



Hemodialyysipotilaiden puhtauden hoito ja sen ohjaus

Potilaiden käsityksiä, kokemuksia ja odotuksia

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
28.11.2008

Laura Franssila
Annina Haapala
Mia-Riitta Lehtonen

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1	Hemodialyysi	2
2.2	Aseptiikka ja puhtauden hoito	3
2.3	Potilasohjaus	6
2.4	Yhteenveto	7
3	TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	8
4.1	Teemahaastattelu	8
4.2	Aineiston keruu	9
4.3	Aineiston analysointi	10
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	10
5.1	Puhtauden hoito	10
5.2	Potilasohjaus	14
5.3	Odotukset ohjaukselle ja ohjaustarpeet	16
6	POHDINTA	18
6.1	Puhtauden hoito ja käsihygienia	18
6.2	Potilasohjaus	19
7	LUOTETTAVUUS	21
8	EETTISYYS	22
9	KEHITTÄMISEHDOTUKSIA	23
	LÄHTEET	25

LIITTEET	1. Haastattelun teema-alueet
	2. Saatekirje potilaalle
	3. Potilaan suostumuslomake
	4. Tutkimuslupahakemus
	5. Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Kun ihmisen omat munuaiset eivät toimi, joudutaan turvautumaan keinomunuaishoitoon eli dialyysihoidon. Sairaudet, kuten tyypin kaksi diabetes ja krooninen tai trauman aiheuttama munuaisten vajaatoiminta, ovat syitä dialyysihoidon aloittamiselle. Hemodialyysi on yksi dialyysihoidon toteuttamismuoto. Hemodialyysihoidon tarkoituksena on poistaa elimistöstä kuona-aineita johtamalla potilaan veri hemodialysikoneen läpi. Hoidon edellytyksenä on toimiva veritieteyhteys, joka voi olla esimerkiksi valtimolaskimoavanne, keinotekoinen suonisiirre tai keskuslaskimokatetri. (Honkanen – Ekstrand 2006: 1699–1704.)

Koska hemodialyysipotilailla on jatkuva veritieteyhteys, aseptiset toimintatavat ovat erityisen tärkeitä (Honkanen – Albäck 2002: 1003–1013). Bakteri-infektiot ovat hemodialyysipotilaiden kohdalla merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja (Himmelfarb 2005: 1122–1131). Puhtauden hoito ja käsihygienian oikeaoppinen toteuttaminen ovat merkittäviä tekijöitä infektioiden torjunnassa. Niiden toteuttaminen kuuluu sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille. Tutkimuksissa on todettu, että hoitajilla on lähes erinomaiset tiedot ja taidot käsihygieniasta (Silvennoinen 2003; von Schantz 2005; Routamaa – Hupli 2007), mutta puhtauden hoidon ja käsihygienian toteuttamista on potilasnäkökulmasta tutkittu vähän.

Potilasohjaus on hoitotyön menetelmä, joka perustuu ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutukseen sekä pyrkii asiakaslähtöisyyteen. Se on systemaattista, suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on saavuttaa pitkäaikaisia muutoksia potilaan käyttäytymisessä. (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005: 27-28; Wingard 2005: 211-215.) Hemodialyysipotilaiden hoidossa puhtauden hoidon ohjauksen merkitys korostuu. Tämän takia ohjauksen potilaslähtöisyyden varmistaminen on ensiarvoisen tärkeää. Potilaiden sitoutuminen puhtauden hoidon toteuttamiseen vaatii ohjaukselta paljon.

Opinnäytetyömme on osa projektia Aseptiikan ja käsihygienian kehittäminen hemodialyysipotilaan hoitotyössä. Projekti toteutetaan yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin nefrologian klinikan kanssa. Projektin tavoitteena on kehittää käsihygieniaa ja aseptiikkaa hemodialyysipotilaiden hoitotyössä. Projektin tarkoituksena on kehittää toimintamalli ja arviointimittareita. (Korhonen – Rekola – Ruotsalainen – Maaranen 2008: 1, 4.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata hemodialyysipotilaiden käsityksiä puhtauden hoidosta ja käsihygieniasta sekä kokemuksia ja odotuksia niiden ohjauksesta. Opinnäytetyömme tuottamaa tietoa tarvitaan, jotta aseptiikkaa voidaan kehittää ja ehkäistä infektioiden syntyä. Potilasohjaus osana infektioiden ehkäisyä on ensiarvoisen tärkeää, mutta se on jäänyt liian vähälle huomiolle aiemmin. Opinnäytetyömme tuo esiin hemodialyysipotilaiden näkökulman puhtauden hoidosta ja sen toteuttamisesta. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun kehitetään uusia ohjausmalleja ja toimintatapoja hemodialyysipotilaiden hoitotyöhön.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hemodialyysi

Suomessa hemodialyysihoidot aloitettiin vuonna 1961. Kehityksen ja hoitojen yleistymisen myötä niitä voidaan toteuttaa nykyisin myös satelliittiyksiköissä ja kotona. Tänä päivänä suurin hemodialyysin kohderyhmä ovat munuaisten vajaatoimintaa sairastavat vanhuksat ja kakkostyyppin diabeetikot. (Honkanen – Ekstrand 2006: 1699–1704.) Vuoden 2006 lopussa Suomessa oli 3809 aktiivihoidoa saavaa munuaistautipotilasta. Vuodesta 1999 lähtien aina vuoteen 2005 asti uusien aktiivihoidopotilaiden määrä kasvoi, mutta vuonna 2006 aktiivihoidon ilmaantuvuus pieneni. Merkittävin vähentyminen vuodesta 2005 on tapahtunut 45-64-vuotiaiden ikäryhmässä. Tämä on merkki siitä, että munuaistautien syntyä ja niiden etenemistä loppuvaiheen munuaisten vajaatoimintaan ehkäistään yhä tehokkaammin. Hemodialyysihoidossa olevia potilaita vuoden 2006 lopussa oli 1196. (Suomen munuaistautirekisteri – Vuosiraportti 2006.)

Hemodialyysin tarkoitus on poistaa veressä olevia kuona-aineita ja ylimääräistä nestettä dialyysaattorin avulla. Potilaan veri kierrätetään kehon ulkopuolella dialyysikoneen läpi, jolloin kuona-aineet suodattuvat pois. Toimivaa veritietä tarvitaan, jotta potilas voidaan kytkeä toistuvasti hemodialyysikoneeseen. Veritienä voi olla esimerkiksi valtimolaskimoavanne, keinotekoinen suonisiirre tai keskuslaskimokatetri. (Honkanen – Ekstrand 2006: 1699–1704.) Veritie on dialyysihoidon kulmakivi. Lähes puolet sairaalahoitoista johtuu suoraan tai epäsuoraan veritieongelmista. Veritien valvonta on erittäin tärkeää ja käsittelyssä on noudatettava erityistä aseptiikkaa, jotta infektiolta vältyttäisiin. (Honkanen – Albäck 2002: 1003.) Potilaat käyvät hemodialyysissä keskimäärin

kolme kertaa viikossa, ja yksi hoitokerta kestää neljästä viiteen tuntia. Tällä hoitomäärällä voidaan saavuttaa noin 15 % normaalista munuaisfunktiosta. (Tamminen 2001.)

Kotihemodialyysi on ollut tärkeä osa dialyysitoimintaa Suomessa vuodesta 1998. Sairaalassa tehtävä hemodialyysi sitoo potilaan pitkiin ja toistuviin sairaalakäynteihin sekä estää useimmiten myös potilaan työssäkäynnin. Kotihemodialyysissä potilas voi itse päättää dialyysiensä ajankohdan ja keston. Kirurgisen sairaalan nefrologian klinikan koulutushemodialyysiosaston yhteydessä on kotihemodialyysiyksikkö. Kotihemodialyysi sopii potilaille, jotka ovat siitä kiinnostuneita ja joiden yleinen terveydentila on suhteellisen vakaa. Lääkäri arvioi aina potilaan soveltuvuuden kotihemodialyysihoitoon, ja koulutusyksikkö toteuttaa potilaiden koulutuksen. (Malmström – Muroma-Karttunen – Honkanen 2005: 57–62.)

Friman (2006: 7, 27–32) on tutkinut potilaan ja hänen omaisensa kokemuksia kotihemodialyysihoidosta. Tuloksista ilmeni, että potilaat olivat kokeneet kotihemodialyysihoidon ohjauksen hyvänä ja toimivana eivätkä maininneet erityisiä kehityskohteita ohjaukseen. Tämän työn kannalta merkittävää oli, että tutkimuksesta ei käynyt ilmi, että potilaat olisivat saaneet ohjausta puhtaudenhoidossa tai infektioiden ehkäisyssä.

Wöttke (2007: 24–27) on tutkinut moniammatillista yhteistyötä hemodialyysipotilaan hoidossa. Tuloksista ilmeni, että hemodialyysipotilaan hoitoverkosto on laaja ja sen keskeiset toimijat ovat potilas itse, hänen omaisensa, sairaanhoitaja ja nefrologi. Muita asiantuntijoita ovat muun muassa ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä kirurgi. Osapuolten yhteistyö perustuu luottamukselliseen vuorovaikutussuhteeseen. Moniammatillinen yhteistyö koetaan tärkeäksi kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Tutkimuksen mukaan moniammatillisuutta edistäviä tekijät olivat osapuolten arvostaminen, luottamus, vasta-vuoroisuus sekä yhteiset tavoitteet. Estäviksi tekijöiksi nousivat työn- ja vastuunjaon epäselvyys, potilaan hoidon hallitsemattomuus, kiire ja resurssipula.

2.2 Aseptiikka ja puhtauden hoito

Aseptiikalla tarkoitetaan kaikkia niitä toimintoja, joilla pyritään ehkäisemään infektioiden syntyä. Aseptisella työskentelytavalla on tarkoitus suojata potilasta sekä hoitajaa tai steriiliä aluetta tauteja aiheuttavilta mikrobeilta. (Hart 2007: 43.) Puhtaudenhoidolla tarkoitetaan jokaisen omasta henkilökohtaisesta hygieniastaan huolehtimista, joka nou-

see erittäin tärkeäksi hemodialyysipotilaiden arjessa. Dialyysipotilailla on jatkuva vertieyhteys, joten aseptiset toimintatavat ovat erityisen tärkeitä (Honkanen – Albäck 2002: 1003–1013).

Berns ja Tokars (2002: 886–898) kirjoittivat artikkelin, johon on koottu tämänhetkiset suositukset ja ohjeet dialyysipotilaiden bakteeri-infektioiden ennaltaehkäisyyn, diagnosointiin sekä hoitamiseen. Edellisten lisäksi artikkeli esittelee neljä selkeää menetelmää, joiden avulla voidaan vähentää dialyysipotilaiden antimikrobiresistenssin kehittymistä sekä leviämistä. Näitä ovat infektion ennaltaehkäisy, infektion tarkka ja tehokas diagnosointi ja hoito, antimikrobien viisas käyttö sekä vastustuskykyisten kantojen eteenpäin välittymisen estäminen.

Silvennoinen (2003: 763–767) on tutkinut lääkärin, hammaslääkärin, sairaanhoitajien ja muiden potilastyöhön osallistuvien arvioita käsihygienian toteutumisesta. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että pääasiassa käsiä pestiin ja desinfioitiin enemmän potilaskontaktin jälkeen kuin ennen potilaskontaktia. Pääsääntöisesti käsihygienian toteuttamismahdollisuuksia pidettiin hyvinä. Tulosten mukaan valtaosa tutkimukseen vastanneista henkilöstöstä ei käytä lainkaan rannekelloa, sormuksia tai rannekoruja työskennellessään. Kyselyyn vastanneista suurin osa arvioi pesevänsä käsiään 11-30 kertaa ja desinfioivansa käsiään 6-20 kertaa yhden työvuoron aikana. Vastajaat arvioivat pesevänsä käsiään useammin kuin desinfioivansa niitä.

Froio ym. (2003: 546–550) ovat tarkastelleet artikkelissaan kolmen roomalaisen dialyysihoitoa antavan yksikön B- ja C-hepatiittitartuntoja (HBV ja HCV). Tutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota hoitoympäristön puhtauteen, näytteitä otettiin muun muassa yksiköiden hemodialyysilaitteistoista. Tuloksista saatiin seuraavanlaisia johtopäätöksiä: HBV pysyy elinkelpoisena erilaisilla pinnoilla hyvin, minkä takia laitteiden tehokas desinfektio sekä HBV-positiivisille potilaille tarkoitettujen laitteiden käyttö on erittäin tärkeää viruksen leviämisen ehkäisemiseksi, vaikka se ei olekaan kustannustehokkain vaihtoehto. Tutkimuksesta selvisi myös se, että hepatiitti C:n leviäminen laitteiden kautta on hyvin epätodennäköistä, joten HCV-positiivisten hemodialyysipotilaiden eristäminen negatiivisista potilaista ei näin ollen olisi järkevää.

Himmelfarbin (2005: 1122–1131) julkaisemassa artikkelissa on koottu hemodialyysistä aiheutuvia yleisimpiä komplikaatioita. Yksi hemodialyysin mahdollisista komplikaatioista on bakteeri-infektiot. Artikkelista selviää, että bakteeri-infektiot ovat hemo-

dialyysipotilaiden kohdalla merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja. Esimerkiksi sepsikseen kuolleita on hemodialyysipotilaiden joukossa 100 - 300 kertaa enemmän kuin muussa väestössä. Tämä indikoi mielestämme sitä, että aseptiikkaan tulee kiinnittää entistä suurempaa huomiota hemodialyysipotilaiden hoitotyössä.

Honkanen ja Ratia (2005: 428–436) ovat kirjoittaneet artikkelin dialyysihoitoihin liittyvistä infektioista. Tässä artikkelissa korostuu nimenomaan aseptiikan noudattaminen dialyysipotilaiden hoidossa. Munuaispotilaat ovat yleisesti ottaen alttiimpia samaan infektiota johtuen muun muassa valkuaisaineiden menetyksestä ja heidän lääkehoidostaan. Sekä potilaan että henkilökunnan koulutuksen tulisi nimenomaan painottaa hygieniaa ja erityisesti käsien desinfektioon. Potilaan veritie määrää ohjeet aseptiseen työskentelyyn. Keskuslaskimokatetrin käsittely on aseptisesti vaativinta, koska se on valtimolaskimoavannetta ja suonisierrettä infektioltaampi ja mahdolliset infektiot ovat suurempiriskisiä. Infektioiden ehkäisyssä tärkeää on myös potilaiden ihon kunto. Liiallinen peseminen kuivattaa ihoa ja kuiva iho kutisee; siksi perusvoiteiden käyttö on muistettava.

von Schantz on tutkinut väitöskirjassaan (2005) hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tietoja ja käsityksiä sairaalainfektioiden torjunnasta. Sairaalainfektio oli käsitteenä tuttu suurelle osalle kaikista vastaajaryhmistä. Sairaalainfektioiden esiintyvyydestä, vaikutuksista ja aiheuttajamikrobeista oli kaikilla ryhmillä puutteellisia tietoja. Keskinertaisia olivat tiedot sairaalainfektioiden torjuntatoimista. Potilaat toivat esiin huolehtivansa käsihygieniastaan ainakin wc-käyntien jälkeen melko hyvin, joskin tiedot ja taidot desinfektiohuuhteen merkityksestä ja käytöstä olivat epäselviä osalle potilaista. Osalla potilaista oli käsitys, että infektiota aiheuttavat mikrobit ovat kykenemättömiä kulkeutumaan hoitajan tai lääkärin käsissä. Kaikki eivät myöskään mieltäneet infuusiokanyylien ja haava-alueiden koskettelua infektioiden riskitekijöiksi.

Routamaa ja Hupli (2007: 2397–2401) ovat tutkineet hoitotyöntekijöiden tietoja käsihygieniasuosituksista sekä käsityksiä suositusten mukaisen käsihygienian toteutumisesta. Tuloksista ilmeni, että hoitotyöntekijöiden tiedot suositusten mukaisesta käsihygieniasta olivat hyviä tai erinomaisia. Suositusten mukaista käsihygienian toteuttamista estivät tiedon puute, huoli terveyshaitoista, kiire ja lääkärin puutteellinen esimerkkikäyttäytyminen. Huolimatta hyvistä tiedoistaan hoitotyöntekijät luottivat edelleen enemmän käsien pesuun kuin käsien desinfektioon.

2.3 Potilasohjaus

Potilasohjaus on hoitotyön menetelmä, joka on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Se perustuu ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutukseen ja pyrkii asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöinen ohjaus jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hyvä ohjaus edellyttää perehtymistä ohjattavan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin taustatekijöihin. Lisäksi ohjaajalla tulisi olla riittävä tietoperusta ohjattavasta asiasta sekä oppimisen periaatteista ja hänen tulisi hallita erilaiset ohjausmenetelmät ja -tyylit. Onnistunut ohjaus edellyttää myös asianmukaisia ohjaustiloja ja riittävää aikaa. Jotta ohjaus voitaisiin luokitella asiakaslähtöiseksi toiminnaksi, edellyttää se myös toiminnan arviointia koko ohjausprosessin ajan. Lisäksi ohjattavalta asiakkaalta edellytetään aktiivisuutta, vastuullisuutta, motivaatiota sekä tavoitteellisuutta ja ongelmanratkaisukykyä. Ohjauksen tarkoituksena on, että potilas omaksuu tiedon. (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005: 27–28.)

Artikkelissa Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta kuvataan yhden sairaalan osastoilta ja poliklinikoilta kerätyn aineiston (n. 844) perusteella potilaiden käsityksiä ja kokemuksia saadusta ohjauksesta. Pääasiassa ohjausta ja ohjauksen resursseja pidettiin hyvinä, ja suuri osa vastaajista piti ohjausta potilaslähtöisenä toimintana. Sosiaalisen tuen osalta ohjaus oli riittämätöntä, ja lisäksi saadulle ohjaukselle olisi toivottu varattavan enemmän aikaa. Ohjausmenetelmistä hyvin hallittiin ainoastaan suullinen yksilöohjaus. Miehet kokivat saamansa ohjauksen keskimäärin paremmaksi kuin naiset. Kehittämiskohteiksi nostettiin puutteelliset ohjausvalmiudet sekä ohjausmenetelmien monipuolisempi käyttö. Lisäksi ohjauksen saaminen jäi usein potilaan vastuulle ja vuorovaikutus koettiin autoritaarisena. (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005: 10–14.)

Wingard (2005: 211–215) määrittelee potilasohjauksen prosessiksi, joka tarjoaa sekä potilaille että heidän omaisilleen mahdollisuuksia saada lisää tietoa sairaudesta, parantaa hoitotoimenpiteissä tarvittavia taitoja sekä auttaa selviytymiskeinojen kehittämistä. Hänen mukaansa potilasohjauksen päämäärä on saavuttaa pitkäaikaisia muutoksia käyttäytymisessä tarjoamalla potilaalle tietoa, jonka avulla hän voi tehdä itsenäisiä päätöksiä, ottaa vastuuta hoidostaan niin paljon kuin mahdollista sekä sitoutua paremmin hoitoonsa. Wingard kertoo artikkelissaan laajojen tutkimusten osoittavan, että mitä enemmän dialyysipotilaalla on tietoa sairaudestaan, sitä paremmin hän voi sekä selviytyä päivit-

täisistä toimistaan. Wingardin mukaan potilas omaksuu tietoa paremmin, kun ohjaus ei ole pelkästään hoitajälähtöistä. Wingard painottaa myös dokumentoinnin tärkeyttä potilasohjauksessa. Hänen mukaansa on oleellista, että ohjaussuunnitelma ja eteneminen on kirjattu niin selkeästi, että muutkin hoitohenkilökunnasta voivat tarvittaessa ohjata samaa potilasta samojen ohjeiden perusteella.

2.4 Yhteenveto

Potilasohjauksesta löytyy paljon tietoa ja sitä on Suomessakin viime vuosina tutkittu paljon. Suoranaisesti hemodialyysipotilaiden hygienianhoidon ohjaustarpeita tai ohjauskokemuksia ei ole tutkittu.

Potilaiden toteuttamaa puhtaudenhoitoa on tähän mennessä tutkittu vähän (von Schantz 2005), kun taas hoitotyöntekijöiden näkökulmasta asiaa on tutkittu enemmän (Silvennoinen 2003; von Schantz 2005; Routamaa – Hupli 2007). Hoitajilla on pääasiassa hyvä tietoperusta ohjata potilaita toteuttamaan oikeaoppista käsihygieniaa. Hemodialyysi toteutetaan invasiivisesti veriteitse ja siksi on tärkeää, että potilaat sekä hoitohenkilökunta noudattavat erityisen tarkkaa ja huolellista käsihygieniaa. Tehokas tiedon välittyminen hoitajilta potilaille auttaa osaltaan ehkäisemään turhia infektioita.

Pohjautuen esittelemäämme tutkittuun tietoon oikeaoppisen käsihygienian toteuttaminen vähentää merkittävästi infektioiden syntyä, lyhentää näin ollen potilaan sairaalassaoloaikaa ja säästää yhteiskunnan resursseja.

3 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata hemodialyysipotilaiden käsityksiä puhtauden hoidosta ja käsihygieniasta sekä kokemuksia ja odotuksia niiden ohjauksesta. Tavoitteenamme on nostaa esiin potilaiden ohjaustarpeita sekä saada käsitys potilaiden tiedoista ja taidoista puhtauden hoidossa sekä odotuksista sen ohjaukselle.

Opinnäytetyölle määrittelemämme kolme tutkimuskysymystä ovat:

1. Mikä on hemodialyysipotilaiden käsitys puhtauden hoidosta ja käsihygieniasta sekä miten he toteuttavat niitä?

2. Millaista ohjausta potilaat ovat saaneet liittyen puhtauden hoitoon?
3. Mitkä ovat potilaiden odotukset hygienian ja puhtauden hoidon ohjaukselle?

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

4.1 Teemahaastattelu

Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Teemahaastattelu on yksilöhaastattelu, jossa keskeistä on, että haastattelu etenee etukäteen muodostettujen teemojen varassa. Teemahaastattelu on luonteeltaan keskustelunomaista ja tuo haastateltavan äänen kuuluviin. Lisäksi haastattelijan ja haastateltavan keskinäisellä vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys teemahaastattelun onnistumisessa. Avoimessa haastattelussa haastattelijalta edellytetään tilanneherkkyyttä ja kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. Avoin haastattelu sopii parhaiten tutkimusaiheisiin, joita on tutkittu vähän. Näin taataan se, ettei mitään oleellista rajata etukäteen tutkimuksen ulkopuolelle. Teemahaastattelu luokitellaan puolistrukturoiduksi menetelmäksi siksi, että haastattelun teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelussa kysymysten tarkka muoto ja järjestys eivät ole sidoksissa toisiinsa. Teemahaastattelun kysymykset eivät ole kuitenkaan täysin vapaita, kuten syvähaastattelussa. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 48; Kylmä – Juvakka 2007: 79-80.)

Teemahaastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin, ja siinä korostuu haastateltavien oma elämysmaailma. Teemahaastattelulla tutkitaan yksilön ajatuksia, tuntemuksia, kokemuksia ja sanatonta kokemustietoa. Haastattelun etuihin kuuluu, että haastattelijalla voi arvioida vastausten totuudenmukaisuutta havainnoimalla vastaajan oheisviestintää eli ilmeitä ja käyttäytymistä. Samalla haastattelijalla voi havainnoida ympäristön vaikutusta haastattelutilanteessa. Haastattelu antaa yleensä luotettavampia ja syvällisempiä tuloksia kuin kysely. (Routio 2007: 94-95.)

Opinnäytetyömme haastattelun teema-alueet pohjautuvat aiemmin tutkittuun tietoon. Merkittävää on, että infektiot lisääntyvät ilman kunnollista käsihygieniaa (Honkanen – Albäck 2002; Berns – Tokars 2002; Himmelfarb 2005; Honkanen – Ratia 2005) ja käsihygienian toteuttaminen kuuluu sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille (von Schantz 2005). Teemahaastattelun pohjaksi laadimme erillisen lomakkeen (liite 1) haastattelun

teemoista ja kysymyksistä. Muodostimme kolme erillistä teemaa: 1. hemodialyysipotilaiden puhtauden hoito, 2. kokemukset puhtauden hoidon ohjauksesta ja 3. odotukset hygienian ja puhtauden hoidon ohjaukselle. Jokaisen teeman alle muodostimme aihetta tarkentavia, selkeitä apukysymyksiä. Apukysymysten listaaminen auttaa jäsentämään haastattelutilannetta ja pitämään sen asian suunnassa (Kylmä – Juvakka 2007: 80). Loimme yksinkertaisia, helposti ymmärrettäviä kysymyksiä, jotka täydentävät toisiaan. Vältimme vaikeiden tai vierasperäisten termien käyttöä, jotta haastattelutilanteessa haastateltava kokisi osaavansa vastata.

4.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Kirurgisen sairaalan koulutusdialyysiosaston potilailta (N = 15) 18.-21.8.2008. Valikoitumisen ehtona oli, että potilaat olivat vapaaehtoisia ja äidinkieleltään suomea puhuvia. Osaston henkilökunta oli rekrytoinut haastateltavat potilaat etukäteen osastonhoitajan johdolla jakamalla heille saatekirjeet (liite 2), joissa kerrottiin haastattelujen tarkoitus ja toteutus. Haastateltavien keski-ikä oli 61 vuotta ja ikävaihtelu 33-80 vuotta. Haastatellut potilaat olivat olleet hemodialyysihoidon piirissä keskimäärin neljä vuotta, vaihdellen yhdestä kuukaudesta 14 vuoteen.

Haastateltavia potilaita oli yhteensä 15, joten jokaiselle opinnäytetyön tekijälle tuli haastateltavaksi viisi potilasta. Ensimmäisenä haastattelupäivänä toteutimme kolme, toisena päivänä viisi ja kolmantena päivänä viisi sekä neljäntenä päivänä kaksi haastattelua. Haastattelut toteutettiin potilaiden hemodialyysihoitojen aikana koulutusdialyysiosaston tiloissa. Haastattelutilasta tehtiin mahdollisimman rauhallinen ja yksityinen kahden sermin avulla. Jokaisessa haastattelussa oli haastateltavan lisäksi haastattelijä sekä havainnoija, jonka tehtävänä oli pitää haastattelupäiväkirjaa. Teemahaastattelujen kesto oli keskimäärin 15 minuuttia. Haastattelut ajoitettiin dialyysin alkuvaiheeseen osastonhoitajan suosituksen mukaan, koska silloin potilaat ovat virkeämpiä kuin hoidon loppuvaiheessa. Ennen haastattelun alkua potilaiden suostumus varmistettiin ja suostumuslomakkeet kerättiin talteen. Potilaille kerrattiin vielä haastattelun aihe, jonka jälkeen haastattelu eteni teemojen mukaan. Teemahaastattelun eteneminen oli keskustelunomaista, jolloin kysymykset esitettiin haastattelukohtaisesti, järjestystä vaihdellen. Tarvittaessa kysymys toistettiin ja vieraat käsitteet avattiin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin nauhurille ja purettiin sanatarkaksi tekstiksi. Litteroinnit tehtiin samana päivänä

kuin haastattelut oli nauhoitettu. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 39 sivua, kun kirjaintyyppi oli Times New Roman, fonttikoko 14 ja riviväli 1,5. Litterointivaihe käynnisti aineistoon tutustumisen.

4.3 Aineiston analysointi

Litteroidusta tekstistä lähdimme etsimään vastauksia opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyömme analyysiyksiköiksi valittiin sana, sanaliitto tai lause. Luetuamme litteroidun aineiston viisi kertaa, aloimme ryhmitellä saatuja vastauksia. Ryhmittelyn lähtökohtina olivat työllemme asettamat tutkimuskysymykset. Kaikki saadut vastaukset ryhmiteltiin oman teemansa alle. Tämän jälkeen ryhmittelyä jatkettiin kunkin teeman sisällä. Kaikki samankaltaiset vastaukset yhdistettiin ja ilmaukset pelkistettiin. Pelkistetyissä ilmauksissa pyrittiin kuitenkin säilyttämään mahdollisimman tarkasti aineistossa esiintyviä termejä. Analysointia jatkettiin yhdistämällä pelkistettyjä ilmauksia kategorioiksi. Abstrahointia jatkettiin kunnes saatiin muodostettua ala- ja yläkategoriat sekä lopulta yhdistettyä kategoriat kolmeen pääkategoriaan. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 24-29.) Opinnäytetyömme kolmeksi pääkategoriaksi muodostuivat puhtauden hoito, potilasohjaus sekä odotukset ja tarpeet puhtaudenhoidon ohjaukselle. (KUVIO 1, 2, 3).

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Puhtauden hoito

Puhtauden hoidosta keskusteltaessa haastateltavat toivat esiin henkilökohtaiseen hygieniaan liittyviä asioita. Suurin osa mainitsi suihkussa käymisen, saunomisen sekä hampaiden pesun. Ihon kunnosta huolehtiminen, esimerkiksi rasvaamalla, sekä vaatehuolto nousivat myös esiin.

”..neljä kertaa viikossa ehkä käyn suihkussa ja ja saunassa en käy. Ja sit tota noin nii päivittäin tulee tietysti hampaat pestyy ja ja..”

”..pitää päästä ehdottomasti käymään saunassa..”

”Peseytyminen ja puhtaat vaatteet.”

Monet mielsivät myös ympäristön puhtaudesta huolehtimisen osaksi puhtauden hoitoa. Kodin siivoaminen, kuten imurointi ja pölyjen pyyhkiminen, sekä lakanoiden vaihto mainittiin.

”..koti on siisti periaatteessa, että on imuroitu ja pölyt pyyhitty.”

”..ja tietysti myös kodin siivoaminen..lakanoiden vaihtaminen tarpeeksi usein..”

”..ja tietty siisteys ympärillä on tietysti tärkeä.”

Käsihygienian toteuttaminen miellettiin kaikkien vastaajien keskuudessa erittäin tärkeäksi. Kaikki vastaajat ymmärsivät käsienpesun osana käsihygieniaa. Myös käsien kunnosta huolehtiminen rasvaamalla mainittiin. Haastateltavat kertoivat käsihygienian korostuvan sairaalaan tullessa ja sieltä lähtiessä.

”No mä pesen käteni hyvin usein.. Ja sitte illalla niin kädet rasvaan ja tämmöset.”

”..siitä on tullut tuosta käsienpesusta esimerkiksi ja puhtaudesta siit on tullu sellanen, niin onko se pakkomielle vai mikä, sitä on hyvin tarkka siitä.”

”Kyllä sillä käsien desinfiomisella on aika iso osa tässä elämässä.”

”No käsiä pitää pestä, niitä pitää pestä paljon, aina, mennessä ja tullessa ja aina välilläkin. Se on hirveän tärkeitä.”

Käsihygienian määrittelyssä ja sen toteuttamisessa ilmeni kuitenkin eroja. Kolme vastaajista ei liittänyt käsien desinfiointia osaksi käsihygieniaa.

”Mitä käsihygienia mielestäsi tarkoittaa?

No, että että, sinä peset kädet öö.. käsialtaassa ja juoksevan veden ja saippuan avulla.”

”Ja tietysti kotona myöskin pestään silloin kun täytyy pestä.

Joo, eli käsiä pesemällä toteutatte käsihygieniää?

Kyllä.

Kuuluuko siihen jotain muuta?

Ei oikeestaan.”

Puhuttaessa hemodialyysin erityisvaatimuksista enemmistö korosti käsihygienian tärkeyttä. Moni koki fistelikohtan puhdistamisen sekä sitä ympäröivän ihon kunnosta huolehtimisen tärkeäksi. Lisäksi esiin nousi hoitovälineiden ja hoitoympäristön puhtaudesta huolehtiminen osana potilaan toimintaa hoidon aikana. Kaksi haastateltavista oli sitä mieltä, että hemodialyysihoito ei luo erityisvaatimuksia puhtauden hoitoon.

”Emmä tiä, käsien pesu, tässä se on ainakin helvetin tärkeitä. Ja yleensäkin toi puhtaus, emmä tiä.”

”..rasvaa näitä kohtia mihin laitetaan nämä neulat (osoittaa fistelikohtaa) ja hoitaa tätä kättä. Pesee ja rasvaa päivittäin.”

”Sitten pitää tietysti hoitaa nämä kaikki arvet ja pistoskohta pitää puhtauttaa.”

Kaikki haastatellut tiesivät, että puhtauden hoidon laiminlyönnistä voi seurata tulehduksia tai mikrobien leviämistä. Monet haastateltavista toivat esiin vatsataudin yhtenä puhtauden hoidon laiminlyönnin seurauksena. Näiden lisäksi mainittiin vakavina seurauksina verenmyrkytys ja kuolema. Lievempinä seurauksina kuvattiin näkö- ja hajuhaitat.

”Kyllähän sitä niin kaikenlaiset bakteerit villitsee meidät aika äkkiä, jos me ei huolehdita.”

”Kyllähän mä olen nähnyt siis ihmisiä täällä joilla hoitokohta on tulehtunut. Mun mielestä se olisi aika inhottavaa, että jouduttaisiin pistämään uutta fisteliä tähän toiseen käteen. Jos siis veritiet menisi kiinni tai tulisi jokin bakteeri, joka sit tulehduttais.”

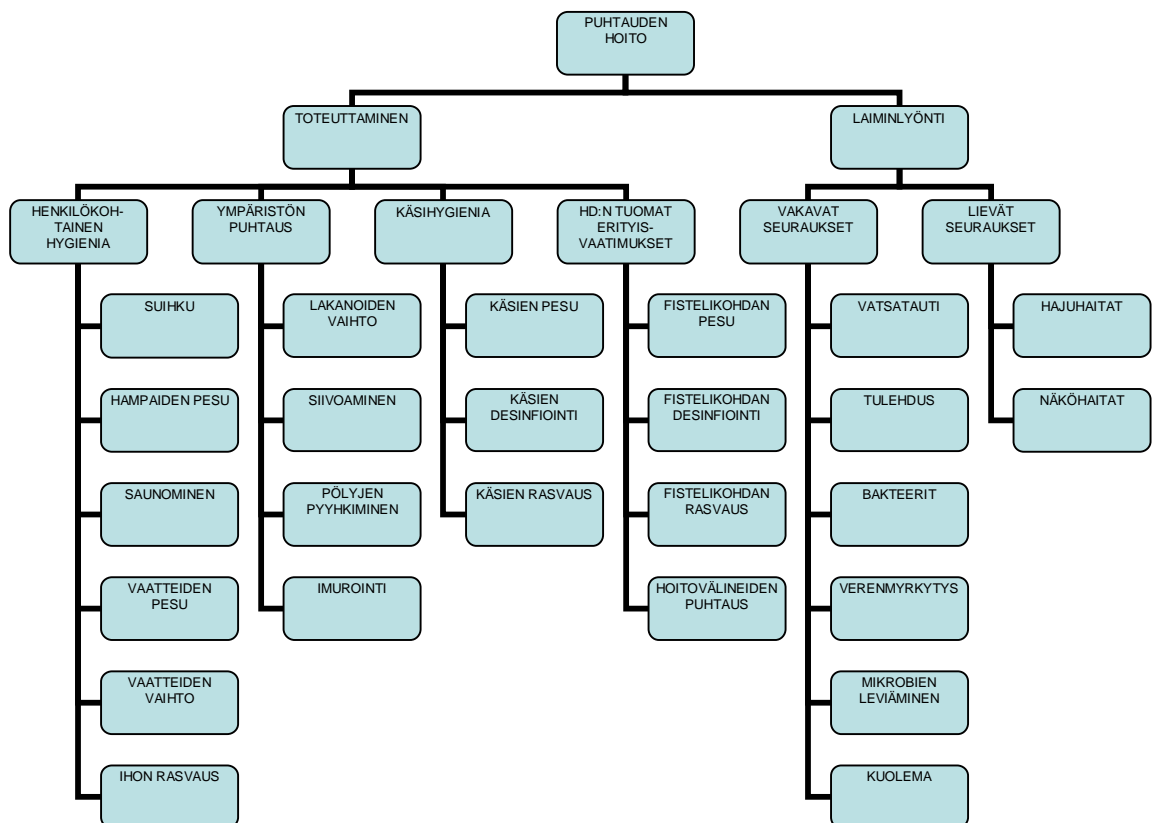
”..mul on kotona, nii oon kolmen pojan vähän sellanen niinku yksinhuoltaja ja en välttämättä nyt halua niille viedä kotiin mitään terveisiä (tarkoittaa mikrobeja)..”

”No pahimmillaan siitä voi tulla verenmyrkytys, joka on tosi paha, se on kuolemaks.”

”No pahimmassa tapauksessa kuolema, kun bakteerit menee tonne vereen niin verenmyrkytys.”

”..jos huonosti hygienian hoitaa nii siitähän seuraa sitte jo ihan tollasia, jopa visuaalisia ja sitte tällasia nenällä aistittavia asioita.”

Pelkistimme haasteltavien puhtauden hoitoon liittyvät ilmaukset ja ryhmittelimme ne alakategorioihin: henkilökohtainen hygienia, ympäristön puhtaus, käsihygienia, hemodialyysin tuomat erityisvaatimukset, vakavat seuraukset ja lievät seuraukset. Alakategorioiden perusteella muodostimme yläkategoriat: toteuttaminen ja laiminlyönti. Tästä saimme pääkategorian: puhtauden hoito. (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Puhtauden hoidon ilmausten ryhmittely.

5.2 Potilasohjaus

Enemmistö haastateltavista kertoi saaneensa ohjausta puhtauden hoitoon liittyen. Ohjattuja asioita olivat käsienpesu, käsihuuhteen käyttö, sukkienvaihto sekä aseptinen toimintajärjestys. Kaikissa ohjaustilanteissa ohjaus oli ollut suullista ja henkilökohtaista. Hyvin harva mainitsi saaneensa lisäksi ohjausta kirjallisessa muodossa. Osa haastateltavista kertoi itse hankkineensa kirjallista materiaalia ja lukeneensa ohjeita osaston seiniltä. Neljä potilasta koki, ettei ole saanut puhtauden hoidon ohjausta lainkaan.

”Mulle sanottiin kerran, että ei kannata viedä sairaalabakteereita kotiin ja eikä toisinpäin myöskään kotibakteereita sairaalaan.”

”Käsienpesua on ohjattu..”

”Kyllä mä katon ne ohjeet niin kun mä katon aina, että tulee täältä alta ja pikkusormet ja peukalot.”

”..käsिसprayn käyttöä ei muistaakseni neuvottu, mutta tässä ihan selvästi lukee, että tästä voi ottaa.”

”Siis kotiohjausta ei yhtään mitään.. Mutta täällä on sanottu, ohjattu se, että pitää aina desinfioida ensin tänne tullessa kädet ja sit nyt kun mä oon opetellu ite tätä hoitoo aloittamaan, ni mä välillä tos ohimennen putsaan ne muutenkin tolla suihkepullolla.. mut ei mul oo täällä kukaan millään tavalla ohjannu, että miten mun kotona pitäis..”

Suurin osa haastateltavista kertoi saaneensa puhtauden hoidon ohjausta vain silloin, kun hemodialyysihoidot aloitettiin. Joillekin oli kerrattu käsihygieniaan ja puhtauden hoitoon liittyviä asioita hoitovuosien kuluessa. Kaikki annettu ohjaus oli tapahtunut hoidon lomassa.

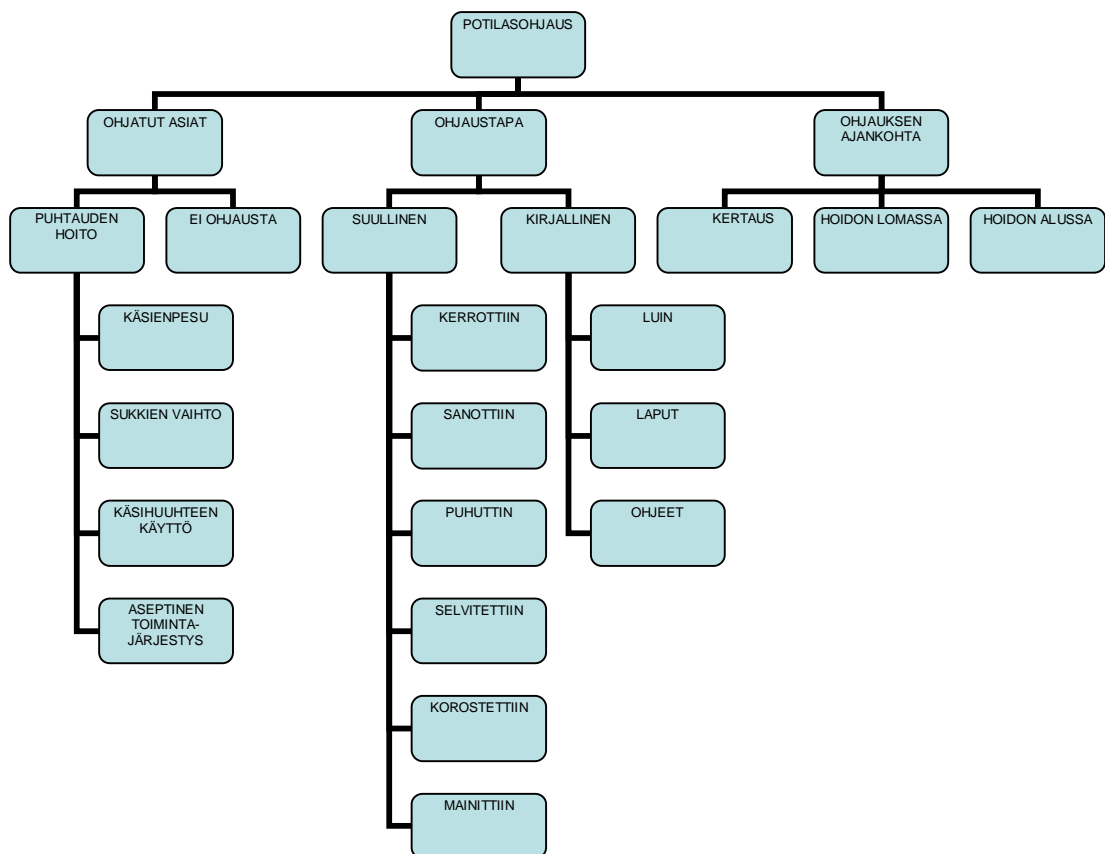
”Käsienpesu ja suihke päälle on sanottu silloin heti hoitoon tullessa.”

”Sanottu vaan kun mä ekan kerran tulin, et muista aina joka kerta ku tuut ovesta sisään ni pese tässä kädet ensin.”

”No kyl mä oon saanu alussa ihan tarpeeks, mä oon täällä niin kauan käyny, neljä ja puol vuotta, et kyl mä sain sillo alussa ihan kädestä pitäen..”

”..mulle tuli joku tällanen vatsabakteeri, joka oli erittäin herkkä tarttumaan, nii siinä kohtaa ne (hoitohenkilökunta) korosti määrätynlaista, että desinfiomisaineet ei riitä ja pitää pestä pesuaineella, ni siinä kohtaa tuli vartin nopee korostaminen.”

Pelkistimme haasteltavien potilasohjaukseen liittyvät ilmaukset ja ryhmittelimme ne alakategorioihin: puhtauden hoito, ei ohjausta, suullinen, kirjallinen, kertaus, hoidon lomassa ja hoidon alussa. Alakategorioiden perusteella muodostimme yläkategoriat: ohjatut asiat, ohjaustapa ja ohjauksen ajankohta. Tästä saimme pääkategorian: potilasohjaus. (KUVIO 2.)



KUVIO 2. Potilasohjauksen ilmausten ryhmittely

5.3 Odotukset ohjaukselle ja ohjaustarpeet

Valtaosa haastelluista koki, että saatu puhtauden hoidon ohjaus oli ollut riittävää. Hyvin harva osasi nimetä yksittäisiä lisäohjaustarpeita puhtauden hoidossa. Haastateltavien joukossa oli muutamia, jotka eivät tieneet, tarvitsevatko he lisäohjausta.

”No ei mitään turhaa ohjausta oo ollu.. että.. mun mielestä se on riittänyt se mitä täällä on sanottu, selitetty että näin tehdään..”

”Emmä osaa sanoa kaipaisinko lisää (ohjausta).”

Kysyttäessä, minkälainen ohjaus olisi potilaiden mielestä hyvää, saimme ehdotuksia erilaisista ohjausmenetelmistä. Kaiken ohjauksen haluttiin olevan henkilökohtaista. Ryhmäohjausta ei koettu mieleisenä vaihtoehtona. Esiin nousseet ohjausmenetelmät olivat suullinen, havainnollistava ja kirjallinen ohjaus. Haastatellut kokivat keskustelun hoitajan kanssa parhaaksi suullisen ohjauksen keinoksi. Myös puhtauden hoidon ja käsihygienian ohjaaminen hygieniasta vastaavan hoitajan toimesta olisi yhden potilaan mielestä hyödyllistä.

”Eihän toi nyt oo.. Suullisesti mulle sen joku selittää, että mitä pitää tehdä ja miksi pitää tehdä. Kyl se mulle jää mieleen.. Ei, emmä missään tapauksessa tarvitse mitään hirveitä luentoja siitä, että mitä pöpöjä siellä käsissä nyt voi olla.”

”Ilman muutahan on selvää, että kun tässä on suurin piirtein ite keksinyt näin, olisi hyvä jos olisi joku hoitaja, jolle kuuluisi hygienia. Sithän potilaan kanssa voisi keskustella niin kuin te nyt tässä, mikä potilaan mielestä on hygienia.”

”Varmasti tää suusanallinen ohjaus henkilökohtaisesti on ehkä se, joka menee muistiin parhaiten, mutta samalla tietysti sitähan voi pohjustaa aina tällä kirjallisella ohjauksella.”

”Suullinen on parempi, eikä sit semmonen niit papereita kun lukee niin ei niist saa erkkikään mitään selvää eikä ymmärrä.”

”Mä luulen, että ihan hoitaja henkilökohtaisesti keskustelisi, olis kaikkein helpointa potilaan kannalta.”

”..ja ei sit mitää ryhmätouhuu, koska kyllähän suomalaiset on tämmösiä perusjuntteja, et ku ollaan ryhmässä, ni mitään kysyttävää ja sitte ku vetäjä lähtee pois, ni sit alkaa tällanen kahviseura.. (näyttää kädellä puhumisen merkkiä)”

Havainnollistavan ohjauksen keinona aineistosta nousivat esiin esimerkiksi käsienpesu- ja desinfiointitekniikan näyttäminen sekä esimerkkitapausten hyödyntäminen ohjauksessa.

”Kyllä semmoinen, että kertoo ja kenties näyttääkin jos on tarpeen ja tuntuu, ettei ole mennyt potilaan kaaliin.”

”Ihan käytännön konkreettisia niinkun näit tämmösiä niinkun esimerkkitapauksia.”

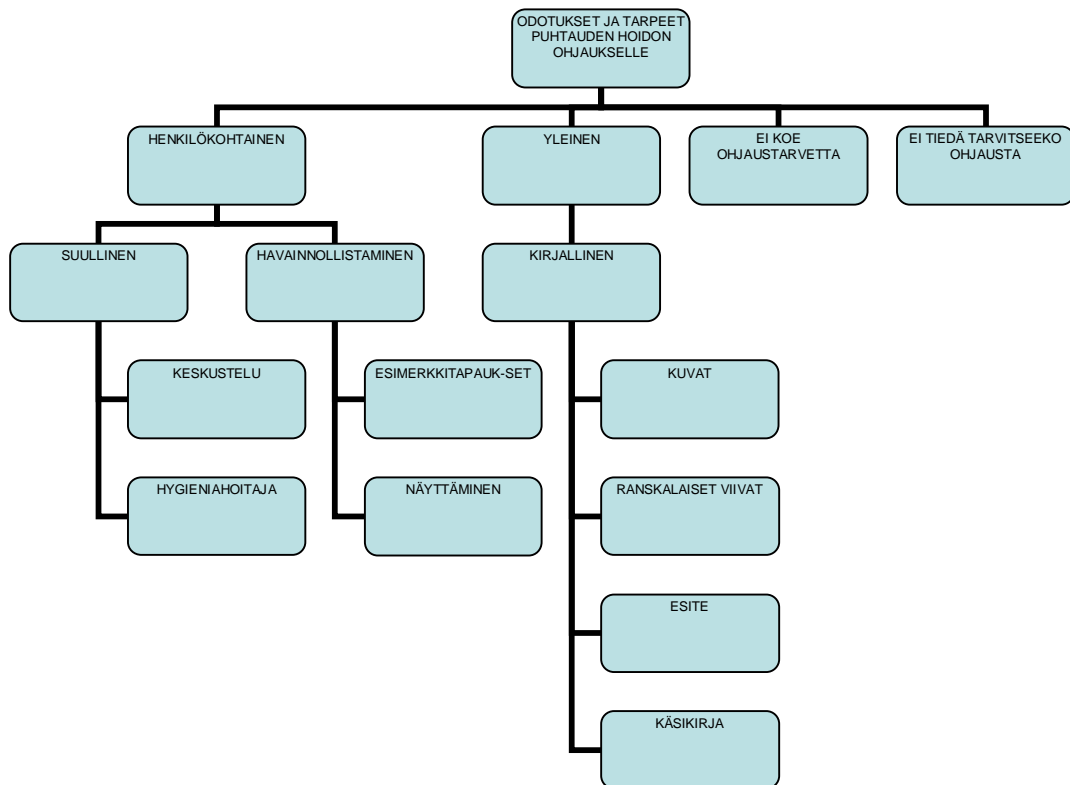
Vastaajien mielestä kirjallisen ohjauksen tulisi olla selkeää, lyhyttä ja ytimekästä. Esimerkkeinä mainittiin kuvien ja ranskalaisten viivojen käyttö sekä esitteet ja käsikirja.

”Ne jotka tulee alkukertoja tänne niin niille ei olisi pahitteeksi sellainen paperillakin oleva (tarkoittaa kirjallista esitettä).”

”No kuvallinen systeemi ennemmin.. se että emmä ainakaan jaksa lukee.. ja sitten toinen homma on se, että mitä vanhemmaksi tulee sitä huonommin näkee.”

”Esimerkiksi ranskalaisilla viivoilla kirjoitettaisiin silleen selkeästi.”

Pelkistimme haasteltavien puhtauden hoidon ohjauksen odotuksiin ja tarpeisiin liittyvät ilmaukset ja ryhmittelimme ne alakategorioihin: suullinen ohjaus, havainnollistaminen ja kirjallinen ohjaus. Alakategorioiden perusteella muodostimme yläkategoriat: henkilökohtainen, yleinen, ei koe ohjaustarvetta ja ei tiedä tarvitseeko ohjausta. Tästä saimme pääkategorian: odotukset ja tarpeet puhtauden hoidon ohjaukselle. (KUVIO 3.)



KUVIO 3. Puhtauden hoidon ohjauksen odotusten ja tarpeiden ryhmittely.

6 POHDINTA

6.1 Puhtauden hoito ja käsihygienia

Huolellisen hygienian toteuttamisen ja erityisesti käsien desinfiointimisen on jo aiemman tutkitun tiedon valossa todettu olevan tärkein toimenpide infektioiden ehkäisyssä hemodialyysipotilailla (Honkanen – Ratia 2005: 428–436). Haastattelujemme perusteella potilaiden tietämys puhtauden hoidosta on pääsääntöisesti hyvää, mutta joukossa oli kuitenkin poikkeuksia. Puutteita löytyi etenkin juuri käsihygienian määrittelyssä ja sen toteuttamisessa. Tämän osoittaa se, että kolme vastaajista ei liittänyt käsien desinfiointia osaksi käsihygieniaa. Tulokset potilaiden vaihtelevista tiedoista ja taidoista desinfektiohuvuhteen käytössä ja merkityksessä olivat samansuuntaiset kuin Marjale von Schantzin väitöskirjassa (2005).

Keskusteltaessa hemodialyysihoidon tuomista erityisvaatimuksista enemmistö haastatelluista kertoi kiinnostävänsä aikaisempaa enemmän huomiota puhtauden hoitoon tai ole-

vansa sen toteuttamisessa tarkempi. Vaikuttaa siis siltä, että potilaat ovat ymmärtäneet puhtauden hoidon merkityksen ja pyrkivät toteuttamaan sitä parhaansa mukaan. Kaikki haastatellut myös tiesivät, että puhtauden hoidon laiminlyönnin seurauksena voi saada vakaviakin infektioita. On todettu, että bakteeri-infektiot ovat hemodialyysipotilaiden kohdalla merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja (Himmelfarb 2005). On positiivista huomata, että potilaat tiedostivat vakavien komplikaatioiden ja huonon hygienian hoidon yhteyden.

Mielenkiintoinen tulos oli mielestämme se, että kaikki potilaat nostivat juuri käsien pesun erittäin tärkeäksi osaksi puhtauden hoitoa ja käsihygienian toteuttamista. Silvennoisen (2003) mukaan myös hoitohenkilökunta arvioi toteuttavansa käsihygieniaa enemmän pesemällä käsiä kuin desinfioimalla niitä. Tästä voisi päätellä, että potilaiden toiminta on peräisin hoitohenkilökunnan antamasta mallista. On todettu, että käsidesinfektio on riittävä toimenpide, jos kädet eivät ole näkyvästi likaantuneet. Lisäksi desinfiointiaineet sisältävät glyserolia, joka kosteuttaa ihoa. (Sairaalahygieniaohjeet 2007.) Tutkitun tiedon mukaan juuri liiallinen peseminen kuivattaa ihoa ja kuiva iho kutisee, minkä vuoksi olisikin tärkeää muistaa perusvoiteen käyttö (Honkanen – Ratia 2005: 428–436). Ihon kunnosta huolehtiminen, esimerkiksi rasvaamalla, kyllä mainittiin myös haastateluissa puhtauden hoitoon liittyvänä asiana, mutta vain muutaman vastaajan toimesta. Suurimmalle osalle haastatelluista käsihygienian toteuttaminen oli heidän mielestään itsestäänselvyys. Haastatelluista kävi kuitenkin ilmi, että harva toteuttaa käsihygieniaa tämänhetkisten suositusten mukaisesti, esimerkiksi vain muutama haastatelluista mainitsi käsidesinfektio- tai käsienpesutekniikan.

6.2 Potilasohjaus

Tulostemme mukaan enemmistö hemodialyysipotilaista koki saaneensa riittävästi ohjausta puhtauden hoidosta. Puhtauden hoito käsitteenä on rajaava aihe, ja varmasti tulokset olisivat hyvin erilaisia kysyttäessä hemodialyysipotilaiden ohjauksesta yleensä. Monet kokivat puhtaudesta ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen itsestään selväksi asiaksi, josta ei liiemmin ohjausta tarvitse. Positiivista on, että lähes kaikille haastatelluille oli ohjattu käsihygienian säännöllinen toteuttaminen ja haastatellut olivat ymmärtäneet käsihygienian tärkeyden.

Haastateltujen mainitsemista ohjausmenetelmistä merkittävimmin esiin nousi suullinen yksilöohjaus. Tämä tulos on yhtenevä Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauk-

sesta -tutkimusartikkelin kanssa (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005: 10–14), jossa todettiin hoitajien parhaiten hallitsemaksi ohjausmenetelmäksi juuri kyseinen ohjausmuoto. Hyvin harva haastatelluista toi esiin jonkin muun käytetyn ohjausmenetelmän kuin suullisen ohjauksen. Potilasohjaus on aihe, jota on tutkittu viime vuosina paljon, ja sitä on jatkuvasti pyritty kehittämään ja monipuolistamaan. Sairaanhoidtajien tulisikin hallita ja käyttää ohjausmenetelmiä monipuolisemmin ja valita ohjausmenetelmät yksilöllisesti jokaisen ohjattavan tarpeiden mukaan. Koulutusdialyysiosaston potilaat tähtäävät tulevaisuudessa koti- tai satelliittidialyysihoidon piiriin toteuttamaan hemodialyysihoitoa lähes itsenäisesti, joten ohjauksella on erittäin suuri merkitys näiden potilaiden elämässä.

Potilaat kokivat saadun ohjauksen hyvin subjektiivisesti. Se mitä hoitaja pitää ohjauksena, ei potilaan mielestä välttämättä ole ohjausta. Tämä ilmeni myös aineistostamme. Eräs haastatelluista totesi, että osastolla on kerrottu ja puhuttu puhtauden hoitoon liittyvistä asioista, mutta hän ei mieltänyt näitä keskusteluja ohjaukseksi. Hän oli sitä mieltä, ettei ollut saanut lainkaan ohjausta puhtauden hoidosta, vaikka todellisuudessa mahdollisesti olikin saanut. Kaikista haastatelluista yhteensä neljä oli sitä mieltä, että ei ole saanut lainkaan ohjausta puhtauden hoidosta. Huomattavaa on, että näihin neljään vastaajaan sisältyivät kaikki ne kolme vastaajaa, jotka eivät maininneet käsidesinfektiota käsihygieniasta keskusteltaessa.

Hyvän ohjauksen tunnusmerkkejä ovat ohjauksen suunnittelu ja arviointi, monipuolisesti hallittavat ohjausmenetelmät, yksilöllisesti valittujen ohjausmenetelmien käyttö ja soveltaminen ohjaustilanteessa sekä perehtyminen ohjattavan taustatekijöihin (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005: 27–28). Liian usein tyydytään siihen ohjausmenetelmään, johon on totuttu tai joka koetaan nopeimmaksi. Jokaista tapahtunutta ohjausta tulisi arvioida ja miettiä, miten voisi kehittää ohjausta vastaamaan paremmin potilaan tarpeita. Osa potilaista ei pidä kirjallisista ohjeista lainkaan, osa ei mahdollisesti näe lukea niitä ja osa haluaa käydä asiat keskustellen läpi.

Useat haastatelluista toivat esiin seikan, että puhtauden hoidon ohjaus oli sijoittunut hemodialyysihoitojen aloittamisajankohtaan. Olisi tärkeää kerrata potilaille ohjeita puhtauden ja käsihygienian hoidosta, sillä esimerkiksi sairaalahygieniaohjeita päivitetään jatkuvasti. Nämä päivitettyt ohjeet tulee ottaa käytännön hoitotyöhön mukaan sekä jakaa tietoa ohjeistuksista myös potilaille.

7 LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset muodostettiin aiemmin tutkitun tiedon pohjalta. Tutkimuskysymykset pysyivät suunnitelmavaiheesta lähtien ennallaan ja saadut tulokset vastasivat kysymyksiin hyvin. Koska tarkoituksena oli saada mahdollisimman kattavasti potilaiden käsitykset ja kokemukset esiin, teemahaastattelu menetelmänä sopi työllemme erinomaisesti. Teemahaastattelurunko muodostettiin tutkimuskysymysten ympärille, ja se palveli opinnäytetyömme tarkoitusta hyvin. Koska aihe oli meille uusi, se vaati huolellista perehtymistä tutkittuun tietoon. Tästä johtuen meillä ei myöskään ollut aiheesta ennakkokäsityksiä, jotka olisivat mahdollisesti heikentäneet tulosten luotettavuutta.

Aineisto kerättiin 15 haastateltavalta. Suhteutimme haastattelujen määrän opinnäytetyölle asetettuihin vaatimuksiin. Tulosten pohjalta aineiston saturointia oli kuitenkin jo havaittavissa 15 haastatteluun mennessä, minkä vuoksi tuloksia voidaan pitää luotettavina. Haastatteluihin osallistuneiden potilaiden valinta onnistui hyvin, koska koulutusdialyysiosaston henkilökunta oli etukäteen rekrytoinut haastatteluihin soveltuvat osallistujat. Haastattelujen toteutusta varten oli varattu riittävästi aikaa. Potilaiden osallistumista tuettiin tekemällä haastattelut hemodialyysin aikana. Tällöin heillä oli aikaa keskittyä haastatteluun, mikä osaltaan parantaa tulosten luotettavuutta.

Tuloksien analysoinnissa on koko ajan ollut mukana kolme henkilöä. Haastattelut tallennettiin nauhurille ja aineisto litteroitiin saman päivän aikana. Haastattelupäiväkirjasta poimittiin olennaiset asiat litteroidun aineiston tueksi. Näitä olivat sanattomat ilmaisut, kuten desinfiointipullojen osoittaminen, desinfiointitekniikan näyttäminen ja fistelikohdan osoittaminen. Kävimme aineiston huolellisesti, useaan otteeseen läpi, ja aineiston analysointi oli johdonmukaista. Etsimme systemaattisesti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistoa analysoitaessa pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin selkeät ja tarkat taulukot.

Tämä opinnäytetyö oli meille ensimmäinen kokemus tutkimuksellisen työn tekemisestä. Meillä ei myöskään ollut aikaisempaa kokemusta teemahaastattelurungon luomisesta eikä varsinaisten tutkimushaastattelujen tekemisestä. Teemahaastattelurunko arvioitiin Kirurgisen sairaalan asiantuntijapalaverissa ennen sen käyttöönottoa. Huomioimme palaverissa esiin tulleet kehittämis ehdotukset ennen haastattelujen toteuttamista. Teemahaastattelurunkoa ei esitettävä potilailla ennen haastattelujen suorittamista. Esitestauk-

sen avulla olisimme voineet kehittää haastattelurunkoa entistä paremmaksi. Olisimme mahdollisesti saaneet yksityiskohtaisempia vastauksia. Saadut tulokset vastasivat mielestämme kuitenkin hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Saadut tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten (von Schantz 2005; Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005; Routamaa – Hupli 2007) kanssa. Tulosten luotettavuutta saattaa heikentää se, että monet haastatelluista kertoivat hoitojen alussa saamistaan ohjauskokemuksista. Tällöin kulunut aika on saattanut vaikuttaa muistikuvien tarkkuuteen. Saatujen tulosten siirrettävyyttä vähentää se, että aineisto kerättiin yhden sairaalana yhdeltä osastolta.

Opinnäytetyö esittelee työn toteuttamisvaiheet yksityiskohtaisesti. Käytimme työssämme haastateltujen alkuperäisilmauksia suorina lainauksina havainnollistamaan saamiimme tuloksia. Työ on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Kaikki tarpeelliset dokumentit on esitetty tämän työn liitteinä.

8 EETTISYYS

Opinnäytetyömme on osa projektia Aseptiikan ja käsihygienian kehittäminen hemodialyysipotilaan hoitotyössä, ja olemme tehneet tiivistä yhteistyötä projektista vastaavan opettajan kanssa. Olemme käyneet aktiivisesti ohjauksessa kaikissa työn vaiheissa. Haimme tutkimuslupaa työllemme (liite 4) kesällä 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Medisiininen tulosyksikkö myönsi opinnäytetyöllemme tutkimusluvan 9.6.2008 (liite 5).

Haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Potilaiden suostumus varmistettiin kirjallisella suostumuslomakkeella (liite 3), jotka säilytetään projektin arkistossa. Lisäksi suostumus varmistettiin vielä suullisesti ennen jokaista haastattelua. Haastattelutilanteessa haastateltavien yksityisyys pyrittiin turvaamaan mahdollisimman hyvin, eristämällä haastattelutila sermien avulla muusta tilasta. Haastattelijat pysyivät haastattelutilanteissa objektiivisina, esittämällä tarkentavia kysymyksiä tuomatta omia mielipiteitä esiin. Näin haastateltaviin vaikuttaminen pyrittiin minimoimaan. Osallistujien vaivanäkö ja ajankäyttö pidettiin kohtuullisena. Litteroitu aineisto säilytetään projektin arkis-

tossa projektin kehittämisaineistona ja tullaan projektin päätyttyä hävittämään asianmukaisesti.

Eettisenä ongelmana voidaan pitää suorien lainausten käyttöä tulosten raportoinnissa. Haastateltavien tunnistaminen käyttämistämme alkuperäislainauksista on kuitenkin mahdotonta. Haastateltavien yksityisiä mielipiteitä tai asioita, jotka eivät ole olennaisia tulosten kannalta, ei ole raportoitu.

Opintojen kuluessa olemme sisäistäneet sairaanhoitajan työtä ohjaavat eettiset ohjeet, ja ne ovat vaikuttaneet myös opinnäytetyömme toteuttamiseen.

9 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Työmme tuloksien pohjalta olemme pohtineet, miten hemodialyysipotilaiden puhtauden hoidon ohjausta voitaisiin kehittää. Tulokset osoittavat, että lisäpanostaminen ohjaukseen puhtauden hoidon osalta olisi tarpeellista. Aiemmin tutkittu tieto osoittaa, että monipuolisempi ohjausmenetelmien käyttö olisi tärkeä kehittämiskohde hoitotyön ohjauksessa (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2005: 10–14). Työmme pohjalta merkittävä kehittämissuositus onkin laajempi ohjausmenetelmien käyttö ja niiden kehittäminen puhtauden hoidon ohjauksessa. Jokaisen potilaan kohdalla ohjausmenetelmä valitaan yksilöllisesti. Tärkeää olisi myös tarkistaa osastolla vallitsevat ohjauksikäytännöt. Tarkistuksessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti potilasohjauksen systemaattisuuteen, suunnitelmallisuuteen, tavoitteellisuuteen ja arviointiin. Ohjauksen tulisi näkyä myös päivittäisessä kirjaamisessa sekä hoitosuunnitelmissa.

Yksi keino ohjauksen toteuttamiselle on selkeä kirjallinen esite, jossa kaikki hemodialyysipotilaan puhtauden hoidon kannalta tärkeät asiat olisi kerrottu. Esitteestä tulisi selvittää puhtauden hoidon toteuttamisen ohjeet sairaalassa, kotona ja muussa ympäristössä. Kaikki yksittäiset toiminnot, joita sairaalassa noudatetaan, tulisi listata, kuten sukki- ja kenkien vaihto, käsihuuhteen käyttö ja hoitopöydän puhtaanapito. Esitteessä voisi lisäksi olla lyhyt kuvasarja käsien pesusta ja käsihuuhteen oikeaoppisesta käytöstä. Muualla kuin sairaalassa tarvittavaa ohjeistusta olisivat ohjeet käsihygienian toteuttamisesta kotona, julkisten saunojen ja uimahallien käytöstä, veritiekäden ihon hoidosta ja hygieniasta kotona. Tällainen esite tulisi jakaa kaikille jo hoidossa oleville sekä hoitoja

aloittaville. Uusien ohjeiden tiedottaminen potilaille saattaa helposti jäädä varjoon, koska hoitohenkilökunnalla on jo täysi työ pysyä ajan tasalla jatkuvasti muuttuvista hoitotyön ohjeistuksista.

Toinen keino monipuoliseen ohjausmenetelmien käyttöön puhtauden hoidon osalta on osaston oma hygieniasta vastaava hoitaja. Tämä hoitaja vastaisi oman osastonsa potilaiden hygieniatietämyksen ajan tasalla pysymisestä. Hän voisi säännöllisesti kerrata puhtauden hoitoa potilaiden kanssa ja kävisi puhtauden hoito-ohjeet läpi uusien potilaiden kanssa. Tämän lisäksi hoitaja kiinnittäisi erityishuomiota puhtauden hoidon ohjeisiin ja opastuksiin osaston seinillä, jotta myös ne palvelisivat ja muistuttaisivat potilaita mahdollisimman hyvin.

Kolmas kehittämissuosituksemme on hemodialyysipotilaille suunnattu video puhtauden hoidosta, koska tuloksista nousi esiin haastateltavien tarve havainnollistavalle ohjaukselle. Videossa pystyttäisiin kuvaamaan hyvinkin selkeästi ja konkreettisesti, miten osastolla tulisi toimia. Tämän lisäksi videon näyttäminen hoidon aikana olisi kohtuullisen vaivatonta ja helppoa. Luultavasti monet potilaista jaksaisivat katsoa videon, ja se olisi heille mielekästäkin hoidon aikana. Tällä tavoin säästettäisiin myös hoitajaresursseja, koska hoitajien yksilölliseen ohjaukseen käyttämä aika on nyky-yhteiskunnassamme melko rajallista.

LÄHTEET

- Berns, Jeffrey – Tokars, Jerome 2002: Preventing Bacterial Infections And Antimicrobial Resistance in dialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases* 40 (5). 886-898.
- Friman, Kaisa 2006: Kotihemodialyysi potilaan ja hänen omaistensa kokemana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Froio, Nicola – Nicastri, Emanuele – Comandini, Ubaldo Visco – Cherubini, Chiara – Felicioni, Roberto – Solmone, Mariacarmela – Di Giulio, Salvatore – Petrosillo, Nicola 2003: Contamination by Hepatitis B and C Viruses in the Dialysis Setting. *American Journal of Kidney Diseases* 42 (3). 546-550.
- Hart, Sarah 2007: Using an aseptic technique to reduce the risk of infection. *Nursing Standard* 21 (47). 43-48.
- Himmelfarb, Jonathan 2005: Core Curriculum in Nephrology: Hemodialysis Complications. *American Journal of Kidney Diseases* 45 (6). 1122-1131.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Honkanen, Eero – Albäck, Anders 2002: Dialyysin veritiet. *Duodecim* 118 (10). 1003-1013.
- Honkanen, Eero – Ekstrand, Agneta 2006: Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. *Suomen lääkirilehti* 15-16 (61). 1699-1703.
- Honkanen, Eero – Ratia, Marja 1999: Dialyysihoitoon liittyvät infektiot. Teoksessa Hellstén, Soile (toim.): *Infektioiden torjunta sairaalassa*. Suomen kuntaliitto. Porvoo: WSOY. 428-436.
- Korhonen, Eila-Sisko – Rekola, Leena – Ruotsalainen, Taru – Maaranen, Kaisa 2008: Aseptiikan ja käsihygienian kehittäminen hemodialyysipotilaan hoitotyössä. Projektisuunnitelma. Metropolia ammattikorkeakoulu, Turun yliopisto.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Edita: Helsinki.
- Kääriäinen, Maria – Lahdenperä, Tiina – Kyngäs, Helvi 2005: Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3 (3). 27-31.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005: Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1). 10-15.
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällön analyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY: Helsinki. 21-43.
- Malmström, Rajja – Muroma-Karttunen, Riitta – Honkanen, Eero 2005: Kotihemodialyysin uusi aikakausi Suomessa. *Suomen lääkirilehti* 60 (1). 57-62.

- Routamaa, Marianne – Hupli, Maija 2007: Käsihygienia hoitotyössä. Suomen lääkäri-lehti 62 (24). 2397-2401.
- Routio, Pentti 2007: Ammattien tiede. Tuotteiden ja palvelujen tutkimus ja kehittäminen. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.5.2007. <<http://www2.uiah.fi/projects/metodi/kirja.doc>>. Luettu 27.10.2008.
- Sairaalahygieniaohjeet 2007. Käsihygienia. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.5.2007. <http://intra.hus.fi/content_list.aspx?path=6534,6633,20693>. Luettu 13.11.2008.
- Von Schantz, Marjale 2005: Sairaalainfektioiden torjunta hoitotyön toimintona. Hoitotyön opiskelijoiden, hoitotyöntekijöiden sekä potilaiden tiedot ja käsitykset. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Silvennoinen, Eija 2003: Käsihygienia terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 7 (58). 763-767.
- Suomen munuaistautirekisteri – Vuosiraportti 2006. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.11.2007. <<http://www.musili.fi/fin/munuaistautirekisteri>>. Luettu 19.3.2008.
- Tamminen, Minna 2001: Munuaiskorvaushoidot tänään. Verkkodokumentti. Päivitetty 12.4.2001. <<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/010412.htm>>. Luettu 12.2.2008.
- Wingard, Rebecca 2005: Patient education and the nursing process: Meeting the patients needs. Nephrology Nursing Journal 32 (2). 211-215.
- Wöttke, Marja 2007: Moniammatillisuus ja yhteistyö hemodialyysipotilaan hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

HAASTATTELUN TEEMA-ALUEET

TEEMA 1

HEMODIALYYSIPOTILAIDEN PUHTAUDEN HOITO

Apukysymykset:

- Mitä asioita yhdistät puhtauden hoitoon?
- Miten toteutat puhtauden hoitoa?
- Mitä käsihygienia mielestäsi tarkoittaa?
- Miten toteutat käsihygieniaa jokapäiväisessä elämässä?
- Mitä erityisvaatimuksia hemodialyysihoito luo puhtauden hoitoon?
- Miksi puhtauden hoito on tärkeää?
- Mitä voi seurata huonosta puhtaudenhoidosta?

TEEMA 2

KOKEMUKSET PUHTAUDEN HOIDON OHJAUKSESTA

Apukysymykset:

- Mitä puhtauden hoidosta on ohjattu?
- Miten ohjaus toteutettiin?
- Mitkä asiat koit hyväksi ohjauksessa?
- Mitkä asiat huononsivat ohjausta?
- Miten hyvin saamasi puhtauden hoidon ohjaus palveli tarpeitasi?

TEEMA 3

ODOTUKSET HYGIENIAN JA PUHTAUDEN HOIDON OHJAUKSELLE

Apukysymykset:

- Minkälainen ohjaus on mielestäsi hyvää?
- Minkälaista ohjausta haluaisit lisää puhtauden hoidossa?
- Minkälaista ohjausta et koe tarpeelliseksi liittyen puhtauden hoitoon?

LIITE 2

Hyvä vastaanottaja

Opiskelemme Helsingin ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä osana Aseptiikan ja hygienian kehittäminen hemodialyysipotilaan hoitotyössä –projektia. Projekti toteutetaan yhteistyössä Helsingin ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin nefrologian klinikan kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hemodialyysipotilaiden ohjaustarpeita, kokemuksia sekä odotuksia puhtauden hoidon ohjaukselta. Työllemme on myönnetty HUS:n eettisen lautakunnan tutkimuslupa. Pyydämme Teitä osallistumaan haastatteluun. Kokemuksenne on tärkeää saada tietoon, jotta työmme tuloksia voidaan käyttää hemodialyysipotilaiden puhtauden hoidon ohjauksen kehittämiseen. Aineisto kerätään haastattelulla, joka luvallanne nauhoitetaan. Haastattelut toteutetaan Kirurgisen sairaalan koulutusdialyysiosastolla hoitonne aikana, elokuussa viikoilla 34 ja 35. Haastattelu kestää noin puoli tuntia.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja se on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelussa saamamme aineisto käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Opinnäytetyössämme käytämme suoria lainauksia, mutta niin, ettei Teidän henkilöllisyyttä voi tunnistaa. Pyydämme, että palautatte oheisen suostumuslomakkeen koulutusdialyysiosaston henkilökunnalle, joka toimittaa ne edelleen meille. Yhteystietoja käytetään vain haastatteluajankohdan sopimiseen ja ne hävitetään työn valmistuttua.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut työllemme myönteisen lausunnon. Työtämme ohjaa lehtori Eila-Sisko Korhonen (puh. xx xxx xx xxx) Helsingin ammattikorkeakoulusta.

Vaivannäöstänne etukäteen kiittäen

Laura Franssila
Puh. xxx xxx xxxx
laura.franssila@edu.stadia.fi

Mia-Riitta Lehtonen
Puh. xxx xxx xxxx
mia-riitta.lehtonen@edu.stadia.fi

Annina Haapala
Puh. xxx xxx xxxx
annina.haapala@edu.stadia.fi

POTILAAN SUOSTUMUSLOMAKE

Opinnäytetyö

HEMODIALYYSIPOTILAIDEN OHJAUSTARPEET HYGIENIAN JA PUHTAUDEN HOIDOSSA

Minua on pyydetty osallistumaan edellä mainittuun työhön. Minulle on selvitetty työn tarkoitus ja toteutus. Ymmärrän, että työhön osallistuminen on vapaaehtoista. Tiedän, että minulla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa, syytä ilmoittamatta. Antamani tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille eikä minua hoitavalle terveydenhuoltohenkilöstölle. Henkilötietoni eivät saa olla tunnistettavissa työn missään vaiheessa. Yhteystietojani saa käyttää ainoastaan haastatteluajankohdan sopimiseksi.

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön ja annan yhteystietoni haastatteluajankohdan sopimiseksi.

_____ .____.2008
Paikka Pvm

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Osoite

Puhelinnumero

Dialyysihoitojeni ajankohdat elokuussa viikoilla 34 ja 35

LIITE 4

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hyvä vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Helsingin ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyötä hemodialyysipotilaiden ohjaustarpeista hygienian ja puhtauden hoidossa. Työmme on osa Aseptiikan ja hygienian kehittäminen hemodialyysipotilaan hoitotyössä –projektia. Projekti toteutetaan yhteistyössä Helsingin ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin nefrologian klinikan kanssa. Haemme tutkimuslupaa opinnäytetyömme toteuttamiselle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hemodialyysipotilaiden ohjaustarpeita, kokemuksia sekä odotuksia puhtauden hoidon ohjaukselta. Toteutamme opinnäytetyömme tiedonkeruuvaiheen teemahaastattelujen avulla. Haastateltavat, 15-20 henkilöä, ovat Kirurgisen sairaalan koulutusdialyysiyksikön potilaita. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun kehitetään uusia ohjausmalleja ja toimintatapoja hemodialyysipotilaiden hoitotyöhön. Pyrimme laatimaan työstämme käytännönläheisen, jotta se palvelisi hoitohenkilökuntaa mahdollisimman hyvin. Tavoitteenamme on saada mahdollisimman kattava käsitys potilaiden tiedoista, taidoista ja odotuksista liittyen hygienian ja puhtauden hoitoon ja sen ohjaukseen. Tämän pohjalta nostamme esiin potilaiden ohjaustarpeet aseptiikan ja hygienian hoidossa. Näiden avulla ohjauksen kehittäminen potilaslähtöisempään suuntaan on mahdollista. Opinnäytetyömme on määrä valmistua syksyn 2008 aikana.

Opinnäytetyötämme ohjaavat Helsingin ammattikorkeakoulusta lehtori Eila-Sisko Korhonen ja yliopettaja Leena Rekola sekä Kirurgisesta sairaalasta ylihoitaja Elli Löflund.

Ystävällisesti,

Helsingissä 28.4.2008 Laura Franssila Mia-Riitta Lehtonen Annina Haapala

LIITE 5

	HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS-sairaanhoitoalue 2008 Medisiininen tulosityksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 56 09.06.2008	31 Dnro 105/2008
Hakija	Sh-opiskelijat Laura Franssila, Annina Haapala ja Mia-Riitta Lehtonen Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia Sosiaali- ja terveysala Tukholmankatu 10,		
Esittelijä	Johtava ylihoitaja Ulla Eriksson		
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN OPINNÄYTETYÖLLE "HEMODIALYYSIPOTILAIDEN OHJAUSTARPEET HYGIENIAN JA PUHTAUDEN HOIDOSSA" HUS-VASTUUHENKILÖ YLIHOITAJA ELLI LÖFLUND		
Perustelut	Tämä opinnäytetyö on osa HYKS Medisiinisen tulosityksikön Nefrologian ja Infektiosairauksien klinikan sekä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian Hoidotyön ja ensihoidon koulutusohjelman yhteistyöprojektia, jonka tarkoituksena on kehittää hemodialyysipotilaan hoidon aseptiikkaan ja käsihygieniaan parhaan hoitokäytännön toimintamalli ja arviointimittareita. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat THM, lehtori Eila-Sisko Korhonen ja FT, yliopettaja Leena Rekola Stadiasta. HUS-vastuuhenkilöksi on lupautunut ylihoitaja Elli Löflund.		
Päätös	Edellä olevan mukaan päätän, että sh-opiskelijoille Laura Franssila, Annina Haapala ja Mia-Riitta Lehtonen myönnetään lupa esitetyille kyselytutkimukselle Hyks Kirurgisen sairaalan Nefrologian klinikan koulutusdialyysiyksikön potilaille ajalle 1.8.2008 - 30.11.2008.		
Ehdot	Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa lyhyt yhteenveto johtava ylihoitaja Ulla Erikssonille sekä ylihoitaja Elli Löflundille.		
Sovelletut oikeusohjeet	HUS Yleiskirjeet 22/2000 Tutkimuslaki 488/1999; muutos 2004 Henkilötietolaki 523/1999		
Päätösvallan peruste	Hallintosäätö §20, HYKS-sairaanhoitoalueen johtajan päätösvallan siirto §27/2008 Reijo Tilvis Vastaava ylilääkäri, EVO tutkimus, klinikkaryhmä 5, HYKS Sisätaudit		
Diaarinumero	105/2008		
Tiedoksi	Sh-opiskelija Laura Franssila Ylihoitaja Elli Löflund Johtava ylihoitaja Ulla Eriksson Klinikan ylilääkäri Eero Honkanen		
Lähetetty tiedoksi	12 / 6/ 2008		
Lisätietoja antaa	Toimistosiht. Marja Tolonen, puh . 471 71474, PL 340, 00029 HUS		