalkkia.”

”Ja sitte se sano se hoitaja mulle kerran, että hirviän monella paranee verikoearvot, ku ne tavallaan saa ite tehdä sitä, että se niinkö sun mieltä piristää.”

Haastateltavilta kysyttiin myös, onko heidän ravitsemuksensa tai elintapansa muuttuneet hemodialyysihoidon myötä. Näin koottiin tietoa, kuinka haastateltavat olivat ottaneet vastaan saadun ohjauksen, ja että oliko annetulla ohjauksella motivoivaa vaikutusta omahoitoon. Suurimmalla osalla ravitsemus oli muuttunut dialyysin myötä. Haastateltavat osasivat mainita tärkeimpiä vältettäviä ruoka-aineita. Yksi haastatelluista kertoi, että ruokavalio on pysynyt samana. Haastateltavan mukaan entiset ruokailutottumukset vastasivat hemodialyysipotilaan ruokavalion suosituksia.

”On nii paljon kaikkia rajoituksia. Näitä tuotteita et saa juuri käyttää ja mittää lisääineita, niitä on niinku kaikessa. Nii ei voi oikee syyä mittää semmosta etes puolivalmista. Ja sitte kaikki suolan käyttö ja nesteen rajoitukset ja muut nii, kyllähän ne kaikki vaikuttaa siihen, että mitä syö.”

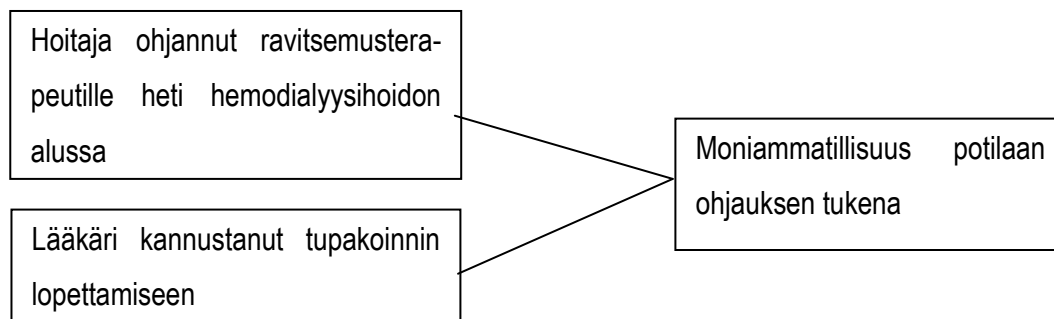
Kaikki haastateltavat kertoivat elintapojensa muuttuneen ainakin osittain. Osa kertoi niiden muuttuneen huomaamattaan. Osa oli joko vähentänyt tai lopettanut kokonaan tupakoinnin. Osa oli li-

sännyt liikunnan määrää, mutta suurimmalla osalla sen määrä oli kuitenkin vähentynyt. Ajan puute ja nesterajoitukset kerrottiin liikunnan vähenemisen syyksi.

”No tupakoinnin mä oon lopettanu ja liikuntaa lisänny.”

”No on aika paljon, että oon ennen ollu paljo aktiivisempi ja harrastanu paljon liikuntaa -- mutta emmää nyt sitte. -- käyny kuntosalilla ennen paljon mutta ei sitä nyt jaksa enää tehdä. Ja just ku sitä nestettä ei saa paljon juua nii se on vähän inhottava.”

6.3 Moniammatillisuus potilaan ohjauksen tukena



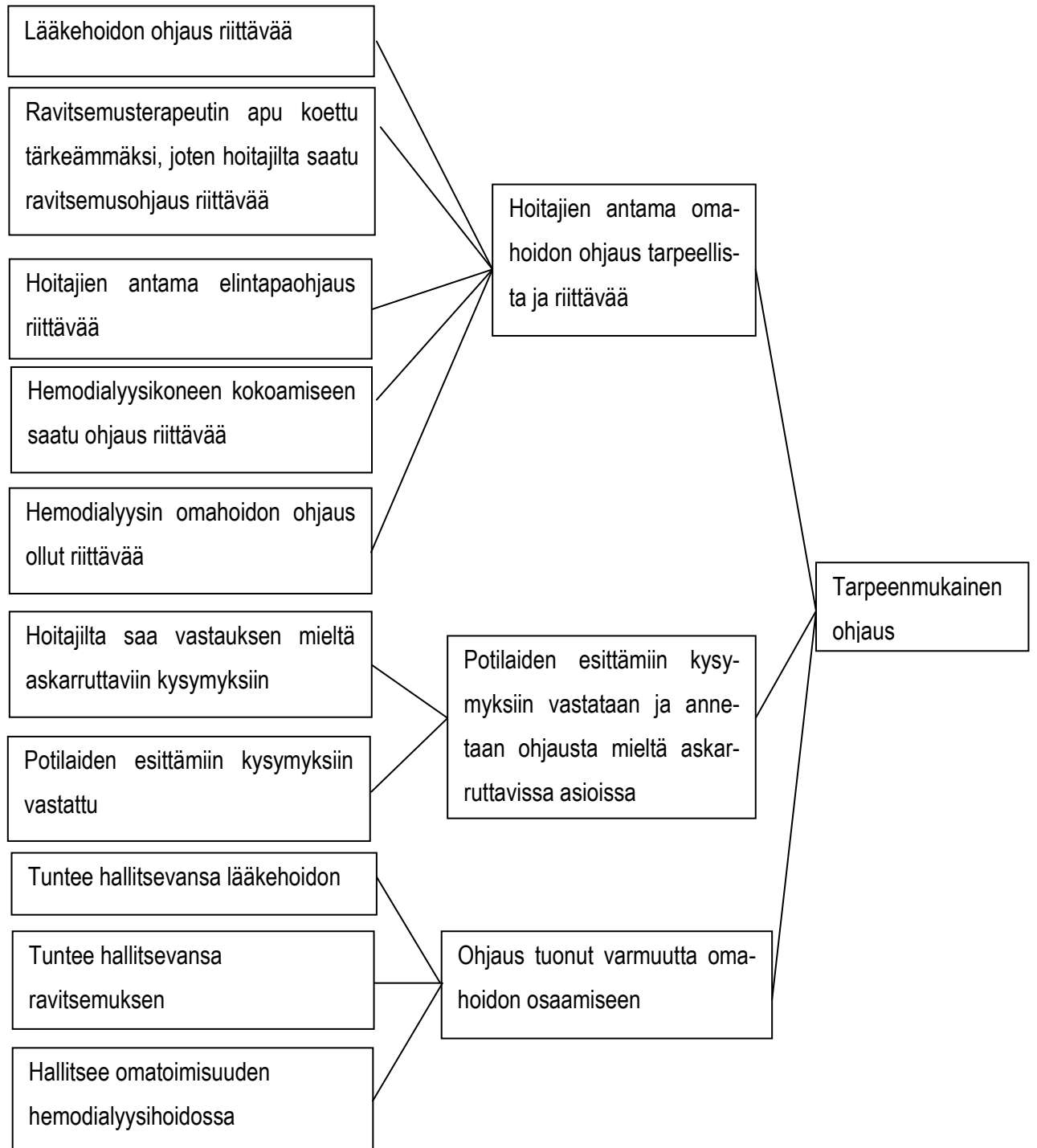
KUVIO 5. Moniammatillisuuden hyödyntäminen omahoidon ohjauksessa

Potilaan ohjauksen tukena oli käytetty hyväksi moniammatillista työryhmää (kuvio 5). Potilaan hoitoon olivat osallistuneet sairaanhoitajien lisäksi ainakin lääkäri ja ravitsemusterapeutti. Kaikki haastateltavat oli ohjattu hoitajan toimesta ravitsemusterapeutille ravitsemusohjaukseen. Ravitsemusterapeutin ohjaus oli ollut heti hemodialyysihoidon alkaessa ja suurin osa oli käynyt siellä useampaan otteeseen. Haastateltavat kertoivat saaneensa mukaansa myös esitteitä ravitsemuksesta.

Osa haastateltavista kertoi, ettei ollut saanut hoitajilta ohjausta alkoholin käyttöön tai tupakointiin liittyen. Sen sijaan lääkäri oli kannustanut tupakoinnin lopettamiseen.

”Oikeastaan ei oo tullu niinkö hoitajilta mittää, että lääkärit vaan patisti tupakoinnin lopettamiseen, mutta ei oo niinkö hoitajat sillai. Vois sitä olla. Ainaki tässä asiassa. -- että lähinnä ne on ollu vaan ne lääkärit, jotka on sanonu siitä tupakoinnin lopettamisesta.”

6.4 Tarpeenmukainen ohjaus



KUVIO 6. Omahoidon ohjauksen lähtökohdat potilaiden tarpeissa

Yläkategoria tarpeenmukainen ohjaus koostuu kolmesta alakategoriasta, joita ovat hoitajien antama omahoidon ohjaus tarpeellista ja riittävää, potilaiden esittämiin kysymyksiin vastataan ja annetaan ohjausta mieltä askarruttavissa asioissa sekä ohjaus tuonut varmuutta omahoidon osaa-

miseen (kuvio 6). Haastateltavat kertoivat saaneensa pääosin riittävästi omahoidon ohjausta lääkehoidosta, ravitsemuksesta, elintavoista ja hemodialyysihoidosta. Haastateltavat olivat saaneet riittävästi ohjausta hemodialyysikoneen kokoamiseen ja käyttämiseen. He kokivat ravitsemusterapeutin ohjauksen tärkeämmäksi, joten hoitajilta saatu ravitsemusohjaus oli heidän mielestään riittävää.

”On siitä aina sillon tällön mainittu että tiedäthän sitä ja sitä. -- Kyllä se minusta on ihan riittävää.”

”No oon mää ollu tyytyväinen ja sitte ainaki tulee jotaki mieleen nii pystyy niinkö heti kysymään.”

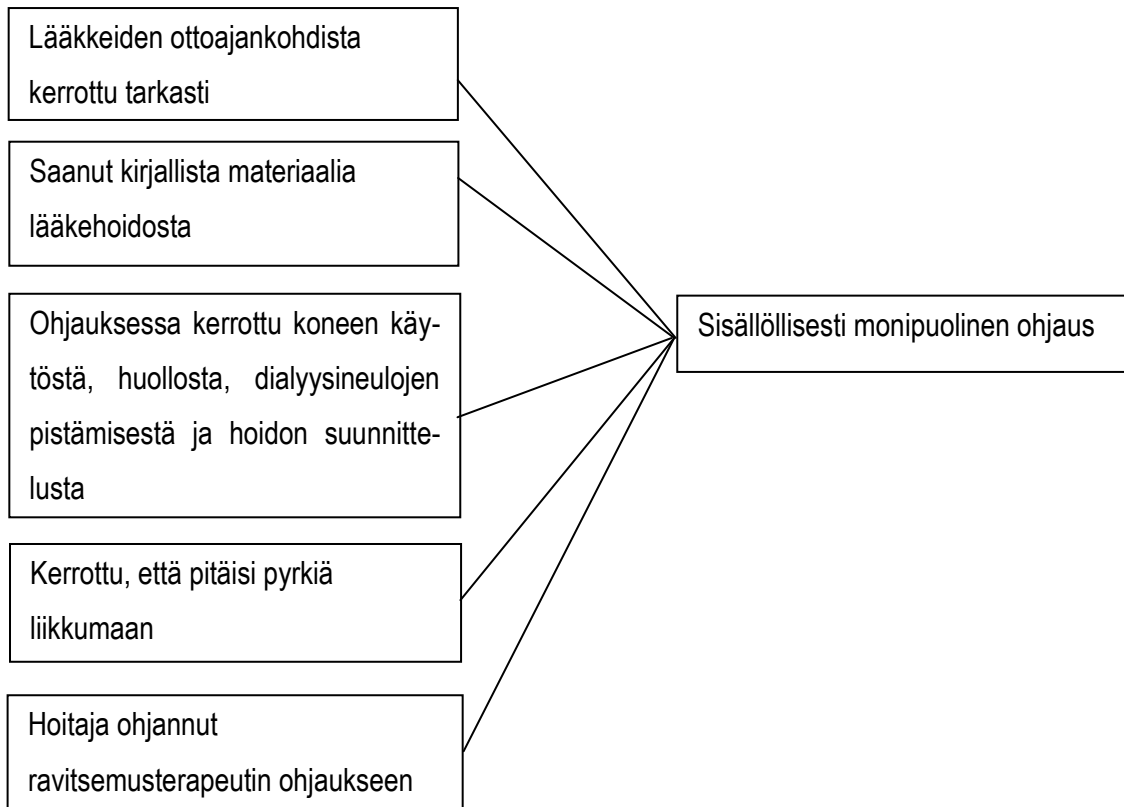
Haastateltavat eivät olleet saaneet tarkoituksenmukaista ohjausta, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan hoitajien taholta ennalta suunniteltua ohjaustilannetta. Tiedonantajat olivat kuitenkin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, jota tuli jokapäiväisen keskustelun ohessa. He kokivat erittäin tärkeäksi sen, että heidän esittämiin kysymyksiin vastataan. Haastateltavat kertoivat luottavansa siihen, että kysyessään he saavat vastauksen mieltä askarruttaviin kysymyksiin.

”Siis ei oo kukkaan koskaan tullu mulle, että hei tuuppa tänne mää kerron sulle, vaan se tulee aina ko tuolla ollaan, niin ne yleisesti kertoo, jos sää puhut niistä, niin ne kyllä sanoo ja tällai.”

”Kyllä on, on sitä ollu riittävästi, ja tuota varmasti jos kysyy, niin saa neuvoja.”

Haastateltavat tunsivat hallitsevansa lääkehoidon ja hemodialyysipotilaiden ravitsemuksen. Tiedonantajat kokivat myös hallitsevansa omatoimisuuden osan hemodialyysihoidossa. Haastateltavat kertoivat olevansa tyytyväisiä hemodialyysihoidon ohjaukseen, eikä kukaan tiedonantajista kaivannut lisäohjausta hemodialyysihoidon toteuttamiseen. Myöskään koneen käyttöön ei koettu tarvittavan lisäohjausta.

6.5 Sisällöllisesti monipuolinen ohjaus



KUVIO 7. Omahoidon ohjauksen monipuolinen sisältö eri osa-alueista

Yläkategoria sisällöllisesti monipuolinen ohjaus (kuvio 7) kuvastaa sitä, minkälaista tietoa hoitajien antama ohjaus oli haastateltavien mielestä sisältänyt. Tiedonantajat olivat saaneet tietoa lääkehoidosta, ravitsemuksesta, elintavoista sekä hemodialyysihoidosta. Hoitajat olivat kertoneet haastateltaville lääkkeiden ottoajankohdista ja osa heistä oli saanut myös kirjallisia ohjeita lääkityksestä. Haastateltaville oli kerrottu eri tuotteiden soveltavuudesta hemodialyysipotilaille ja heidät oli ohjattu ravitsemusterapeutille.

”No sillan tällön jos jotaki puhutaan niinkö jostakin ruuista, niin ne hoitajat kertoo, että voiko niitä syyä paljon, vähän tai ollenkaan, mut ei sillai koskaan ei oo kukaan tullu, että tuuppa että puhutaan tästä.”

Elintavoista kysyttäessä tiedonantajat kertoivat hoitajien maininneen liikunnan tärkeydestä ja kehoittaneet heitä liikkumaan. Hemodialyysihoidon ohjauksessa oli haastateltavien mukaan käyty läpi koneen käyttöä ja neulojen pistämistä. Myös koneen huollosta haastateltavat olivat saaneet

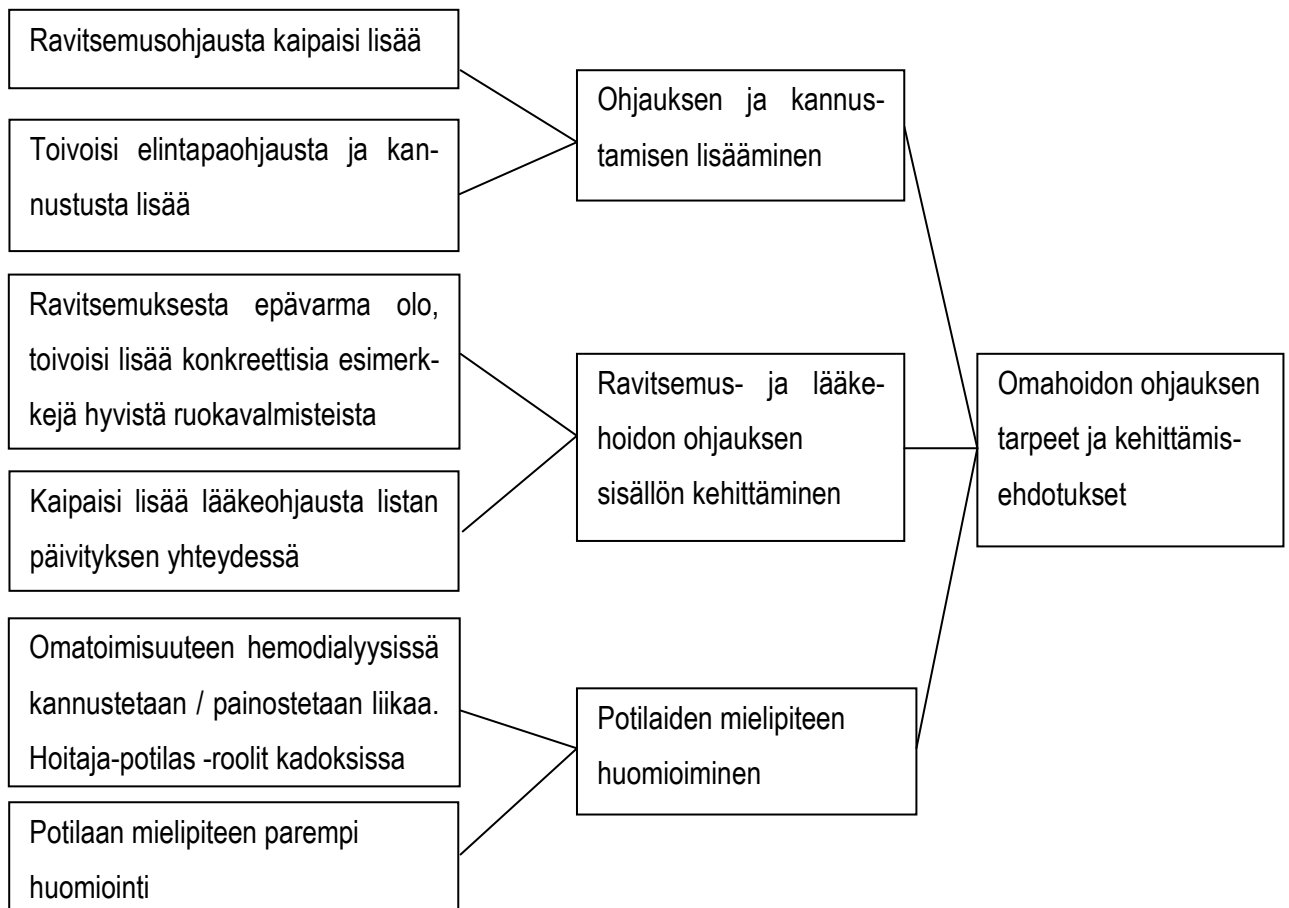
ohjausta. Aikaa koneen käytön opetteluun oli haastateltavien mielestä ollut riittävästi. Osa kertoi saaneensa ohjausta myös hoidon suunnitteluun.

"No on siitä puhetta ollu siitä liikunta asiasta justiin että pitäs pyrkiä liikkumaan."

*"Joo kyllähän siihen sai sillee opetusta monta kertaa. Ei tarvinu niinku heti eka ker-
ran jälkeen osata sitte kaikkea."*

*"On, nimenomaan justiin täällä mää olin opiskelemassa tätä -- kone hommaa ja
sitte pistämistä ja mitä tässä nyt kaikkea eteen tulee, muutaman viikon koulutus.
No tästä, nimenomaan tästä koneen käytöstä, sen huollosta ja muusta."*

6.6 Omahoidon ohjauksen tarpeet ja kehittämissuhteet



KUVIO 8. Potilaiden tarpeisiin vastaaminen omahoidon ohjauksessa

Viimeinen yläkategoria omahoidon ohjauksen tarpeet ja kehittämissuhteet koostuu kolmesta alakategoriasta, joita ovat ohjaamisen ja kannustamisen lisääminen, ravitsemus- ja lääkehoidon

ohjauksen sisällön kehittäminen sekä potilaiden oman mielipiteen parempi huomioiminen (kuvio 8). Haastatteluissa tuli esille kehittämisehdotuksia hoitajille ohjauksesta ja kannustamisesta. Tiedonantajat toivoivat lisää ohjausta ja kannustamista elintapoihin. Myös ravitsemukseen kaivattiin lisäohjausta. Erityisesti tiedonantajat kaipasivat sisällöllisesti ravitsemusohjaukseen konkreettisia esimerkkejä hemodialyysipotilaille sopivista ruokavalmisteista. Lisäksi haastateltavat toivoivat lääkehoidon ohjausta lääkelistan päivityksen yhteydessä.

”Mutta ku ei sitä voi jokaisen tuotteen kohdalla tietää, että no onko tässä nyt sitte esimerkiksi fosforia liikaa tai jotaki. On se kyllä välillä aika haastavaa. Mut ois niinku kiva tietää enemmän niitä tuotteita, mitkä on niinku sillee hyviä. -- mut sitte niinku vielä enemmän niistä tuotteista, ettei ite tarvi miettiä. Ku ei niistä tuoteselosteista aina niinku tiijä, että niinku onko tämä nyt sitte hyvä vai huono.”

”Tietenki jossaki vaiheessa niinku vähä päivittää sillee että niinku välillä käy läpi sitä että mitä niinku tarvii syyä ja...”

Haastateltavat toivoivat, että heidän omaa mielipidettään huomioitaisiin paremmin. Mielipiteen huomioiminen nousi esille kysyttäessä hemodialyysihoidon omatoimisesta toteuttamisesta. Hemodialyysihoidon omatoimisuuteen kannustaminen koettiin jopa painostavaksi.

”Kyllä mää niinku ymmärrän että omatoimisuudessa on se idea, että ite niinku tehään. Mutta pitäs ehkä niinku sillee että mitä ite on niinku halukas tekemään ja lähtä siitä eikä sillee että niinku tyrkytettään.”

”-- se on kyllä iha yleinen mielipide siellä että monet muutkin ovat vähän sillä mielellä, että niinku, että kuitenkin hoitajillekki kuuluu mun mielestä tehtäviä, ei sillee niinku voi olettaa että omatoimisella puolella kaikki tekkee ite kaiken. Ei se niinku sillee, muuten mulle on iha sama, mutta joskus vaa tulee sillee huono fiilis siitä. Että kyllähän mää nyt teenki jo paljon että tarviiko mun kaikkea tehdä.”

7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Emme löytäneet aiempia kotimaisia tutkimuksia koskien hemodialyysipotilaiden kokemuksia omahoidon ohjauksesta, joten saamiemme tutkimustuloksia on vaikea lähteä vertailemaan. Löysimme kuitenkin muutamia kansainvälisiä julkaisuja, joissa oli mainintoja tutkimuksista koskien kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavista potilaista. Kuitenkin muiden pitkäaikaissairauksien omahoidosta on tehty tutkimuksia ja julkaisuja, joten tarkastelemme tuloksia osin niiden valossa. Tutkijoina meitä on erityisesti kiinnostanut omahoidon merkitys potilaan voimaantumiseen. Lisäksi olemme tarkastelleet omahoidon merkitystä potilaan hoitoon sitoutumiselle.

WHO (2003) on määritellyt hoitoon sitoutumisen seuraavasti: ”se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita.” Hoitajien antamalla ohjauksella ja kannustuksella on suuri merkitys sille, miten potilas sitoutuu omahoitoon. Hoitajien tulisi antaa merkittävä painoarvo ohjaus- ja kannustusosaamiselle. Opinnäytetyömme haastatteluista jäi sellainen vaikutelma, että tiedonantajat olivat sitoutuneita ja motivoituneita omahoitoon. He olivat halukkaita ottamaan tietoa ja ohjausta vastaan, mutta myös hakemaan lisätietoa tarvittaessa itse.

Voimaantuminen on osa hoitoon sitoutumista. Voimaantuminen auttaa potilasta tunnistamaan omat tarpeensa, ratkaisemaan omat terveysongelmansa ja säätelemään omia voimavarojaan säilyttääkseen oman elämänhallintansa. Hoitajien taholta arvostus, luottamus, vapaus ja vastuunantaminen ovat merkityksellisiä voimaantumisen saavuttamisessa. Vastuunantaminen korostuu erityisesti juuri haastateltaviemme kohdalla siten, että he toteuttivat hemodialyysihoitoansa osittain itsenäisesti. Omahoidon toteutusta vahvistavatkin potilaan voimaantuminen ja pystyvyyden tunteet. Tähän hoitajien tulisi kiinnittää paljon huomiota jokapäiväisen kannustamisen kautta. (Pitkälä & Routasalo 2009, hakupäivä 20.8.2012.)

Tutkimuksissa on todettu, että vain noin 50 % pitkäaikaisia sairauksia potevista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti. Tällöin hyöty lääkehoidosta jää ainakin osittain saamatta, ja hoito tulee tuloksiin nähden yhteiskunnalle kalliiksi. (World Health Organization 2003, hakupäivä 16.8.2012.) Haastateltavamme kokivat, että lääkehoidon ohjaus on tärkeää. Suurin osa haastateltavista ei ollut saanut tarkoituksenmukaista lääkehoidon ohjausta hoitajilta. Olisi kuitenkin tärkeää, että jokaiselle potilaalle turvattaisiin lääkehoidon riittävä ohjaus riippumatta siitä, kuinka motivoituneita he

ovat itse siitä kysymään. Lääkehoidon ohjaukselle tulisi järjestää riittävästi aikaa, jolloin rauhallinen ja vuorovaikutuksellinen ilmapiiri mahdollistaa hyvän oppimistilanteen. Lisäksi potilaiden olisi tärkeä ymmärtää lääkehoidon käyttötarkoitus, jolloin potilaat ovat motivoituneempia vastuulliseen lääkehoitoon. Haastateltavat olivat kuitenkin tässä tapauksessa tyytyväisiä siihen ohjaukseen, jota olivat saaneet itse asioista kysymällä. Potilaiden lääkehoito elää koko ajan, ja lääkkeitä lisätään ja poistetaan jatkuvasti. Haastateltavat toivoivatkin, että he saisivat lisäohjausta aina lääkelistan päivityksen yhteydessä. He tunsivat hallitsevansa ja osaavansa lääkehoidon hyvin. Osa tiedonantajista oli hakenut lisätietoa lääkehoidosta. Tämä kertoo potilaiden motivoituneesta asenteesta omahoitoa kohtaan.

Usein potilaista ne, joilla on pitkäaikaissairaus tai jotka itse etsivät aktiivisesti tietoa sairaudestaan, osaavat arvioida hyvin ohjaustarpeensa. He myös osaavat ilmaista, mitä asioita ohjauksessa olisi hyvä käsitellä. On kuitenkin potilaita, jotka eivät tunnista tai tuo ohjaustarpeitansa esiin. Heidän käsityksensä ohjauksen sisällöstä tulisikin hoitajana selvittää. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9.) Haastateltavamme olivat hankkineet itse lisätietoa muun muassa lääkkeiden vaikutuksista. Lisäksi he osasivat mainita asioita, joista haluaisivat lisätietoja. Hoitajien on tärkeää kysyä aktiivisesti potilailta, onko heillä jotain mielenpäällä tai kysyttävää sairauteensa liittyen.

Tutkimuksen mukaan kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavat potilaat kokevat tarvitsevänsä paljon ohjausta munuaispotilaan ravitsemuksesta (Thomas 2009, hakupäivä 16.8.2012). Lisäksi vain noin kolmasosa potilaista pystyy sitoutumaan terveelliseen ruokavalioon (Airaksinen ym. 2009, hakupäivä 17.9.2012). Tutkimuksemme osoitti ravitsemusterapeutin ohjauksen tärkeyden. Haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ravitsemusterapeutilta, mutta toivoivat lisää konkreettisia esimerkkejä hyvistä ruokavalmisteista munuaispotilaille. Hoitajat olivat ohjanneet potilaat ravitsemusterapeutille, mutta olisi myös suotavaa, että hoitajat antaisivat lisäohjausta ravitsemusterapeutin ohjauksen rinnalla. Potilaskontakteja sairaanhoitajien kanssa on kuitenkin hemodialyysipotilailla usein kolme kertaa viikossa, ja ravitsemusterapeutin tapaamiset paljon harvemmin. Näin hoitajilla on mahdollisuus seurata tiiviisti potilaiden ravitsemuksen toteutumisista ja antaa siihen tarvittaessa lisäohjeita ja kannustusta. Haastateltavien kokemusten mukaan hoitajilta saama kannustus hyvään ravitsemukseen oli riittävä.

Tulkintojemme mukaan ravitsemusohjauksesta oli ollut hyötyä, koska suurimmalla osalla haastateltavista ravitsemus oli muuttunut. Lisäksi haastateltavat osasivat kertoa hyvin hemodialyysipotilaan ruokavalion erityispiirteistä. Vaikka haastateltavat kertoivatkin hoitajien antaman ravitse-

musohjauksen olevan riittävää, mainitsivat he epävarmuudesta koskien ravitsemuksen toteuttamista. Tämä kertoo osin siitä, että ravitsemusohjauksen tarve on jatkuvaa.

Thomasin (2009) mukaan elintapaohjausta ja kannustamista pitäisi antaa tupakoinnin lopettamiseen, painonhallintaan ja liikuntaan. Elintapaohjaus on tärkeää, koska munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla on kasvanut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Tutkimuksemme kävi ilmi, että hoitajat olivat joskus maininneet liikunnan tärkeydestä potilaille. Hemodialyysihoito on kuitenkin raskasta elimistölle ja usein potilaat ovat väsyneitä hoidon jälkeen. Tärkeää olisi, että hoitajat jaksaisivat usein kannustaa liikkumiseen ja aktiivisuuteen. Kannustamisen ei tarvitse olla suurta, vaan esimerkiksi pieni maininta ja informointi esimerkiksi uusista liikuntalajeista tai -paikoista voi herättää keskustelua ja mielenkiintoa potilaiden parissa.

Alkoholin käyttöön tai tupakointiin liittyen ei ollut annettu ohjausta hoitajien toimesta, vaan lääkäri oli kehottanut tupakoinnin lopettamiseen. On tärkeää ottaa asiat puheeksi potilaiden kanssa aika ajoin. Liian painostava ei pidä tämänkään asian suhteen olla, mutta asian puheeksi ottaminen viestii myös hoitajien taholta potilaista välittämistä. Elintapamuutoksiin kannustaminen on erittäin tärkeää. Usein ihmisillä omat elintavat muodostuvat jopa vuosien aikana, joten niiden muuttaminen vaatii paljon vaivaa ja uskallusta potilaalta. Tämän vuoksi potilaat tarvitsevat paljon hoitajien tukea ja kannustusta. Elintapamuutoksiin kannustaminen oli tutkimuksemme mukaan jäänyt vähäiseksi.

Kaikki haastateltavista osallistuivat ainakin osittain hemodialyysihoidon toteuttamiseen. Omatoimiset hemodialyysihoidon toteuttajat ovat luultavasti saaneet osaston muita potilaita enemmän ohjausta koskien hemodialyysihoitoa. Haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja tunsivat hallitsevansa omatoimiset tehtävänsä. Riittävä ja hyvä ohjaus mahdollistaa omahoidollisen hemodialyysihoidon toteuttamisen aseptisesti ja turvallisesti.

Bodenheimerin (2002) mukaan omahoidon hoitosuunnitelma pohjautuu potilaan toiveisiin ja se räätälöidään realistiseksi ja potilaan arkielämään sopivaksi. Tutkimuksemme haastateltavat kokivat, että potilaan toiveet oli huomioitu hyvin. Hoitotyössä olisi kuitenkin muistettava huomioida potilaan voimavarat. Liiallinen kannustaminen omatoimisuuteen voidaan kokea painostavana. Haastatteluissa kävi ilmi tämän kaltaisia kokemuksia. Esille nousi myös perinteisen hoitaja-potilas-roolin hämärtyminen ja toiveet potilaan mielipiteiden huomiointiin. Potilaan voimaantumiseksi yksi tärkeä asia on kuitenkin mielipiteen ja potilaan arvostus. Potilaille olisi tärkeää painottaa oma-

toimisuuden ja mahdollisen kotihemodialyysin hyötyjä. Näin potilaat saivat lisää innostusta ja motivaatiota omahoitoon.

Tutkimus osoitti sen, että potilaille on jatkuva ohjaustarve, joten sairaanhoitajien tulisi pitää yllä omaa ohjausosaamistaan. Lisäksi hoitajille tulisi tarjota säännöllisesti koulutusta ohjausta koskien. Kokonaisuudessaan haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa omahoidon ohjaukseen ja kannustukseen, mikä kertoo osaston sairaanhoitajien ammattitaidosta ja hyvästä omahoidon ohjausosaamisesta.

8 POHDINTA

Valitsimme aiheen sen ajankohtaisuuden vuoksi. Omahoidon tarve lisääntyy kasvavien potilasmäärien rinnalla, joten myös sairaanhoitajien ohjausosaamiseen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Lisäksi koulumme oli saanut Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosastolta opinnäytetyön aiheen koskien munuaispotilaiden itsehoitovalmiuksia. Tästä muodostimme aiheeksi hemodialyysipotilaiden kokemukset omahoidon ohjauksesta.

Pääsimme omiin oppimistavoitteisiimme hyvin. Tutkimusprosessin vaiheet selkenivät hyvin. Aiheen valinta oli hieman vaikeaa opintojen alkuvaiheen vuoksi, mutta aihe selkeni useampien käytännön harjoittelujaksojen myötä. Aihe rajattiin hyvin valmistavassa seminaarissa ja siinä keskityttiin erityisesti omahoidon ohjaukseen, kannustamiseen ja omahoidon eri mahdollisuuksiin hemodialyysipotilailla. Valmistava seminaari syvensi tietoja munuaispotilaiden omahoidosta ja ohjauksesta. Valmistava seminaari valmistui tammikuussa 2011.

Tutkimussuunnitelmavaiheessa muodostimme työparin, ja aloitimme yhteistyön. Toinen tutkijoista siirtyi toisesta opinnäytetyöprojektista mukaan. Tutkimussuunnitelmassa syvensimme tietojamme tutkimusmetodologiasta ja aineistonkeruumenetelmistä. Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa tarkoituksenamme oli kerätä aineisto kyselylomakkeella. Kuitenkin opettajamme ja munuaisosaston henkilökunta ehdottivat teemahaastattelua mahdollisesti paremmaksi vaihtoehdoksi saada enemmän aineistoa. Olimme samaa mieltä ehdotuksesta ja muokkasimme tutkimussuunnitelmaamme. Lopullinen tutkimussuunnitelma saatiin valmiiksi toukokuussa 2012 ja samalla saimme tutkimusluvan Oulun yliopistolliselta sairaalalta.

Teemahaastattelut suoritettiin kesäkuussa 2012 munuaisosastolla. Aluksi saimme listan potilaita, jotka mahdollisesti voisivat olla halukkaita vastaamaan haastatteluun. Sovimme haastatteluajat tiedonantajien kanssa, mutta yhtenä haastattelupäivänä kaksi tiedonantajaa perui suostumuksensa. Lisäksi muutamilla potilailla hoitoajat olivat muuttuneet, joten haastatteluja ei voitu pitää. Alussa koimme, että tiedonantajia oli jopa enemmän kuin tarvitsimme, mutta loppujen lopuksi saimme kolme, mitä tavoittelimme. Teemahaastattelu oli aineistonkeruumenetelmänä uusi molemmille tutkijoille. Esihaastattelut sujuivat kuitenkin hyvin. Kuunneltuamme haastattelunauhatoimituksia, että voisimme vielä viimeisessä haastattelussa hieman kehittää toimintaamme. Pyrimme siihen, että esitämme avoimempia kysymyksiä ja tarvittaessa kysymme tarkentavia kysymyksiä.

siä. Viimeinen haastattelu sujui omasta mielestämme erittäin hyvin, joten oppimista oli tapahtunut tutkijoiden osalta paljon. Opimme myös paljon teemahaastattelun käytännön järjestelyistä sekä haastattelun kulusta erilaisten tiedonantajien kanssa.

Aineiston analyysivaiheen aluksi luimme useita eri teoksia koskien aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tämän jälkeen litterointi sujui hyvin. Pelkistämisvaiheessa mietimme eri tekniikoita, kunnes löysimme itsellemme sopivimman. Pelkistämisen jälkeen aineiston ryhmittely ja tulkinta sujui helpommin. Alussa analysointi oli haastavaa, mutta saadun ohjauksen, yhteisen pohdinnan ja työskentelyn myötä aineiston tulkinta selkeni. Analyysin loppuvaiheessa tehdyt tulkinat ja ryhmittelyt vastasivat tutkimustehtäviä ja kokonaisuus hahmottui selkeäksi. Emme olleet aiemmin tehneet aineiston analyysiä, joten kaikki sen vaiheet olivat meille uutta. Opimme aineiston analyysin vaiheet ja toteutuksen ja näin pääsimme oppimistavoitteisiimme. Loppuraportin kirjoitimme elokuun ja lokakuun 2012 välisenä aikana. Raportin kirjoittamisen aloittaminen tuntui vaikealta ja työläältä, mutta työparin kannustaminen auttoi.

Loppuraportti valmistui tavoiteajassa, vaikka tutkimussuunnitelman valmistuminen ja haastattelujen suorittaminen myöhästyivät suunnitellusta aikataulusta. Työnjakomme oli tasainen. Haastattelutilanteissa toinen oli päävastuussa haastattelun kulusta ja toinen havainnoi ja esitti mahdollisia lisäkysymyksiä. Opinnäytetyötä kirjoitimme pääosin yhdessä. Tämä mahdollisti sen, että asioihin sai aina useamman eri näkökulman. Yhteistyömme sujui kaiken kaikkiaan erittäin hyvin ja opinnäytetyön tekeminen oli mukavaa hyvän työparin kanssa.

Lähteitä löytyi helposti liittyen tutkimusmetodologiaan ja aineiston analyysiin. Myös munuaissairauksiin ja niiden hoitoon löytyi tarvittava määrä lähteitä. Omahoito on uudempi käsite, joten siitä löytyi vähemmän aineistoa. Lisäksi omahoito –termin liittäminen hemodialyysipotilaisiin vaikeutti aineiston saatavuutta. Päätimme vielä lopuksi lisätä viitekehukseen hieman tietoa ohjauksesta, josta löytyi hyvin lähteitä. Olisimme halunneet enemmän tutkimusluonteisia lähteitä hemodialyysipotilaiden omahoidosta, mutta niitä löytyi todella vähän. Olemme saamiimme lähteisiin tyytyväisiä.

Koemme, että opinnäytetyö lisäsi ammatillista osaamistamme paljon. Opimme laadullisen tutkimuksen tekemisen ja osaamme jatkossa hyödyntää uusia taitojamme. Lisäksi osaamme entistä paremmin tulkita potilaiden kokemuksia ja ohjaustarpeita. Tulevina sairaanhoitajina pystymme

hyödyntämään ja soveltamaan opittuja asioita ohjauksesta. Aineiston analysointi opetti meille myös taitoja tunnistaa entistä herkemmin potilaiden toiveita ja ajatuksia hoitotyön kehittämisestä.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida useiden eri tutkijoiden esittämien kriteereiden avulla. Burns (1989) on esittänyt kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinniksi neljä eri kohtaa: kuvauksen elävyys, metodologinen sopivuus, analyttinen täsmällisyys ja teoreettinen loogisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 161-163.)

Kuvauksen elävyys varmistettiin siten, että tutkimuksessa kuvattiin todellisuus tarkasti ja elävästi. Tutkimuksen eri vaiheet pyrittiin kirjoittamaan tarkasti ja todenmukaisesti. Se antaa luotettavan kuvan lukijalle, kun hän pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua vaihe vaiheelta. Aineisto pyrittiin esittämään mahdollisimman monipuolisesti, seikkaperäisesti ja selvästi. Lisäksi sitä tarkasteltiin useasta eri näkökulmasta. Toimme johtopäätöksissä esille näkökulmia sekä potilaiden että hoitajien kannalta. Käytimme suoriin lainauksiin tarkasti litteroitua aineistoa. Näin varmistimme kuvauksen uskottavuuden ja todellisuuden. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 161-163.)

Perehdyimme tarkasti metodikirjallisuuteen, jotta osasimme toteuttaa kaikki vaiheet tutkimuksen mahdollisimman luotettavasti. Pyrimme tarkastelemaan kriittisesti lähdekirjallisuutta, jonka käyttöön liittyi tutkimuksen luotettavuuden kannalta useita riskejä. Erityisesti kansainvälisissä lähteissä lähdekritiikkiä oli vaikea toteuttaa. Tämän riskin välttämiseksi käytimme tiedonhaussa apuna koulun ammattimaisia ja elektronisia tietokantoja, joita olivat esimerkiksi Medic ja Cinahl. Valitsimme lähteitä, joiden kirjoittajat olivat tunnettuja ja arvostettuja. Pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, millä tarkoitamme tässä työssä korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa aineistoa. Kävimme loppuraportin kirjoittamisvaiheessa läpi kaikki digitaaliset lähteet. Tarkistimme, onko lähteistä tullut päivitettyjä versioita. Näin pystyimme varmistamaan mahdollisimman tuoreen lähdetiedon. Lisäksi saimme päivitettyä hakupäivät vielä tuoreemmiksi. Kahta aiemmin tarkastelua lähdetä ei enää löytynyt. Käytimme kuitenkin näitä lähteitä loppuraportissa, mutta niissä on mainittu aikaisempi hakupäivä. (Hirsjärvi ym. 2009, 113; Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 49-50.)

Analyttisen täsmällisyyden takaamiseksi analyysivaiheen luokittelut tehtiin loogisiksi ja helposti ymmärrettäviksi. Havainnollistimme analyysivaihetta kuviolla, joissa esitimme analyysin eri vai-

heita. Tämä lisää luotettavuutta, sillä näin lukija pystyy seuraamaan analyysimme eri vaiheita paremmin. Analyysivaiheen luokittelut jäsentyivät ja nitoutuivat selkeästi viitekehykseen. Lukijan on näin helppo ymmärtää johtopäätöksemme ja niihin liittyvät perustelut. Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi pyrimme saamaan riittävän ja edustavan otoksen. Haastateltavien kato ennakoiitiin valitsemalla tiedonantajia reilummin kuin mitä vastauksia tavoiteltiin. Tavoittelimme aluksi neljää tiedonantajaa, mutta aikataulujen ja kieltäytymisten vuoksi haastattelimme kolmea tiedonantajaa. Mietimme tutkimuksen luotettavuuden kannalta aineiston riittävyttä. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen, joten tiedonantajien määrä tuntui sopivalta opinnäytetyön laajuuteen nähden. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 162.)

Teoreettinen loogisuus tulee esille siten, että aineistosta muodostettiin käsitteellinen kokonaisuus ja kategoriat, jotka ovat perusteltavissa ja loogisia. Muodostimme teemahaastattelurungon viitekehyksen pohjalta, jonka jälkeen munuaisosaston osastonhoitaja tarkasti ja hyväksyi sen. Luotettavuutta lisääkin se, että saimme ammattilaisen hyväksynnän työllemme. Analyysistä tehtiin syvällinen ja se sisältää sekä suoria lainauksia että tekemiämme johtopäätöksiä aineistosta. Yksi luotettavuuden kriteeri onkin se, että analyysi ei sisällä pelkkiä suoria lainauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 162-163.)

Haastattelutilanteissa luotettavuutta lisäsi se, että molemmat tutkijat olivat paikalla havainnoimassa ja kuulemassa haastateltavia. Näin varmistimme sen, että molemmilla oli yhtenäinen näkemys haastattelutilanteiden kulusta ja tapahtumista. Kaksi haastatteluista toteutettiin hemodialyysihoidon aikana potilassängyn vierellä ja yksi haastattelu erillisessä huoneessa hemodialyysihoidon jälkeen. Potilassänkyä oli useita vierekkäin, joten kahdessa haastattelutilanteessa lähellä oli läsnä sekä useita muita potilaita että hoitajia. Mietimme jo haastattelutilanteessa, onko siitä haittaa haastateltavien avoimuuden ja rehellisten vastausten kannalta. Kunnioitimme kuitenkin haastateltavien tahtoa, ja toteutimme haastattelut potilassängyjen vierellä. Näin myös eettinen toiminta korostui. Huomioimme asian kuitenkin yhtenä luotettavuuden riskitekijänä.

Jälkikäteen mietimme yhtenä riskinä myös sitä, olisiko haastattelutilanteessa pitänyt avata ohjaus-käsite haastateltaville. Näin haastateltavilla olisi ollut sama käsitys ohjauksesta ja sen eri toteutusmuodoista. Haastatteluista jäi sellainen mielikuva, että haastateltavat käsittivät ohjauksen vain tarkoituksenmukaisena ohjauksena. Ohjausta kuitenkin esiintyy jokapäiväisissä keskusteluissa, jopa hieman huomaamatta.

Pohdimme myös yhtenä luotettavuuden riskinä sitä, että apulaisosastonhoitaja valitsi meille listan mahdollisista haastateltavista potilaista. Annoimme tietyt kriteerit haastateltaville, joiden perusteella apulaisosastonhoitaja valitsi meille ehdokkaita. Tämän riskinä voi olla se, että haastateltaviksi valikoituu omahoidon kannalta osaston edustavin otos.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Pohdimme tutkimusaiheemme eettisyyttä ennen tutkimuksen suorittamista. Potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi on tärkeää tietää, minkälaisia kokemuksia ja toiveita heillä on hoitonsa suhteen. Nämä tiedot on tärkeää saattaa hoitohenkilökunnan tietoisuuteen, jotta he voivat kehittää omaa toimintaansa ja näin tarjota entistä parempaa hoitoa ja ohjausta. Opinnäytetyöprojektin eri vaiheissa haimme ohjausta metodi- ja sisällönohjaajilta. Otimme ohjauksen ja palautteen vastaan asiallisesti ja teimme niiden mukaisia muutoksia työhömmö. (Menetelmäohjauksen tietovaranto 2012, hakupäivä 20.9.2012.)

Ennen haastatteluja toimitimme tiedonantajille suostumuslomakkeet (liite 1), joihin he saivat rauhassa tutustua. Haastattelutilanteen aluksi varmistimme, että tiedonantajat olivat ymmärtäneet tiedot ja tutkimuksen tarkoituksen. Suostumuslomakkeessa kerroimme myös, että tiedonantajilla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Tämän jälkeen tiedonantajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 173-175.)

Turvasimme tarkasti tiedonantajien yksityisyyden ja potilastietojen luottamuksellisuuden. Haastattelutilanteessa emme kysyneet tiedonantajien henkilöllisyyttä tai nimeä. Kerroimme haastateltaville tutkijoita koskevasta vaitiolovelvollisuudesta sekä aineiston asianmukaisesta hävittämisestä tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Koko aineiston analyysin ajan olimme tarkkoja siitä, että tutkimusaineisto säilyi ainoastaan tutkijoiden hallussa. Toimimme tiedonantajille esille myös tutkimuksen yhteyden kouluyhteisöön ja laitoksiin. Tämä kertoi tiedonantajille, että tutkimuksellamme oli laajempi lupa ja valvonta. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 174-177.)

Tiedonantajan psyykinen ja fyysinen koskemattomuus oli turvattava. Psyykinen koskemattomuus varmistettiin tutkijoiden ammatillisella ja puolueettomalla käytöksellä sekä puheella. Koska tutkimus kohdistui ihmiseen, tiedonantajille selitettiin tarkasti tutkimuksen tavoite ja menetelmä. Suostumuslomakkeesta kävi myös ilmi, miten tutkimuksesta on hyötyä tiedonantajille. Tutkimuk-

sesta koituva rasitus tiedonantajille jäi pieneksi, sillä mitään etukäteisvalmisteluja heidän ei tarvinnut tehdä ja haastattelut kestivät vain noin 20 minuuttia. (Kankkunen & Vehviläinen-Junkunen 2009, 174-177.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Tutkimuksen eettisyyden kannalta oli tärkeää, että solmimme tutkimusluvan Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Tutkimuksen rahoittamisesta keskusteltiin ja yhteistyökumppanille tuotiin esille, ettei heille aiheudu tutkimuksesta mitään kuluja.

Olimme työssämme tarkkoja tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Emme tehneet omia tulkintojamme tai muuttaneet aineistoa. Aineiston alkuperäinen sanoma ja tarkoitus säilyivät. Olimme avoimia tulosten esittämisessä loppuraportissa ja tulokset tullaan esittämään avoimesti Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön opiskelijoille ja Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosastolle. Lisäksi opinnäytetyö laitetaan julkiseen opinnäytetyötietokantaan Theseukseen, jossa kaikki voivat siihen vapaasti tutustua. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, hakupäivä 20.9.2012.)

Tiedonhankinnassa käytimme ammattimaisia tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimuskäytäntömme pohjautuivat eettisesti kestäviin tutkimusmenetelmiin. Kunnioitimme lähdekirjallisuutta ja muita tutkimuksia. Raportoimme niistä rehellisesti, asianmukaisesti ja niiden arvon mukaisesti. Kaikki tutkimuksen osat suunniteltiin ja raportoitiin yksityiskohtaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, hakupäivä 20.9.2012.)

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Mielestämme jatkossa voisi tutkia, millaiseksi osaston sairaanhoitajat kokevat oman ohjausosaamisensa. Tässä tutkimuksessa otanta oli rajattu hemodialyysipotilaisiin, mutta jatkossa voisi tutkia peritoneaalidialyysipotilaiden omahoitovalmiuksia. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, mitkä asiat munuaispotilaiden mielestä ovat avainasemassa pitkäaikaissairauden kanssa jaksamisessa. Myös munuaispotilaiden hoitoon sitoutumista voisi tutkia.

LÄHTEET

Airaksinen, M., Mäntyranta, T., Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Sisäinen lähde. Hakupäivä 17.9.2012

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98401&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Airaksinen, M., Mäntyranta, T., Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2010. Pitkäaikaissairaahan omahoidon opastus. Hakupäivä 17.9.2012 <http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000034103>.

Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuaissairaahan hoito. 1. Helsinki: Edita.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. 2002. Patient self-management of chronic disease in primary care. Hakupäivä 16.8.2012 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12435261>

Cocomms Oy. 2010. Potilaat palkitaan hyvästä omahoidosta - laatuterveyskeskukset tempaisevat Armaan päivänä. Hakupäivä 19.8.2012 <http://www.cisionwire.fi/cocomms-oy/r/potilaat-palkitaan-hyvasta-omahoidosta---laatuterveyskeskukset-tempaisevat-armaan-paivana,c480011>

Constantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M. & Francis, D. 2008. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Sisäinen lähde. Hakupäivä 16.9.2012

<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezp.oamk.fi:2048/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KAMIPDGANPHFKKCOFNPKOAJHOFIOAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.48%257c9%257c10%26FORMAT%3dttitle%26FIELDS%>

3dTITLES%26S%3dKAMIPDGANPHFKKCOFNPKOAJHOFIOAA00&directlink=http%3a%2f%2fg
raphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNJHOACONP00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2
f01217118%2f01217118-200803000-00007.pdf&filename=The+Self-
Manage-
ment+Experience+Of+People+with+Mild+to+Moderate+Chronic+Kidney+Disease.&navigation_lin
ks=NavLinks.S.sh.48.9&link_from=S.sh.48%7c9&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.48

Ekstrand, A. & Honkanen, E. 2006. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. Sisäinen lähde. Hakupäivä 17.9.2012

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Munuaisten%20kroonisen%20vajaatoiminnan%20dialyysihoito.

Fors, A. 2010. Dialyysi AV-fisteli. Hakupäivä 17.9.2012

<http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/Potilasohjeet/Dialyysi%20av-fisteli.pdf>

Gambro. 2010. Hemodialyysi. Hakupäivä 17.9.2012

<http://www.gambro.com/en/finland/Therapy/Hemodialysis/Hemodialysis/>.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Hemodialyysi. Hakupäivä 2.1.2011

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,763,1193,4936,4937,1748,7599,7608>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Keuruu: Otava.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. Kuopio: WSOY.

Kauppinen, R. 2006. Sisätautien ytimessä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kylmä, J., Lähdevirta, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Hakupäivä 17.9.2012 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja. 6.10.2006. 6-9.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. 4/2008. 10-14.

Laakso, M. & Lumiaho, A. 2006. Autosomissa vallitsevasti periytyvä munuaisten monirakkulatauti. Sisäinen lähde. Hakupäivä 20.9.2012

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/kokoelmat?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95449&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Lingerfelt, K. & Thornton, K. 2011. An educational project for patients on hemodialysis to promote self-management behaviors of end stage renal disease. Sisäinen lähde. Hakupäivä 16.9.2012

http://ovidsp.uk.ovid.com.ezp.oamk.fi:2048/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KAMIPDGANPHFKKCOFNPKOAJHOFIOAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.48%257c3%257c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dKAMIPDGANPHFKKCOFNPKOAJHOFIOAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNJHOACONP00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f01217118%2f01217118-201111000-00007.pdf&filename=An+Educational+Project+for+Patients+On+Hemodialysis+to+Promote+Self-Management+Behaviors+of+End+Stage+Renal+Disease.&navigation_links=NavLinks.S.sh.48.3&link_from=S.sh.48%7c3&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.48

Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2012. Hyvä tutkimuskäytäntö. Hakupäivä 20.9.2012

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html

Munuais- ja siirtopotilaiden liitto ry. 2006. Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit Suomessa. Hakupäivä 13.1.2011 http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/hyvan_hoidon_kriteerit/.

Munuais- ja maksaliitto ry. 2012. Suomen munuaistautirekisteri - Vuosiraportti 2009. Hakupäivä 19.9.2012 http://www.musili.fi/munuais-_ja_maksaliitto/munuaistautirekisteri/vanhat_vuosiraportit

Munuais- ja maksaliitto ry. 2012. Anemia. Hakupäivä 19.9.2012
http://www.musili.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/liitannaissairaudet/anemia

Munuais- ja maksaliitto ry. 2012. Munuaisten vajaatoiminnan hoito. Hakupäivä 19.9.2012
http://www.musili.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/krooninen_vajaatoiminta/vajaatoiminnan_hoito

Munuais- ja maksaliitto ry. 2012. Liikunta. Hakupäivä 24.8.2012
http://musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/liikunta

Munuais- ja maksaliitto ry. 2012. Liikunta dialyysissä. Hakupäivä 24.8.2012
http://musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/liikunta/liikunta_dialyysissa

Pitkälä, K. Savikko, N. & Routasalo, P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia – asiakaslähtöisyys ja hoitoon sitoutuminen. Tutkimusraportti 10. Hakupäivä 21.8.2012
www.vanhustyonkeskusliitto.fi/.../Kuntoutuspolun+solmukohtia.../0

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2009. Omahoidon tukeminen - opas terveydenhuollon ammattilaisille. Hakupäivä 20.8.2012
http://www.laaketietokeskus.fi/tiedostot/Omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Poliklinikka. 2008. Lääkehoidon ongelmatilanteita. Hakupäivä 14.1.2011
<http://www.poliklinikka.fi/?page=3221510&id=4715993>.

Rauta, V. 2010. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan hoito. Sisäinen lähde. Hakupäivä 19.9.2012 http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Munuaisten%20kroonisen%20vajaatoi.

Saha, H. 2012. Krooninen munuaisten vajaatoiminta (Uremia). Sisäinen lähde. Hakupäivä 19.9.2012
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta.

Terti, R. 2011. Dialyysipotilas perusterveydenhuollossa. Sisäinen lähde. Hakupäivä 19.9.2012
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=dialyysipotilas%20perusterveydenhuollossa.

Thomas, N. 2009. Chronic kidney disease – promoting self-management. Hakupäivä 16.8.2012
http://www.bjpcn-cardiovascular.com/pdf/3336/Vol6_Num2_Apr-May-Jun_2009_p34-35.pdf?sid=e7dca88d852900c7

Thomas-Hawkins, C. & Zazworsky, D. 2005. Self-management of chronic kidney disease. Sisäinen lähde. Hakupäivä 16.9.2012
http://ovidsp.uk.ovid.com.ezp.oamk.fi:2048/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KAMIPDGANPHFKKCOFNPKOAJHOFIOAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.48%257c10%257c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dKAMIPDGANPHFKKCOFNPKOAJHOFIOAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNJHOACONP00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00000446%2f00000446-200510000-00030.pdf&filename=Self-Management+of+Chronic+Kidney+Disease%3a+Patients+shoulder+the+responsibility+for+day-to-day+management+of+chronic+illness.+How+can+nurses+support+their+autonomy%3f.&navigation_links=NavLinks.S.sh.48.10&link_from=S.sh.48%7c10&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.48

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Hakupäivä 20.9.2012 http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

World Health Organization. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Hakupäivä 16.8.2012 http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosaston kanssa. Tutkimme opinnäytetyössämme hemodialyysipotilaiden kokemuksia omahoitoon kannustamisesta.

Pyydämme teitä osallistumaan haastatteluun, jonka avulla selvitämme Teidän kokemuksianne sairaanhoitajien antamasta ohjauksesta ja kannustamisesta koskien munuaissairautenne hoitoa. Haastattelussa haluamme myös tietää minkälaista saamanne ohjaus ja kannustus on ollut. Tutkimustulostemme pohjalta sairaanhoitajat voivat kehittää omahoitoa tukevaa ohjausta ja kannustusta. Tuloksista hyötyvät kaikki hemodialyysipotilaat.

Haastattelu kestää noin 30 minuuttia. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastattelu nauhoitetaan, jonka jälkeen ne kirjoitetaan puhtaaksi. Haastattelu suoritetaan täysin luottamuksellisesti. Haastateltavien nimet tai muut henkilötiedot eivät tule missään vaiheessa esille, eikä haastatteluja lue kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyömme raportissa käytämme mahdollisesti suoria lainauksia haastattelusta. Tutkimusmateriaalin analysoinnin jälkeen nauhoitteet ja muu haastattelumateriaali hävitetään. Ennen haastattelun alkamista pyydämme teiltä kirjallisen suostumuksen haastatteluun.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Saara Kenttä

p. [REDACTED]

Tiina Turtinen

p. [REDACTED]

Annan suostumukseni haastattelun tallentamiseen sekä sen käyttämiseen opinnäytetyössä yllä mainituin ehdoin.

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus _____

1. TAUSTATIEDOT

- Ikä
- Hemodialyysihoidon kesto

2. LÄÄKEHOITO

- Käytössä olevat lääkkeet
- Lääkeohjauksessa käsitellyt asiat: mm. lääkehoidon merkitys, lääkkeiden ottoajankohdat ja haittavaikutukset
- Lääkehoidon ohjauksen riittävyys: mitä hyvää, mitä kehitettävää

3. RAVITSEMUS

- Ravitsemuksen muuttuminen hemodialyysihoidon myötä
- Ravitsemusohjauksen sisältö: ravitsemuksen merkitys ja ravitsemussuositukset
- Ravitsemusohjauksen riittävyys: mitä hyvää, mitä kehitettävää

4. ELINTAVAT

- Elintapojen muuttuminen hemodialyysihoidon myötä: tupakointi, alkoholin käyttö ja liikunta
- Elintapaohjauksen sisältö ja riittävyys

5. HEMODIALYYSIHOITO

- Hemodialyysihoidon toteutus: hoitaja, hoitajan kanssa, itse? Miten päädytty tähän?
- Hemodialyysihoidon ohjaus ja kannustus

- Sairaanhoitajan antaman yleisen ohjauksen ja kannustuksen riittävyys, hyvät ja huonot puolet

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymäLUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE
(täytettävä koneella)

Medisiininen tulosalue klinikka / laitos		27400 vastuuyksikkönro	DIAARINRO: 196/2012	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Kenttä Saara / Turtinen Tiina		Henkilötunnus	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Oulun seudun ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija opiskelija / opiskelija	
	Kotiosoite		Postinro ja -paikka	
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin	Sähköpostiosoite (at)students.oamk.fi	
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka
2. Tutkimus- projektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto- keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Hemodialyysipotilaiden kokemuksia omahoitoon kannustamisesta			
	Tutkimus on		Tutkimusaika kevät 2012	
	<input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen			
	Pääkaavanumero 902		Tutkimuksen luonteen määrittely laadullinen	
	Tutkimus on		<input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä	
	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu)		<input type="checkbox"/> väitöskirja	
	<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede)			
	Anoja on		Anoja osallistuu potilastyöhön	
	<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		<input type="checkbox"/> kyllä	
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija		<input checked="" type="checkbox"/> ei	
Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päätutkija				
Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Munuaisosasto OYS				
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä)				
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite				
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista				
<input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä		<input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia		
Ulkopuolinen rahoitus		Sopimuksen nro		
<input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja		Rahoittaja		
<input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain				
Muu rahoitus		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)		
<input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä				
<input type="checkbox"/> KEVO				
Päivämäärä		Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys		
		SAARA KENTTÄ TIINA TURTINEN		
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyispäivä	vastaus saatu
	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta			
Luvat	<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA			
	<input type="checkbox"/> Lääkelaitos ³⁾ <input type="checkbox"/> STM ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾			
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus			
	<input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta		<input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta	
	Päätös			
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti		<input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä	
	<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin			
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi				
Päätöksentekijä				
<input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja		<input type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus		
Päivämäärä		Allekirjoitus		
Oulu 30.5.2012		[Käsi]		
		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)		

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto³⁾ Lääkelaitokselta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kplPPSHP 07 - 040
Asiakirja4