

POTILASTYYTYVÄISYYSKYSELY PERITONEAALIDIALYYSIPOTILAILLE

Kristiina Sirkka

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Kristiina Sirkka	
Työn nimi Potilastyytyväisyyskysely peritoneaalidialyysipotilaille	
Päiväys	28.4.2012
Sivumäärä/Liitteet	54/6
Ohjaaja(t) Lehtori Erja Tengvall (TtT)	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS)/Dialyysiosasto	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää peritoneaalidialyysipotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Tehtävänä oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä kivunhoitoon, potilasohjaukseen ja tiedon- saantiin, henkilökunnan ammatillisiin valmiuksiin ja sitä kautta koettuun turvallisuuteen. Tutkimuk- sen tavoitteena on kehittää peritoneaalidialyysipoliklinikan toimintaa potilaiden näkökulmasta.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli 33 valmista vastausvaihtoehtoa sisältävää monivalinta- kysymystä sekä yksi avoin kysymys. Tutkimuksen kohteena olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan dialyysiosaston peritoneaalidialyysihoidossa olevat potilaat. Kyselyyn vastasi 14 potilasta, joista naisia oli neljä ja miehiä kymmenen. Tulokset analysoitiin Webropol 2.0 ohjelman avulla.</p> <p>Potilaat olivat tyytyväisiä dialyysiosaston henkilökunnan ammattitaitoon ja osastolla saamaansa hoitoon sekä luottivat sairaanhoitajiin ja lääkäreihin. Potilaat kokivat hoidon turvalliseksi ja olivat saaneet henkilökunnalta tukea ja kannustusta omatoimisuuteen dialyysihoidon suhteen. Tyytymät- tömyyttä herättivät dialyysiosaston ja hoitoympäristön tilat sekä mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tutkimuksen tulosten mukaan omaisille ja läheisille ei ole annettu tarpeeksi sairauteen liittyvää tietoa. Ravitsemukseen, taloudellisiin tukimuotoihin ja liikuntaohjauk- seen liittyvää tietoa ja kirjallisia hoito-ohjeita oli annettu myös potilaiden mielestä liian vähän. Avoimessa kysymyksessä toivottiin parannusta ja pysyvyyttä peritoneaalidialyysipoliklinikan vas- taanottotiloihin sekä enemmän aikaa lääkärin vastaanotolle.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Kuopion yliopistollisessa sairaalassa peritoneaali- dialyysipotilaiden hoitotyön kehittämisessä.</p>	
Avainsanat potilastyytyväisyys, hoidon laatu, peritoneaalidialyysi, turvallisuus, kivunhoito, potilasohjaus, henki- lökunnan ammatilliset valmiudet	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Kristiina Sirkka			
Title of Thesis Satisfaction survey for peritoneal dialysis patients			
Date	28.4.2012	Pages/Appendices	54/6
Supervisor(s) Senior Lecturer Erja Tengvall (PhD)			
Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital (KUH)/Dialysis unit			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the study was to survey patient satisfaction from patients undergoing peritoneal dialysis. The aim was to chart patient satisfaction in pain management, patient guidance and the information received by patients, professional abilities of health care personnel and patients' sense of security through these skills. The goal for the study was to develop procedures in peritoneal dialysis clinic with the patient view in mind.</p> <p>The study was done using the quantitative research method. The material was collected with a structured questionnaire, which had 33 multiple choice questions and one open question. The focus of the study was on patients undergoing peritoneal dialysis at the Kuopio University Hospital. 14 patients answered the questionnaire, four of them were female and ten of them were male. The results were analysed using the Webropol 2.0-programme.</p> <p>The patients were satisfied with the expertise of the health care professionals in the dialysis unit. They were pleased with the quality of care provided and had confidence in both nurses and doctors in the unit. The patients felt the care provided was safe and they had received support and encouragement in self-management regarding dialysis treatment. Factors arousing dissatisfaction were the facilities in dialysis unit and treatment rooms and the lack of opportunities to take part in decision making regarding their treatment. According to the research the patients' relatives were not given enough information regarding the illness. Also the patients stated that information about nutrition, financial support methods and physical guidance, in both verbal and written form were lacking. In the open questions patients wished improvement and stability in the reception facilities of the peritoneal dialysis clinic and more time during the doctors' appointments.</p> <p>The results of the study can be used in developing the care of the peritoneal dialysis patients of the Kuopio University Hospital.</p>			
<p>Keywords patient satisfaction, quality of care, peritoneal dialysis, security, pain management, patient guidance, health care professional abilities</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Dialyysihoidon valitsevuus ja ilmaantuvuus	7
2.2	Peritoneaalidialyysi	11
2.3	Potilastyytyväisyys ja hoidon laatu	13
2.4	Potilasturvallisuus	16
2.5	Kivun hoito	19
2.6	Potilasohjaus, tiedon saanti ja henkilökunnan ammatilliset valmiudet	21
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	25
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	26
4.1	Kvantitatiivinen tutkimus	26
4.2	Aineiston keruu ja kyselylomake	26
5	TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1	Vastaajien taustatiedot.....	30
5.2	Hoidon turvallisuus	31
5.3	Lääkehoito ja kivunhoito	33
5.4	Tiedonsaanti ja potilasohjaus.....	33
5.5	Henkilökunnan ammatilliset valmiudet.....	35
5.6	Vastaajien palaute dialyysiosaston toiminnan kehittämiseksi.....	37
6	POHDINTA	38
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelua.....	38
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	41
6.3	Opinnäytetyöprosessin eteneminen ja oma ammatillinen kasvu	43
6.4	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet	44
	LÄHTEET	46

LIITTEET

Liite 1 Potilastyytyväisyyskysely kyselylomake

1 JOHDANTO

Munuais- ja maksaliitto ry on julkaissut munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit Suomessa. Suomen Nefrologiyhdistys ja Munuaisalan sairaanhoitohenkilöstö ovat antaneet lausunnon kriteereistä. Kriteerien mukaan munuaispotilaan hyvä hoito perustuu voimassa olevaan lainsäädäntöön potilaan kansalliset ja kansainväliset laatukriteerit täyttävästä tasavertaisesta ja asiantuntevasta hoidosta. Hyvässä hoidossa on tärkeää, että asiantuntijoiden antama ohjaus tukee potilaan valmiutta suunnitella ja toteuttaa omaa hoitoaan. Hyvään hoitoon kuuluu, että potilaan läheiset ja perheenjäsenet ovat mukana hoidossa potilaan tarpeiden mukaisesti ja tilanteen mahdollistavalla tavalla. (Munuais- ja maksaliitto ry 2012.)

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen peritoneaalidialyysipoliklinikkatoiminta on keskitetty Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) dialyysiosastolle. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää peritoneaalidialyysipotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Tehtävänä oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä kivunhoitoon, potilasohjaukseen ja tiedonsaantiin, henkilökunnan ammatillisiin valmiuksiin ja sitä kautta koettuun turvallisuuteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää peritoneaalidialyysipoliklinikan toimintaa potilaiden näkökulmasta.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön strategian 2008–2012 yksi näkökulmista on asiakaslähtöisyys. Strategian mukaan potilaan hoitoprosessia tulisi suunnitella, toteuttaa ja arvioida yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Strategian eettisten periaatteiden mukaan ihmisarvon kunnioittamisen tulee ilmetä potilaan hyvänä kohteluna sekä hoidon ja palvelujen inhimillisyytenä. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2008.) KYSin ja Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen vuonna 2006 aloittaman yhteisen Magneettisairaalahankkeen perusideana on, että potilaat tulisivat sairaalaan mielellään ja kokisivat sen toimivaksi ympäristöksi. Asiakasnäkökulmasta katsottuna tärkeitä asioita ovat muuan muassa tyytyväisyys, laadukas kivun hoito ja potilasohjaus. (Partanen ym. 2008, 69–88.)

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Dialyysihoidon valitsevuus ja ilmaantuvuus

Munuaisten vajaatoiminta on etenevä sairaus. Munuaisten vajaatoimintaa hoidetaan ruokavaliolla ja lääkkeillä sekä dialyysihoidoilla ja munuaisensiirrolla. Toimintakykyä voidaan lisäksi tukea liikuntaohjauksella. Hoidon eri vaiheissa on tärkeää ottaa huomioon potilaan psyykinen ja sosiaalinen tukeminen. Potilas tarvitsee dialyysia eli keinomunuaishoitoa, jos munuaisten toiminta heikkenee niin paljon, että kehon neste-tasapaino ja puhdistustoiminta ovat vaarassa. Dialyysihoito tarkoittaa veren puhdistamista ylimääräisistä kuona-aineista, suoloista ja nesteistä. Vaikeaa kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien dialyysihoito on monin tavoin kehittynyt. Tämä on osaltaan merkittävästi lisännyt tässä hoidossa olevien määrää. (Kauppinen 2006, 144.) Dialyysihoito auttaa munuaisten vajaatoiminnan aiheuttamiin oireisiin, kuten väsymykseen, pahoinvointiin ja ihon kutinaan. Lisäksi dialyysihoidon tavoitteena on ehkäistä lisäsairauksien syntymistä sekä parantaa potilaan elämänlaatua ja auttaa häntä elämään mahdollisimman normaalia elämää dialyysiajan ulkopuolella. (Munuais- ja maksaliitto ry 2010; Alahuhta, Hyväri, Linnanvuori, Kylmäaho & Mukka 2008, 64.)

Lääkehoidon ja dialyysihoidojen kehittyessä munuaisensiirrot eivät ole merkittävästi lisääntyneet. Yhä kasvava osa uusista dialyysipotilaista jää elinsiirtojen ulkopuolelle ja viettää jäljellä olevan elämänsä dialyysipotilaana. Siirtotoiminta ei voi tulevaisuudessa ratkaista ikääntyvien potilaiden munuaistaudin hoitoa. (Munuais- ja maksaliitto ry 2011a.) Kaikki potilaat eivät voi saada munuaisensiirrettä, joten dialyysihoidojen kehittäminen on tärkeä tavoite tulevaisuudessa. Munuaisensiirto on kuitenkin pitkällä aikavälillä huomattavasti halvempi hoito kuin dialyysi, ja se kuormittaa potilasta vähemmän. Munuaisensiirtojen määrän merkittävä lisääminen edellyttää sitä, että tulevaisuudessa munuaisten saadaan entistä useammin elävältä luovuttajalta. (Finne, Honkanen & Grönhagen-Riska 2006, 193–194.)

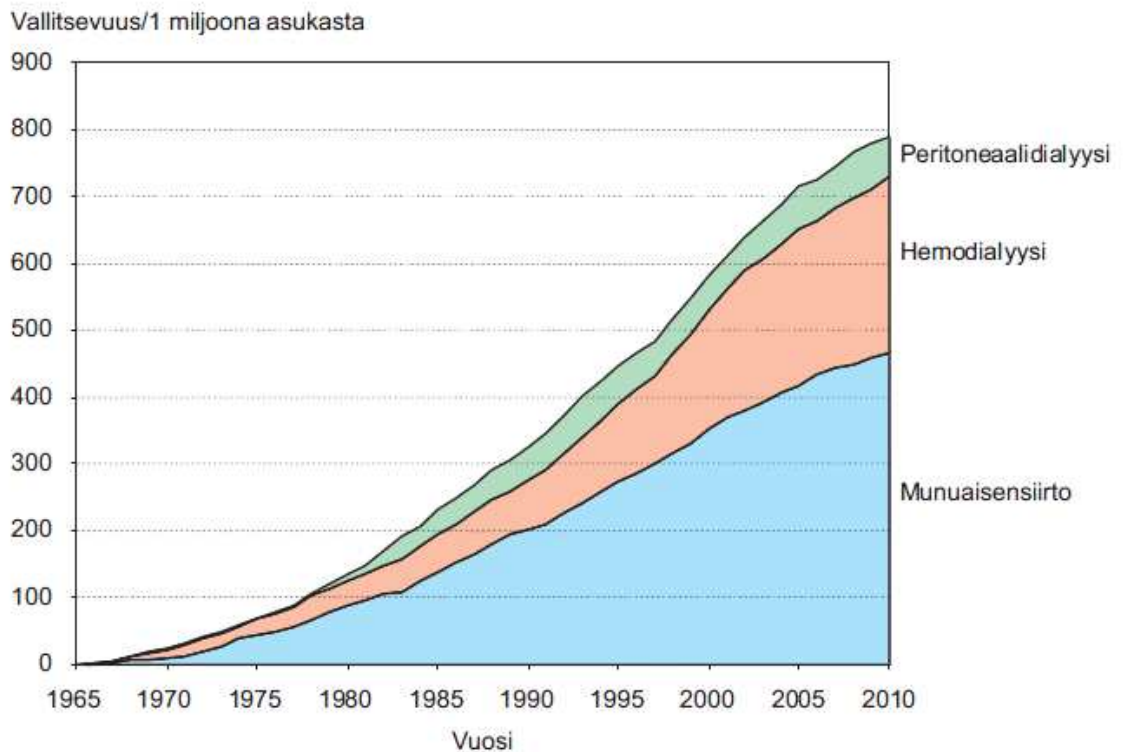
Dialyysihoidotyön tarve on kasvanut tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kasvu johtuu kroonista uremiaa sairastavien potilaiden määrän lisääntymisestä. Syinä sairastavuuden kasvuun on väestön lisääntynyt sairastavuus aikuistyyppin diabetekseen, väestön pidentynyt elinikä, uremian hoidon kehittyminen ja munuaisensiirto-toiminnan vähäisyys. Pitkälle edennyttä munuaisten vajaatoimintaa voidaan hoitaa

joko konservatiivisesti tai aktiivisesti. Aktiivihoitomuodot ovat hemodialyysi eli veriteitse tehtävä hoito, peritoneaalidialyysi eli vatsakalvodialyysi ja munuaisensiirto. (Kuo- hula 2008, 6.) Dialyysihoidot ovat monipuolistuneet ja parantuneet monin tavoin, ja niiden sekä oikean lääke- ja ruokavaliohoidon avulla monet potilaat voivat elää lähes normaalia elämää jopa vuosikymmeniä. (Honkanen & Ekstrand 2006, 1699–1704).

Munuaisten vajaatoiminnan aktiivihoidon prevalenssiin vaikuttavat hoitoon tulevien potilaiden määrä ja hoidossa olevien kuolleisuus. Kuolleisuuteen vaikuttavat ikä, mu- nuaistaudin diagnoosi ja hoidon laadun muutokset. Aktiivihoidon tulevien potilaiden määrään vaikuttavat esimerkiksi väestön ikärakenne ja diabeteksen yleisyys. Suuren- tuneet potilasmäärät munuaisten vajaatoiminnan hoidossa nostavat voimakkaasti myös terveydenhuollon kustannuksia. (Finne ym. 2006, 193–195.)

Uusien dialyysipotilaiden määrä on kasvanut yli puolitoistakertaiseksi 10 viime vuo- den aikana. Aktiivihoidon saavien potilaiden määrä on kasvava (50 % kymmenessä vuodessa), vaikka kasvu Suomessa näyttää 2000-luvulla taittuneen ja vakiintuneen hieman alle sataan potilaaseen miljoonaa asukasta kohden. Suomen munuaistautire- kisterin laskelmien mukaan noin 5 %:n ilmaantuvuuden kasvuvauhdilla vuonna 2015 dialyysipotilaita on noin 500 potilasta miljoonaa asukasta kohden. Dialyysipotilaiden määrä saattaa pahimmassa tapauksessa kaksinkertaistua seuraavan vuosikymme- nen aikana, vaikka ilmaantuvuus ei Suomessa suurene. (Metsärinne 2006, 1713– 1715.)

Suomen munuaistautirekisterin mukaan peritoneaalidialyysihoidon vallitsevuus 2000- luvulla on kasvanut 29 prosenttia, hemodialyysihoidon vallitsevuus 55 prosenttia ja munuaisensiirtojen vallitsevuus 38 prosenttia. Vuoden 2010 lopussa hemodialyysipo- tilaiden osuus kaikista potilaista oli 33 prosenttia ja peritoneaalidialyysipotilaiden osuus 8 prosenttia. Munuaisensiirtopotilaiden osuus kaikista aktiivihoitopotilaista on jo 25 vuoden ajan vaihdellut välillä 58–63 prosenttia. (Kuvio 1.)



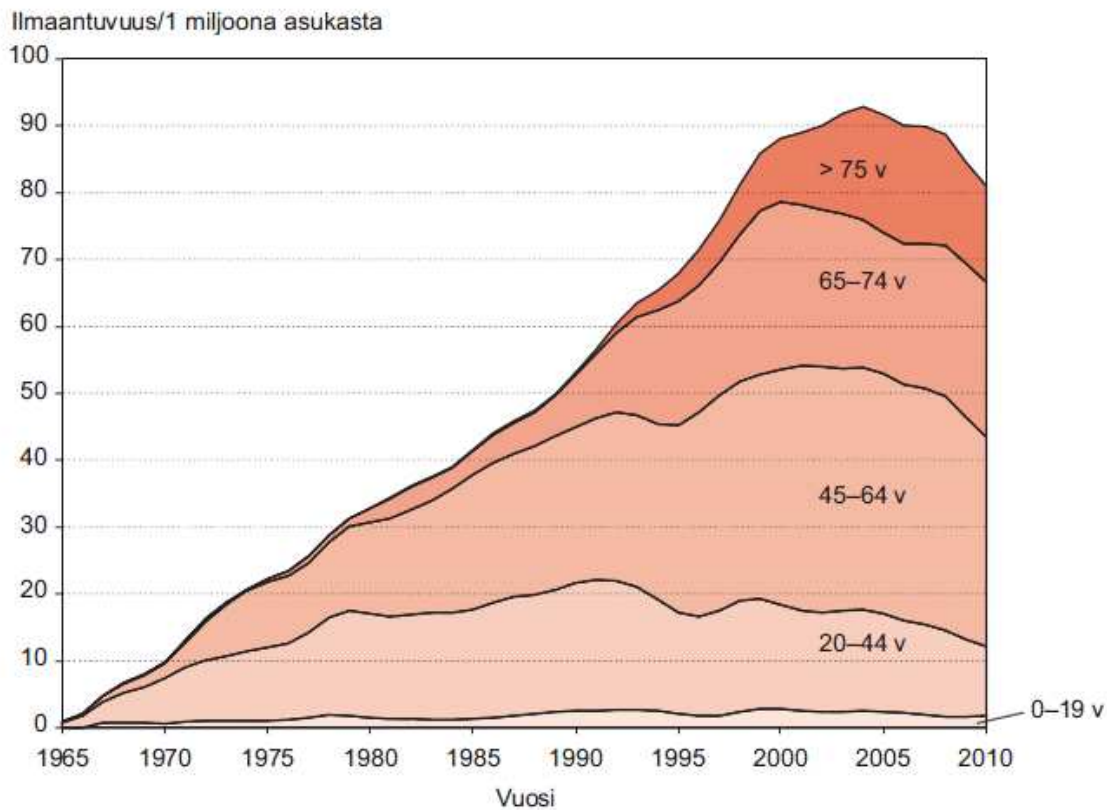
KUVIO 1. Aktiivihoidon vallitsevuus vuoden 2010 lopussa hoitomuodoittain (Suomen munuaistautirekisteri 2010)

Sahan (2008, 3659–3663) mukaan ikä ei saa olla keskeinen kriteeri, kun tehdään päätöksiä kroonisen munuaistaudin hoidosta. Monet vanhuspotilaat pärjäävät dialyysihoidossa erinomaisesti. Munuais- ja maksaliitto ry:n hyvän hoidon kriteereissä mainitaan, että dialyysihoidoa tulee tarjota potilaalle aina, kun se on lääketieteellisesti perusteltua ja potilas todennäköisesti hyötyy siitä. Dialyysihoidolla saavutettu hyöty voi olla vähäinen, jos potilaalla on useita liitännäissairauksia ja huono toimintakyky. Tällöin lääkärin on yhdessä potilaan ja omaisten kanssa punnittava myös konservatiivista hoitoa hyvänä vaihtoehtona. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä tulee Suomessa kasvamaan 21 prosenttiin vuonna 2015 ja 26 prosenttiin vuonna 2030. (Tilastokeskus 2009).

Aktiivihoidoihin eli dialyysiin tai munuaisensiirtoon siirrytään tapauskohtaisesti, mutta yleensä riittävän alkuvaiheessa aloitetut dialyysihoidot parantavat potilaan ennustetta. Korkea ikä ei yksinään ole este dialyysihoidoille. Periaatteena on, että potilaalla pitää olla edellytykset mielekkääseen elämään eikä dialyysi saa aiheuttaa esimerkiksi potilaan laitostumista. Dialyysihoidot ovat kuitenkin viime vuosina kehittyneet siinä määrin, että yhä sairaampia potilaita voidaan ottaa dialyysihoidon. Lopullisen pää-

töksen dialyysihoidon aloittamisesta tekee nefrologi tai muu munuaispotilaiden hoidosta vastaava erikoislääkäri. (Vauhkonen & Holmström 2005, 461–464.)

Kuviossa 2 esitetään aktiivihoidon ilmaantuvuus ikäryhmittäin. Ilmaantuvuus on 45–74 vuotiailla kääntynyt vuosituhannen vaihteen jälkeen pieneen laskuun. Yli 74-vuotiailla ilmaantuvuuden kasvu pysähtyi muutaman vuoden myöhemmin. Alle 45-vuotiailla ilmaantuvuus on pysynyt lähes muuttumattomana kolme vuosikymmentä, mutta viime vuosina havaitaan ilmaantuvuuden vähentyneen. (Suomen munuaistautirekisteri 2010).



KUVIO 2. Aktiivihoidon ilmaantuvuus ikäryhmittäin 1965–2010 (Suomen munuaistautirekisteri 2010)

Yhteenvedon voidaan todeta, että suurin haaste lähivuosina terveydenhuollossa on väestön vanheneminen. Dialyysihoidossa olevien potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti, mutta kasvu on hidastunut viime vuosina. Dialyysipotilaiden kuolleisuus on kuitenkin pienentynyt, ja jos tämä kehitys jatkuu dialyysipotilaiden määrä kasvaa tulevaisuudessa nopeammin.

2.2 Peritoneaalidialyysi

Peritoneaali- eli vatsakalvodialyysi on yleensä täysin omatoiminen tai avustettu, kotona tapahtuva hoitomuoto, joka on helppo oppia ja toteuttaa. Peritoneaalidialyysihoitoa käytetään myös laitoksissa. Peritoneaalidialyysihoito ei sido henkilökuntaa ja potilaat voivat joustavasti toteuttaa hoitoaan määrittelemällä dialyysin keston, määrän ja toteuttamisajankohdan omien tarpeidensa ja tilanteensa mukaan. Peritoneaalidialyysi voidaan toteuttaa CAPD-hoitona (jatkuva omatoiminen peritoneaalidialyysi) tai APD-hoitona (dialyysikoneen avulla). Kone voidaan ohjelmoida toteuttamaan hoito yön aikana, joten potilas voi käydä työssä tai opiskella normaalisti päivän aikana. Munuaisten jäljellä oleva toimintakyky säilyy peritoneaalidialyysipotilailla pidempään. Lisäksi peritoneaalidialyysipotilaiden elämänlaatu on osoittanut paremmaksi kuin hemodialyysipotilaiden, eivätkä potilaat ole riippuvaisia sairaalan aikatauluista. Peritoneaalidialyysihoito on myös edullisempi kuin sairaalassa tehtävä hemodialyysi. Peritoneaalidialyysihoito on hyvä hoito sydänpotilaille ja diabeetikoille. (Honkanen & Ekstrand 2006, 1699–1704.)

Peritoneaalidialyysihoito vaatii terveydenhuoltojärjestelmältä vähemmän resursseja kuin hemodialyysihoito. Hoitohenkilökuntaa, investointeja tiloihin ja laitteisiin tarvitaan vähemmän, koska potilaat toteuttavat hoitoa kotonaan ja tekevät polikliinisia seurantaikäyntejä sairaalaan 4–6 viikon välein. Peritoneaalidialyysiin liittyy etuja suhteessa hemodialyysihoitoon. Oma munuaisten toiminta säilyy pitempään, hoito on hemodynaamisesti vakaampaa, myöskään veritietä eikä antikoagulaatiota tarvita. Peritoneaalidialyysi soveltuu erinomaisesti aktiivisille henkilöille, joilla ei ole merkittäviä liitännäissairauksia ja joilla on mahdollisuus saada munuaissiirre. Peritoneaalidialyysihoito on hyvä vaihtoehto useimmille potilaille ensimmäiseksi hoitomuodoksi, apuvälineiden turvin se soveltuu myös näkövammaisten ja toimintarajoitteisten hoitomuodoksi. (Mäkelä & Saha 2003, 1709–1710.)

Gokalin (2002, 104–116) mukaan automaattinen peritoneaalidialyysihoito (APD) on maailmalla nopeimmin yleistynyt hoitomuoto. Siinä potilas yhdistää iltaisin itsensä dialyysikoneeseen, joka suorittaa yön aikana ennalta ohjelmoidun dialyysihoidon. Hoitomuoto mahdollistaa työssä käynnin, opiskelun ja harrastukset. APD-hoito soveltuu myös erinomaisesti lapsille ja potilaille, jotka tarvitsevat avustajaa hoidon toteutukseen.

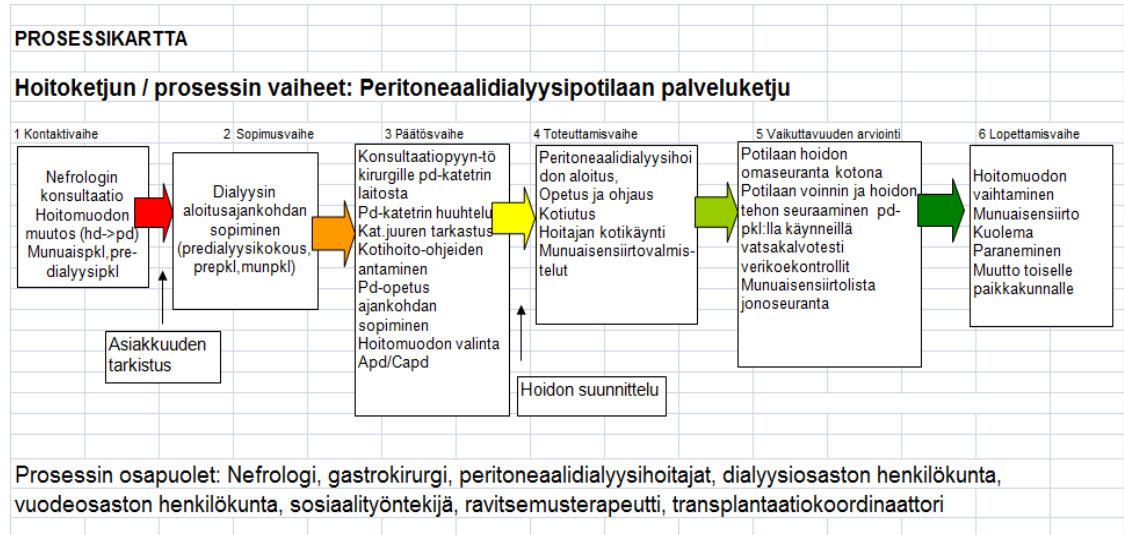
Peritoneaalidialyysissä (PD) vatsakalvo toimii suodattimena, jonka läpi elimistön kuona-aineet ja ylimääräinen neste siirtyvät vatsaontelossa olevaan dialyysineesteeseen. Dialyysitapahtuma on käynnissä silloin, kun dialyysineeste on vatsaontelossa. Liuos vaihdetaan säännöllisin väliajoin. Potilas voi vaihtaa liuksen omatoimisesti yleensä missä vain, kun noudattaa ehdotonta puhtautta. Peritoneaalidialyysikatetri laitetaan leikkaussalissa 2–4 viikkoa ennen dialyysihoidon aloitusta. Katetri kulkee vatsanpeitteiden läpi ja sijaitsee vapaassa vatsaontelossa ulottuen virtsarakon taakse. Peritoneaalidialyysihoidon tavallisimmat komplikaatiot ovat vatsakalvontulehdus ja katetrin juuren tulehdus. Peritoneaalidialyysipotilaan yleiskunto ja ravitsemustila pyritään säilyttämään mahdollisimman hyvinä sekä havaitsemaan ja poistamaan uremian oireet sekä ehkäisemään mahdolliset hoidon komplikaatiot. (Kilpiö 2010.)

Peritoneaalidialyysipoliklinikalla potilas opetetaan toteuttamaan hoitoa itsenäisesti ja seuraamaan omaa vointiaan. Potilas käy ensimmäisellä kontrollikäynnillä peritoneaalidialyysipoliklinikalla viikon kuluttua hoidon aloituksesta ja jatkossa noin kuukauden välein. Ennen poliklinikkakäyntiä otetaan verikokeita. Potilas varaa poliklinikkäkäynnille mukaansa hoidon kotiseurantavihkon tai ohjelmakortin yökoneesta sekä mahdollisesti verenpainekortin ja diabeteksen seurantavihkon. Hoidon tavoitteena on potilaslähtöisesti auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja tukea häntä ja omaisia selviytymään sairauden kanssa. (Kilpiö 2010.)

Peritoneaalidialyysipotilaat käyvät ohjauksessa polikliinisesti, ohjauksesta vastaa peritoneaalidialyysipoliklinikan sairaanhoitaja. Ohjaus kestää yleensä viisi vuorokautta. On ehdottoman tärkeää, että potilas omaksuu ohjausjakson aikana ne asiat, jotka ovat välttämättömiä hänen selviytymisensä kannalta. Koko ohjausviikon ajan arvioidaan potilaan edistymistä. Potilaalla täytyy olla tunne, että hän selviää hoidosta kotona. Potilaalle on perusteltava hyvän itsehoidon merkitys ja kannustaa häntä pitämään huolta itsestään. Peritoneaalidialyysipotilasta kannustetaan elämään mahdollisimman normaalia elämää. Esimerkiksi työn tekeminen on useimmiten mahdollista, kun hoito on vakiintunut ja potilaan vointi kohentunut. Myös erilaisten harrastusten, kuten liikunnan, jatkaminen on mahdollista. Potilaan ja hänen läheistensä jaksamiseen tulee kiinnittää huomiota. Ajoittainen hoitoväsymys on melko tavallinen ongelma peritoneaalidialyysipotilailla. (Alahuhta ym. 2008, 100–101.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa potilaat ohjautuvat peritoneaalidialyysihoitoon kuviossa 3 kuvatun prosessikartan mukaisesti. Peritoneaalidialyysipoliklinikka toimii dialyysiosaston yhteydessä kahtena päivänä viikossa. Munuaispotilasta hoidetaan

kokonaisvaltaisesti, hoidossa korostuu moniammatillisen tiimin työskentely potilaan parhaaksi.



KUVIO 3. Peritoneaaldialyysipotilaan palveluketju. (Kuopion yliopistollinen sairaala 2008. Sisätautien klinikan tulosityksikön toimintakäsikirja, nefrologian palveluryhmä)

Yhteenvetona voidaan todeta, että peritoneaali- eli vatsakalvodialyysihoito sopii useimmille potilaille. Se on omatoimisesti tai avustetusti kotona tehtävä dialyysihoito. Peritoneaaldialyysi muistuttaa omien munuaisten normaalia toimintaa ja mahdollistaa joustavat hoitoaikataulut.

2.3 Potilastyytyväisyys ja hoidon laatu

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, joka edellyttää potilaan kuulemistä arvioitaessa hoidon laatua. Uusimman käsityksen mukaan potilaan hyvää hoitoa ei voida määrittää ilman potilaan palautetta ja mielipidettä, koska potilasta pidetään oman hoitonsa laadun asiantuntijana. Potilaan ei kuitenkaan odoteta sosiaali- ja terveydenhuollossa pystyvän arvioimaan oman hoitonsa lääketieteellistä taustaa. Potilastyytyväisyyssmittauksissa arvioidaan yleisesti hoitavan henkilöstön ominaisuuksia, hoitoprosessin etenemistä, hoitoympäristöä ja hoitotoimintoja. Terveydenhuollossa potilastyytyväisyys olisi selvitettävä vähintään kahden vuoden välein. (Kuisma & Hakala 2009, 585.)

Mäen (2004, 137) mukaan mitä riippuvaisempi asiakas on terveyspalveluista, sitä myönteisempiä hänen arvionsa palvelun laadusta ovat. Tutkittaessa asiakastyytyväi-

syyttä on erityisen tärkeää selvittää asiakastyytyväisyyttä tuottavat tekijät. Tyytyväisyydelle ja tyytymättömyydelle on olemassa lukuisia syitä. On tärkeää selvittää juuri ne ”kriittiset tekijät”, joita asiakas pitää ehdottoman tärkeinä, ja jotka ovat juuri kyseisen organisaation kannalta tärkeimpiä tyytyväisyyden muodostumisessa. Epäonnistuminen näissä tekijöissä johtaa asiakkaiden tyytymättömyyteen. Kriittiset tekijät vaikuttavat keskeisesti siihen, millaiseksi asiakkaan kokonaistyytyväisyys muodostuu. (Ylikoski 2000, 43–46.)

Asiakastyytyväisyys muodostuu asiakkaan yksilöllisistä ominaisuuksista, hintalaatusuhteesta ja tilannetekijöistä, reagointialttiudesta ja palveluvarmuudesta. Palveluvarmuus muodostuu pätevydestä, kohteliaisuudesta, uskottavuudesta ja turvallisuudesta. Asiakastyytyväisyys muodostuu palveluympäristöstä ja empatiasta, kuten saavuttavuudesta, viestinnästä ja asiakkaan ymmärtämisestä. (Ylikoski 2000, 43–46.) Kvistin mukaan potilastyytyväisyyskyselyjen ongelmana on, että potilaat voivat liioitella tyytyväisyyttä kyselyissä. Potilaiden kokemukset ja arvioinnit hoidon laadusta ovat kuitenkin keskeisiä tekijöitä kehitettäessä laadukkaampia palveluja terveydenhuoltoon (Kvist 2004, 28).

Terveydenhuoltoon kohdistuvien paineiden vuoksi hoidon laatua arvioitaessa potilaan näkökulman huomioiminen on aiempaan verrattuna korostunut. Hyvällä hoidon laadulla tarkoitetaan terveydenhuollossa hoidon sopivuutta potilaalle, laadukasta ja virheetöntä toimintaa sekä tyytyväistä potilasta. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008, 115–125.) Laatua voidaan selvittää esimerkiksi henkilöstön vertaisarvioinnilla ja asiakaspalautteella. Koko maan tasolla laadunhallintakeinoista tärkein on lainsäädäntö ja lisäksi yhteisten vertailumittareiden käyttö, valtakunnallisten minimitavoitteiden asettaminen, laatupalkintokilpailujen järjestäminen, erilaiset projektit ja standardien laatiminen. Laatutavoitteita on syytä arvioida säännöllisesti (Mäki 2004, 118.) Terveydenhuollossa ei laatua kuitenkaan voida arvioida pelkästään asiakastyytyväisyyden näkökulmasta, sillä myös hoitotuloksen vaikuttavuus ja pysyvyys tulee huomioida (Koponen & Hopia 2008, 21).

Kaikilla organisaatioilla on olemassa jokin toimintajärjestelmä, jonka mukaan työtä tehdään. Toimintajärjestelmää voidaan kutsua laadunhallintajärjestelmäksi, kun se on suunniteltu niin, että organisaation palvelut täyttävät vaatimukset sekä asiakkaiden, työntekijöiden ja johtamisen näkökulmasta. Laadun kehittämiseksi tarvitaan jatkuvaa arviointia ja siihen perustuvaa parantamista. Arvioinnin on kohdistuttava eri toimintoihin tasapuolisesti huomioiden eri näkökulmat: asiakkaan, henkilöstön osaamisen ja

työssä jaksamisen, hoidon tulosten, palvelun ja prosessien sujuvuuden, taloudellisen tehokkuuden ja yhteistyön onnistumisen (Holma 2001, 8.) Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) systemaattinen laatutyöskentely aloitettiin 1990-luvun puolivälissä. Erikoissairaanhoidon tuottavuutta ja tehokkuutta haluttiin kehittää laadunhallinnan avulla (Kvist 2004, 20).

Kvistin (2004, 104–105) mukaan hoidon laatua edistäviä tekijöitä ovat muun muassa hoidon periaatteiden toteutuminen, hoidon tehokkuus ja riittävä kivun lievitys. Hoidon laatua estävinä tekijöinä mainittiin muun muassa hoitoympäristöön liittyvät tekijät, lääkärin vaihtuminen jokaisella käyntikerralla ja henkilökunnan vähäinen määrä. Kiire oli huomattava hoidon laatua heikentävä tekijä. Potilaat olivat huolissaan myös henkilökunnan jaksamisesta. Vuorovaikutustilanteissa henkilökunnan kanssa koettiin puutteita, tiedon kulun ongelmat liittyivät myös henkilökunnan vaihtumiseen.

Kvistin, Vehviläinen-Julkusen & Kinnusen (2006, 107–119) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden, henkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arviointeja hoidon laatua edistäviä ja estäviä tekijöistä. Tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat parhaiten toteutuneeksi tunne-elämän huomioimisen. Tutkimustulokset kertoivat myös, että poliklinikapotilaat arvioivat hoidon laatua kriittisemmin kuin vuodeosastopotilaat. Potilaat kokivat hoidon suunnitteluun osallistumisen ja tiedon saannin toteutuneen huonoiten. Henkilöstön osalta tutkimus antoi tukea tiedolle, että ammattitaitoisella ja motivoituneella henkilöstöllä on positiivinen vaikutus hoidon laatuun. Myös omahoitaja, kiireettömyys, turvallisuuden tunne, riittävä henkilökunnan määrä ja tiedon saanti vaikuttivat potilaiden tyytyväisyyteen (Varis, Kankkunen & Suominen 2007, 34–37).

Kvist, Rissanen ja Vehviläinen-Julkunen tekivät 2006 Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen vuodeosastojen ja poliklinikoiden lääkäreille ja yksiköissä hoidetuille potilaille kyselyn, jossa kartoitettiin hoidon laatua edistäviä ja estäviä tekijöitä. Lääkärit arvioivat oman toimintansa hyväksi potilaan arvostuksen ja yksityisyyden osallisuudella. Luottamuksellisuus oli lääkäreiden mielestä parhaiten toteutunut osatekijä, mutta potilaiden arvioinneissa se ei ollut kymmenen parhaan osatekijän joukossa. Lisäksi lääkärit kokivat vastaavansa potilaiden kysymyksiin, arvostavansa potilaita ja kysyvänsä potilaan vointia. Nämä eivät olleet potilaiden arvioinneissa parhaiden joukossa. Potilaat kokivat puutteita tiedon saannissa ja mahdollisuuksissa osallistua hoidon suunnitteluun. Lääkärit ja potilaat arvioivat kiireen yhdeksi eniten hoidon laatua estäväksi tekijäksi. Potilaat kaipasivat erityisesti kiireettömiä kahdenkeskisiä keskusteluja lääkäreiden kanssa. Potilaat toivat esiin huolensa henkilökunnan jaksami-

sesta ja kokivat hoidon laatua estäväksi tekijäksi lääkärin vaihtumisen jokaisella käyntikerralla. (Kvist, Rissanen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 465–470.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että arvioitaessa hoidon laatua potilaiden tyytyväisyys on keskeinen mittari. On tärkeää selvittää potilaiden sairaalakokemuksia, jotta hoitoa voidaan kehittää ja löytää uusia toimintatapoja vastaamaan potilaiden tarpeita.

2.4 Potilasturvallisuus

Turvallisuudella tarkoitetaan sekä potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta, että sitä turvallisuutta, joka ilmenee aseptiikan, teknisten laitteiden ja välineiden käytön, toimenpiteen yksityiskohtaisen tarkkuuden sekä nopeiden ratkaisujen ja moniammatillisen yhteistyön hallintana. Turvallisuuden tunnetta lisää osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta. (Lämsä 2005, 16–19.) Hoitajan ja potilaan väliseen yhteistyösuhteeseen tulisi kuulua inhimillisyys, samanarvoisuus ja avoimuus. Inhimillisyyteen kuuluu hyvä huolenpito, potilaan kunnioittaminen ja kohtaaminen yksilönä (Potinkara 2004, 59–60). Hyvä hoitosuhde luo dialyysipotilaille turvallisuuden ja luottamuksen tunteen, tähän liittyy hoitohenkilökunnan pysyvyys ja tieto siitä, että tarvittaessa saa aina yhteyden henkilökuntaan. Lisäksi riittävä tiedonsaanti ja hoitohenkilökunnan hyvä ammattitaito ehkäisevät turvattomuutta (Timonen 2001, 61). Erikoissairaanhoidossa hoitoympäristön mukavuudella tarkoitetaan viihtyisyyttä ja virkistystä, rauhallista ja mieltä piristävää ympäristöä ja ilmapiiriä, paikan löytämisen helppoutta ja samaa sairastavien potilaiden tukea (Hiidenhovi, Åstedt-Kursi & Paunonen-Ilmonen 2001, 12–19). Kuohulan (2008, 63–64) mukaan dialyysiosaston viihtyisä hoitoympäristö, hyvä ilmanvaihto ja valaistus, värien valinta, myönteinen ilmapiiri ja kodinomaisuus vahvistavat dialyysipotilaan toivoa.

Potilasturvallisuuteen kuuluvat hoidon toteuttamisessa ilmenevät vaaratilanteet. Lääkitysturvallisuus, kuten lääkkeiden jakoon ja antoon liittyvät tapahtumat, ovat yleisimpiä potilasturvallisuuden vaaratilanteita. Laitteissa ja niiden käytössä ilmenevät ongelmat kuuluvat myös potilasturvallisuustapahtumiin. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 13.) Terveysthuollon organisaatiot ovat turvallisuuskriittisiä organisaatioita: niiden toimintaan sisältyy vaaroja, jotka voivat huonosti hallittuina aiheuttaa vakavia vahinkoja. Terveysthuollon lainsäädäntö edellyttää, että potilashoidon on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. (Kinnunen ym. 2009, 6–7.)

Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu poikkeamia ja virheitä sekä niiden seurauksena usein haittoja potilaille. Yksi kymmenestä sairaalaan otetusta potilaasta kokee hoitoon liittyvän poikkeaman. Niistä 10–20 % johtaa selviin haittoihin ja enemmän kuin yksi tuhannesta potilaasta kuolee niihin. Terveysministeriön poikkeamista noin puolet on ennaltaehkäistävissä työyksikön toimintaprosesseja kehittämällä. On tärkeää löytää omasta työyksiköstä ne kriittiset kohdat, jotka mahdollistavat poikkeamien syntymisen. Näin ollen terveydenhuollon toimintayksiköissä johdon ja henkilöstön tulee sitoutua potilasturvallisuuden edistämiseen kehittämällä toimintaa turvallisemmaksi ja varmistamalla henkilöstön osaaminen. Potilasturvallisuus tulee ottaa osaksi laadunhallinta- ja seuranta-järjestelmiä ja potilasturvallisuuden vastuutuksen ja organisoinnin tulee olla selkeät. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008, 11.)

Potilaalle saakka päätyneistä poikkeamista on mahdollisuus oppia. Vielä tärkeämpää on kuitenkin löytää ne lukuisat läheltä piti-tilanteet, jotka havaitaan ennen niiden potilaalle päätymistä. Näissä havainnoissa ja niiden ratkaisuehdotusten antamisessa henkilökunnalla on merkittävä asema. HaiPro-vaaratapahtumien raportointiohjelma on tarkoitettu ennaltaehkäisemään hoidon haittoja työyksikön toimintaprosesseja kehittämällä. HaiPro-ohjelman keskeisiä ominaisuuksia ovat nimettömyys, luottamuksellisuus ja rankaisemattomuus sekä ihmisen luontaisen toiminnan huomioiminen ja poikkeamien syntymisen järjestelmämalli. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 11–13.) HaiPro-vaaratapahtumien raportointiohjelma on otettu käyttöön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 2.1.2008. Ilmoituksia tehdään vuosittain noin 1500, suurin osa niistä kohdistuu lääkehoitoon (Saano 2010).

Leino-Kilven ja Peltomaan (2008, 14–16) mukaan sairaalat kaikkialla maailmassa pyrkivät lisäämään vetovoimaisuuttaan. Vetovoimaisuus tarkoittaa potilaiden käsitystä siitä, mikä on sairaalan tuottama hoidon laatu ja turvallisuus potilaalle. Vetovoimaisuus on yhdistetty 1980-luvulta lähtien niin sanottuihin magneettisairaaloihin, jossa kiinnitettiin huomiota hoitoympäristön ja hoidon laadun väliseen yhteyteen. Vetovoimaisessa sairaalassa potilaat kokevat eettistä turvallisuutta.

Potilaiden hoitoon liittyvät virheet ja niistä johtuvat haitat ovat osoittautuneet merkittäväksi ongelmaksi terveydenhuollossa. Etsittäessä hoitovahingon taustoja ei ole hyödyllistä tutkia kuka lääkäri tai hoitaja on mahdollisen erehdyksensä kautta sen aiheuttanut. Tärkeämpää on tutkia systeemissä piileviä seikkoja ja hoitovahinkoon johtaneiden toiminnallisten ja rakenteellisten seikkojen osuutta. Potilaat arvostavat hoidossa

tapahtuvien virheiden täydellistä paljastamista. Menettely vähentää potilaiden halukkuutta vaihtaa lääkäriä, lisää potilaiden tyytyväisyyttä, luottamusta ja myönteisiä tunteita. (Pasternack 2006, 2459–2470.) Virheiden vähentäminen on oleellista laadunhallinnassa ja potilasturvallisuuden tulee olla osa jokaisen yksikön toimintakulttuuria. Suomessa kuolee pelkästään hoidon haittojen vuoksi arviolta 700–1700 potilasta vuodessa, ja näin hoidon haitat ovat huomattavasti merkittävämpi kuolinsyy kuin esimerkiksi liikennekuolemat. (Aaltonen, Mattila, Mäkijärvi & Saario 2008, 3891–3796.)

Lääkevahingot ovat Pasternacin (2006, 2459–2470) mukaan tavallisia ja useimmiten estettävissä. Lääkevahingot syntyvät pääasiassa virheellisten määräysten ja väärän lääkkeen annon pohjalta. Useiden samanaikaisesti käytettyjen lääkkeiden ongelmopolyfarmasia, lääkehoidon tulosten huono seuranta ja reagoimattomuus vahinkojen yhteydessä ilmenneisiin oireisiin lisäävät vahinkojen määrää ja vakavuutta. Lisäksi on tavallista, että sairaalaan tulevan potilaan lääkitystä koskevat tiedot ovat puutteellisia. Jopa kahdella kolmasosalla esitiedoista puuttuu tieto käytössä olevista lääkkeistä, niitä on liikaa tai tiedoissa on sekä puutteita että vääriä lisäyksiä. Kyse on usein kliinisesti hyvin merkittävistä virheistä.

Reimanin, Pietikäisen & Oedewaldin (2009, 65, 70–73) mielestä potilasturvallisuuskulttuuri voidaan nähdä monitasoisena ilmiönä. Siinä kohtaavat hoitohenkilökunnan kokemukset ja näkemykset, hoitohenkilökunnan työyhteisön sosiaaliset ilmiöt sekä organisaation toimintamallit. Hyvässä hoitokulttuurissa on ensisijaisesti kyse potilaiden turvallisuuden huomioimisesta, jolloin vaaroja pyritään ennakoimaan ja ymmärtämään potilasturvallisuus kokonaisvaltaisesti organisaatiotasolla. Hoitoalan ammattilaisten tulee tunnistaa ongelmakohtat, jotka hidastavat tai estävät potilasturvallisuuden kehittymistä. Hoitoon liittyviä vaaroja tulee ennakoida ja potilasturvallisuutta ymmärtää kokonaisvaltaisesti organisaation jokaisella taholla. Yhtä tärkeää kuin vaarojen ja turvallisuuden ymmärtäminen on se, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan vastuuta ja tunnetaan, että turvallisuuteen voidaan vaikuttaa.

Yhteenvedon voidaan todeta, että potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Se kattaa hoidon, tutkimusten, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuuden.

2.5 Kivun hoito

Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteereissä, jotka antavat suuntaviivat potilaiden hoitoon todetaan, että jokaisella munuaispotilaalla on oikeus välttyä kivulta ja säryltä niin täysin kuin mahdollista. Tarvittava kivunlievitys tulee sisältyä aina potilaan hoitoon. (Munuais- ja maksaliitto ry 2012.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoidaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Sairaanhoidaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoidaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Suomen Sairaanhoidajaliitto 1996).

Kivuksi määritellään se tuntemus, jonka potilas sanoo olevan kipua eli kipu on aina potilaan tuntemus ja hän itse on sen paras arvioija. Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuvälineitä, muun muassa VAS-kipuasteikkoa, jolla potilas voi osoittaa kipunsa määrän. Kivun luonnetta potilas voi arvioida suullisesti kertomalla. (Vainio 2003, 24–25.) Vainion (2004, 39) mukaan jokainen ihminen kokee kivun eri tavalla ja sitä voi olla hankala ilmaista toiselle henkilölle. Kivun mittaamisen perustana on potilaan oma kokemus kivustaan. Hoitajan voi olla vaikeaa ymmärtää, miltä kivusta kärsivästä potilaasta tuntuu, mikäli hän itse ei ole kokenut samanlaista kipua.

Tyypin 2 diabetes on yleisin krooniseen uremiaan johtava sairaus. (Suomen munuaistautirekisteri 2010, 11.) Diabetekseen voi liittyä komplikaationa hermojen toiminnan vaurioita eli neuropatiaa. Diabeteksen hermovaurio todetaan noin kolmasosalla diabeetikoita. Se on yleisempää tyypin 2 kuin tyypin 1 diabeteksessä. Tyypin 2 diabeteksessä viidesosalla todetaan jo sairauden toteamishetkellä joitakin merkkejä neuropatiasta, koska diabetes on voinut olla jo vuosia piilevänä ennen sen toteamista. Useimmiten neuropatia syntyy vasta vuosien sairastamisen kuluessa. Kun tyypin 2 diabetes on kestänyt 10 vuotta, neuropatia todetaan noin puolella potilaista. Iäkkäillä potilailla neuropatia on yleisempää kuin nuorilla. (Mervaala 2010, 1731–32.) Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu tarkoittaa kiputilaa, jonka aiheuttaa somatosensorisen järjestelmän vaurio tai sairaus. Potilailla, joilla on pitkäkestoinen vaikea kipu, on usein unihäiriöitä, väsymystä, mielialanlaskua, ahdistuneisuutta ja toissijaisia lihapehäisiä oireita. Useimmilla potilailla nämä oireet ovat tulleet kroonisen kuormittavan

kipuongelman myötä. Hoidossa on syytä ottaa huomioon koko oirekuva muistaen kuitenkin, että monet kivun seurauksena tulleet oireet lievittyvät, mikäli kipu saadaan kohtuudella hallintaan. (Haanpää 2004, 13–20.)

Peritoniitti eli vatsakalvontulehdus on peritoneaalidialyysin yleisin komplikaatio. Peritoniitin oireista tyypillisin on vatsakipu, jota esiintyy 80–90 %:lla potilaista (Kääriäinen & Linnanvuo 2003, 1735–1741). Infektio voi kehittyä myös peritoneaalidialyysikatettrin juureen. Jos infektio leviää ihonalaiseen tunneliin, oireena ovat punoitus, turvotus ja kipu tunnelin alueella. Peritoneaalidialyysihoidon aikana voi vatsaontelon tyhjenemiseen liittyä kipua, joka haittaa hoidon toteutusta. Peritoneaalidialyysipotilailla voi olla myös haavakipua peritoneaalidialyysikatettrin laitton jälkeen. (Munuais- ja maksaliitto ry 2011 b.) Kipu ja erityisesti pitkään jatkunut kipu aiheuttaa yksilölle sekä psyykkistä että fyysistä kärsimystä. Kipu heikentää yksilön normaalia toimintakykyä ja lisää huolta ja uupumusta. Tunnetila ja mieliala ovat yhteydessä kivun kokemiseen. Masentunut ja alakuloinen potilas kokee kivun voimakkaammin. Erilaiset tunnetilat vaikuttavat myös kivunsietokykyyn. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 11–12.) Kipua aiheuttavat myös epäfysiologisen asennon aiheuttama epämukavuus, ravinnosta olosta aiheutuva päänsärky, kääntämisen, nostamisen tai muiden hoitotoimenpiteiden aiheuttama lisäkipu, paleleminen, rauhaton ympäristö, pelko kivusta tai toimenpiteestä sekä pahoinvointiin tai oksenteluun liittyvä kipu. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 71.) Kipu ja sen mukanaan tuomat stressitekijät edesauttavat potilaan kärsimystä ja toivottomuutta. Hoitamaton tai huonosti hoidettu kipu saattaa olla este myös psyykkisen ja henkisen tuen antamiselle, sillä kipuileva potilas ei välttämättä jaksa tai kykene ottamaan tukea vastaan. Sen takia kipu on hyvä hoitaa ajoissa. (Vainio & Hietanen 2004, 51.)

Ruuskasen (2005, 26–34) tutkimuksen Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö, tarkoituksena oli kivunhoidon laadun kehittäminen. Tarkoituksena oli ohjata ja kannustaa hoitohenkilökuntaa sitoutumaan hyvään kivunhoitoon ja sen kehittämiseen. Tavoitteina olivat mahdollisimman kivuton potilas sekä yhtenäinen käytäntö kivun hoidossa. Näiden laatusuosituksen mukaan potilaan tulisi olla mahdollisimman kivuton ja kivunhoito olisi suunniteltava yksilöllisesti ja näyttöön perustuen.

Laadukas kivunhoito parantaa hoidon laatua, edistää potilaan toipumista, lisää potilaan tyytyväisyyttä, ehkäisee komplikaatioita ja kivun kroonistumista. Krooninen kipu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään ja kipuongelman jatkuminen aiheuttaa psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja. (Estlander 2003, 74.)

Potilaille tulee olla mahdollisuus saada tietoa kivunlievitysmenetelmistä, niiden vaikutuksista ja seurauksista sekä useimmiten vapaus valita menetelmä, jota heidän kohdallaan käytetään. Potilaan oikeus hyvään hoitoon edellyttää vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Hyvän kivunhoidon toteuttamiseksi henkilökunta tarvitsee riittävästi osaamista ja toimivaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. (Salanterä ym. 2006, 13, 29, 63–69.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että kivun arviointi on vaikeaa, koska objektiivisiä mittareita ei ole. Riittämätön kivunhoito heikentää elämänlaatua ja laskee toimintakykyä. Tarvittavan kivunlievityksen on aina sisällyttävä potilaan hoitoon.

2.6 Potilasohjaus, tiedon saanti ja henkilökunnan ammatilliset valmiudet

Muutokset terveydenhuollossa ovat vaikuttaneet sairaanhoitajien työhön ja ajankäyttöön. Hoitomenetelmät ovat kehittyneet ja vaativat enemmän hoitajia ja osaamista. Potilaat ovat entistä sairaampia ja vanhempia, jolloin myös hoitoisuus on lisääntynyt. Sairaanhoitajilta jää vähemmän aikaa potilaiden vierellä tapahtuvaan hoitamiseen, oireiden ja hoitojen vaikutusten tarkkailuun. Aikaa tarvitaan myös potilaiden ja läheisten ohjaukseen. (Partanen ym. 2009, 11–13.) Ohtosen (2006, 3) mukaan potilasohjaus kulkee hoitosuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Potilasohjauksella on kiistatta vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen, ohjauksesta ei saa tulla pelkkä välttämätön rutiini kaiken kiireen keskellä. Potilasohjauksella saadaan myös arvokasta asiakaspalautetta hoitotyön kehittämiseksi. Hoitoaikojen lyheneminen lisää tarvetta ohjauksen kehittämiseen, riittävä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Hyvä ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ohjaustilanteessa vähentää sairauden mukanaan tuomaa epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Potilas uskaltaa sanoa luottamuksellisessa suhteessa ääneen epäselvät tai mieltä askarruttavat asia.

Potilaiden sairaalakokemusten selvittäminen on tärkeää, koska hoidon kehittämisen tavoitteena on löytää toimintatapoja, jotka vastaavat paremmin potilaiden tarpeita. Riittävä potilasohjaus eli tiedon saaminen on potilastyytyväisyyteen vaikuttava asia ja sen parantaminen on yksi tärkeimmistä haasteista poliklinikkatoiminnassa. Usein vastuu potilaan ohjauksesta kuuluu hoitajille, koska he ovat lääkäreitä läheisimmin kontaktissa potilaan kanssa. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 7.) Kroonista

sairautta, kuten munuaisten vajaatoimintaa sairastavaa potilasta ohjaavan sairaanhoitajan tulee olla hyvin valmistautunut ohjaustilanteisiin. Hänellä on oltava myös riittävästi teoriatietoa ja käytännön taitoja peritoneaaldialyysipotilaan ohjaukseen. Sairaanhoitajan tulee saada keskittyä yhden potilaan ohjaukseen kerrallaan eikä hänelle pitäisi tuolloin asettaa velvoitteita esimerkiksi hemodialyysipotilaiden hoitamiseen osastolla. (Piraino ym. 2011, 617–618.)

Hoitajan ja asiakkaan aktiivinen hoitosuhde mahdollistaa tavoitteellisen ohjausprosessin suunnittelun ja rakentamisen yhdessä sekä asiakkaan tietoisuuden edistämisen omassa toiminnassaan. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista edistää asiakkaan oma näkemys hoidosta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7–9.) Siekkisen tutkimuksen (2003, 36) mukaan potilaat tarvitsevat enemmän tietoa kotona tapahtuvasta itsehoidosta, jotta he selviytyvät omasta hoidostaan. Potilaat pelkäävät itsehoidon onnistumista ja ovat epävarmoja kotona selviytymisessä. Hyvällä ohjauksella voidaan edistää hoitoon sitoutumisen lisäksi myös paranemista sekä sairauteen sopeutumista. Kaikki ohjattavat eivät kuitenkaan omaksu asioita samassa tahdissa. Sairaanhoitajan vastuuseen kuuluukin varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. (Ohtonen 2006, 3.)

Potilasohjausta on tärkeää kehittää ja arvioida suunnitelmallisesti. Hoitajien rooli on opettamisessa tärkeä ja hoitajilla on keskeinen asema potilaan itsehoidon tukemisessa ja kehittämisessä. Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen oma aktiivisuutensa lisääntyy ja hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Ohjaus auttaa potilasta saavuttamaan hoidolle asetetut tavoitteet. Tärkeänä voimavarana tulisi nähdä myös potilaan perhe ja vertaisryhmät. Myös omaiset kaipaavat tukea ja ohjausta. Ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämisessä, itsehoidossa ja arkipäivässä selviytymisessä sekä hoitoon sitoutumisessa. (Palokoski 2007, 15; Ohtonen 2006, 3.) Palinin (2007, 3) mukaan munuaispotilaan hoitaminen vaatii sairaanhoitajalta laajaa tietopohjaa, vahvaa ammatillisuutta, hyvää työmotivaatiota ja ihmistuntemusta. Edellä mainitut asiat kehittyvät työvuosien kuluessa edellyttäen, että hoitaja on avoin ja hänellä on halua kehittää itseään ammatillisesti. Hoitotyön johtaminen vaikuttaa hoitajien ammatillisen kasvun mahdollisuuteen sekä edellytyksiin ottaa vastuuta hoitotyön tehtävästä.

Laakkonen (2004, 40) määrittelee työyksikön hoitokulttuurin organisaatiokulttuurin alakulttuuriksi. Työyksikön omaleimaisuus ilmenee fyysisestä ja sosiaalisesta ympä-

ristöstä, hoitajien toiminnasta näkyvänä ja kuuluvana käyttäytymisenä, yhteisinä toimintakäytäntöinä sekä käyttäytymissääntöinä. Dialyysipotilaan hoito on vaativaa ja se edellyttää erikoisosaamista ja yhteistyötä sekä hoitohenkilökunnalta että lääkäreiltä. Eri ammattiryhmien taidot ja tiedot tulisi yhdistää asiakaslähtöisesti ja rakentaa yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä. (Niemelä & Kanste 2006, 18–20.) Ravitsemushoito- ja ohjaus ovat kroonisen munuaissairauden hoitomuoto lääke- ja dialyysihoidon ohella. Oikea ruokavalio auttaa pitämään kuona-aineet ja nesteet oikealla tasolla kehossa. Dialyysipotilas tarvitsee lääkärin, dialyysihoitajan ja ravitsemusterapeutin tukea ruokavalion toteutukseen ja ravitsemustilan ylläpitämiseen. (Alahuhta ym. 2008, 114; Munuais- ja maksaliitto ry, 2012.) Sairaanhoidajan tehtävänä on huolehtia, että potilaan sosiaaliturvaan liittyvät asiat ovat kunnossa. Potilaat tapaavat ohjausviikolla sosiaalityöntekijän. Potilas tarvitsee lääkärin laatiman B-todistuksen saadakseen erityiskorvattavuuden dialyysiliuksista sekä C-todistuksen hoitotuen hakemista varten. (Alahuhta ym. 2008, 101.) Dialyysipotilaan hyvään hoitoon kuuluu asiantunteva liikunnanohjaus. Munuaispotilaan hoitotiimiin tulisi kuulua fysioterapeutti, joka antaa liikunta-ohjausta ja neuvontaa. Monipuolisella liikunnalla yhdessä oikean ravitsemuksen ja dialyysihoidon kanssa voidaan ylläpitää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Alahuhta ym. 2008, 132.) Peritoneaaldialyysipotilaille sopivat useimmat liikuntamuodot, paitsi kamppailulajit. Potilaita ohjataan tyhjentämään dialyysineste vatsaontelosta ennen liikuntasuoritusta. (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 20.)

Hoitotyössä vaaditaan hyvää käytännön osaamista ja laajaa, monipuolista tietoperustaa. Erikoistuneilla asiantuntijuusaloilla toiminta on jakautunut sektoreihin, joissa eri ammattiryhmät hoitavat omaa aluettaan erityisasiantuntemuksensa pohjalta. Asiantuntija osaa rajata, löytää ja käyttää työssään eteen tulevia kysymyksiä. Hän tuntee erikoisalaansa liittyvät työtehtävät ja työympäristön ja hänellä on tehtäviin tarvittavaa osaamista. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 17.)

Dialyysipotilaan hoitotyöhön sisältyy paljon työvaiheita, joissa käden taidoilla ja teknisillä taidoilla on tärkeä merkitys esimerkiksi potilaan turvallisuuden kannalta (Paukka 2001, 19). Kuohulan (2008, 43, 64) mukaan dialyysihoitajan tehtävänä on antaa potilaalle riittävästi dialyysihoitoon liittyvää tietoa ja taitoa. Hoitajan on myös annettava potilaalle mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja esittää dialyysihoitoon liittyviä toiveita. Dialyysipotilaalle merkityksellistä on myös luottamus dialyysihoitajan ammattitaitoon.

Peritoneaalidialyysipoliklinikalla työskentelevälle sairaanhoitajalle tärkein asia on pystyä täysipainoisesti keskittymään peritoneaalidialyysipotilaiden hoitamiseen. Potilaan hyvän hoidon kannalta mikään ei ole niin keskeinen asia kuin hoitajan ja potilaan välinen suhde. Suurin haaste peritoneaalidialyysihoidajalle tulevaisuudessa on kuinka ohjata entistä iäkkäämpiä ja sairaampia peritoneaalidialyysin aloittavia potilaita toteuttamaan hoitoa kotona. On yleinen ja hyvin virheellinen käsitys, että kuka tahansa voi ohjata peritoneaalidialyysipotilasta. Potilaan ohjaaminen tekemään peritoneaalidialyysihoitoa turvallisesti on vaativa tehtävä. Sairaanhoitajalta vaaditaan ammattitaitoa ja luovuutta opettaa aikuista tai iäkästä ureemista potilasta ja ymmärtää miten vaikeaa oppiminen hänelle on. Tämä asia on keskeisin osatekijä kun halutaan että, peritoneaalidialyysipotilas oppii ohjauksen jälkeen hoitamaan itseään parhaalla mahdollisella tavalla. (Bernardini, Price & Figueiredo 2006, 641–642.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että potilasohjaus on erittäin keskeinen osa-alue hoitotyössä. Riittävä potilasohjaus eli tiedon saaminen on potilastyytyväisyyteen ja hoidon laatuun vaikuttava asia.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaiden kokemaa tyytyväisyyttä saamastaan hoidosta Kuopion yliopistollisen sairaalan dialyysiosaston peritoneaali-dialyysipoliklinikalla. Potilastyytyväisyyskyselyn avulla halutaan tietoa siitä mitä mieltä peritoneaali-dialyysipotilaat ovat potilasturvallisuudesta ja kivunhoidosta, potilasohjauksesta ja tiedonsaannista sekä henkilökunnan ammatillisista valmiuksista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää peritoneaali-dialyysipoliklinikan toimintaa potilaiden näkökulmasta.

Tutkimustehtävänä on selvittää:

- Millaiseksi potilaat ovat kokeneet hoitoympäristön turvallisuuden?
- Ovatko potilaat tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon?
- Mitä mieltä potilaat ovat ohjauksesta ja tiedonsaannista?
- Ovatko potilaat tyytyväisiä henkilökunnan ammatillisiin valmiuksiin?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Tässä tutkimuksessa käytetään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, koska näin voidaan tutkia suurempaa ihmisjoukkoa ja saada useamman ihmisen mielipiteet esiin. Kvantitatiivista tutkimusta kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi (Heikkilä 2004, 16). Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää asioiden välisiä riippuvuussuhteita ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että olemassa oleva tilanne saadaan hyvin kartoitettua. (Heikkilä 2004, 16–21.) Kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään kuuluvat strukturoidut kysely- ja haastattelututkimukset. Tutkimustehtävät ja tarkoituksenmukaisuus yhdessä määräävät käytettävän tutkimusmenetelmän. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulokset esitetään numeerisesti, kuvioin tai taulukoin. (Heikkilä 2004, 14–16.) Nummenmaan (2009, 39) mukaan kvantitatiiviset muuttujat mittaavat yleensä suuruutta, määrää tai järjestystä. Näiden yleinen ominaisuus on se, että mittaustulos on aina jokin numeroarvo

Vilkan (2007, 16) mukaan tutkijan on oltava kvantitatiivisessa tutkimuksessa objektiivinen niin koko tutkimusprosessin ajan kuin tulosten julkaisussa. Määrällinen tutkimus on vaativa tutkimusmenetelmä, joka vaatii tutkijalta pitkäjänteisyyttä. Se antaa yleisen kuvan ihmiseen liittyvistä asioista ja luontoon liittyvistä ilmiöistä. Tutkijan on osattava päätellä miten hyvin määrällisen tutkimuksen metodit sopivat yksittäisen tutkimusongelman kartoittamiseen (Vilka 2007, 167–169).

4.2 Aineiston keruu ja kyselylomake

Tässä tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jolla aineisto kerättiin. Kyselytutkimus on aineiston keräämistapa, jossa kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat kysymykset ja samalla tavalla. Sitä voidaan käyttää myös hyvin henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen. (Vilka 2007, 28.) Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Heikkoutena kyselytutkimuksessa on sen pinnallisuus, tutkija ei voi olla varma onko kysymyksiin vastattu rehellisesti. Kyselytutkimuksissa myös kato on usein suuri. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Nummenmaan (2009, 35–36) mukaan aineiston keräämisessä tulee aina olla huolellinen. Mittaustulosten on oltava käytettävissä, kun aineistoa aletaan analysoida. Kunolla kerätty aineisto on tärkeä varsinkin silloin, kun tutkimuksen otos on hyvin pieni. Yhdenkin tutkittavan mittaustulosten poistaminen pienentää aineistoa huomattavasti, mikä vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeen käytön tärkein tavoite on muuntaa tutkijan tiedontarve kysymyksiksi, joihin vastaaja on halukas vastaamaan., Vastauksista tulee yhdenmukaisia ja lomakkeiden käsittely on nopeampaa, kun lomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.)

Tutkimuksen kohteena olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan dialyysiosaston peritoneaalidialyysihoidossa olevat potilaat. Tutkimuksen kohderyhmän vähäiseen lukumäärään vaikuttaa se, että vain pieni osa dialyysipotilaista on peritoneaalidialyysihoidossa. Suurimmalla osalla potilaista kroonisen uremian hoitomuotona on sairaalassa tapahtuva hemodialyysihoito. Hemodialyysin ja munuaisensiirtojen vallitsevuus on kasvanut jatkuvasti, peritoneaalidialyysin vallitsevuus on pysynyt lähes muuttumattomana. (Mäkelä & Saha 2003, 1709–1710; Suomen munuaistautirekisteri 2010.) Nummenmaan (2009, 29–30) mukaan otoskoon määrittelyä ei ole mitään yksinkertaista menetelmää. Otokoko riippuu tutkittavan ilmiön voimakkuudesta, kohdepopulaation suuruudesta ja käytettävistä resursseista. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella oli vuoden 2010 alussa 22 peritoneaalidialyysihoidossa olevaa potilasta. Tutkimuksen toteuttamisen aikana tammikuussa 2011 peritoneaalidialyysipotilaita oli 16.

Potilastyytyväisyyskyselyn toteuttamiseen tutkimusluvut myönsivät dialyysiosaston osastonhoitaja sekä medisiinisen keskuksen ylihoitaja. Tutkimuksessa käytettiin apuna Webropol 2.0-ohjelmaa. Webropol 2.0 on sähköinen kyselyjärjestelmä, jonka avulla voidaan luoda kyselylomakkeita, suorittaa sähköisiä kyselyjä sekä toteuttaa datan tilastollinen analyysi. Kyselylomakkeet tehtiin Webropol 2.0 ohjelmalla ja tulostettiin annettavaksi kyselyyn osallistuville potilaille. Kyselylomakkeet saatekirjeineen annettiin kaikille sinä aikana peritoneaalidialyysihoidossa olleelle potilaalle (n=16). Kyselylomakkeet jaettiin potilaille poliklinikkakäynnin yhteydessä. Potilaille annettiin näin mahdollisuus tehdä tutkijalle kysymyksiä. Potilaille kerrottiin kyselyn olevan vapaaehtoinen. Lomakkeiden palaututtua tutkijalle tutkimusaineisto analysoitiin syöttämällä tiedot Webropol 2.0-ohjelmaan.

Ennen kyselytutkimuksen toteuttamista tulee valita, käytetäänkö valmista tyytyväisyysmittaria vai suunnitellaanko kysymyslomake itse (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen

2010, 90). Dialyysipotilaiden potilastyytyväisyyden mittaamisen valmista mittaria ei löytynyt, joten kyselylomake suunniteltiin itse. Tämän tutkimuksen mittari pohjautuu Töyryn (2001) kehittämään Ihmisläheinen hoito-mittariin (IHL), joka on tarkoitettu hoidon laadun kehittämiseen ja käyttöön. Se on kehitetty Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, erikoissairaanhoidossa. Kyselylomakkeen laadinnassa on käytetty apuna osioita Ihmisläheinen hoito-mittarista. Kysymykset on muokattu tähän tutkimukseen sopivaksi yhteistyössä peritoneaaldialyysipoliklinikan lääkärin ja dialyysiosaston henkilökunnan kanssa. Kyselylomakkeessa oli 33 valmista vastausvaihtoehtoa sisältävää monivalintakysymystä sekä yksi avoin kysymys. Mittari oli 4-portainen Likert-asteikko, jossa vastausvaihtoehdot olivat 1= täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3=osittain samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä. Monivalintakysymysten (5–36) osa-alueina olivat 1. potilasturvallisuus, 2. kivunhoito 3. potilasohjaus ja tiedonsaanti sekä 4. henkilökunnan ammatilliset valmiudet. Avoimen kysymyksen tarkoituksena oli antaa vastaajille mahdollisuus perustella edeltäviä vastauksia sekä antaa parannusehdotuksia dialyysiosaston toiminnan kehittämiseksi. Kyselylomakkeen taustamuuttujina olivat vastaajan sukupuoli, ikä, asumismuoto ja dialyysihoidon kesto (kysymykset 1–4).

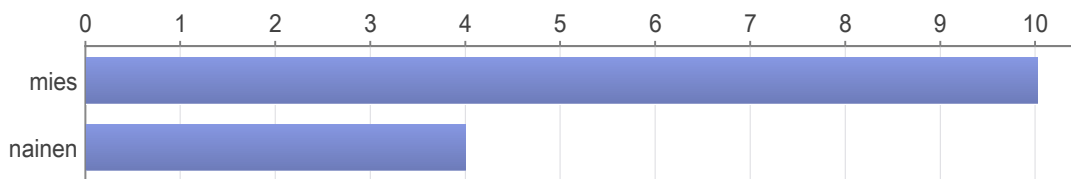
Potilastyytyväisyysmittarit mittaavat usein ainoastaan potilaan tyytyväisyyden määrää eikä sitä mihin potilas on tyytymätön (Kvist 2004, 27–28). Kuopion yliopistollisessa sairaalassa potilaat ovat arvioineet hoidon laatua useilla eri mittareilla. Töyryn 2001 kehittämä ja kuvaama Ihmisläheinen hoito (ILH)-mittari on yksi tärkeimmistä ja eniten käytetyistä laatumittareista arvioitaessa laatua potilasnäkökulmasta. (Kvist 2004, 21.) ILH-mittari sisältää viisi ihmisläheisen hoidon osa-alueita: yhteisyyssuhteet, yksityisyys ja arvostus, tiedon saaminen ja hoitoon osallistuminen, tunne-elämän huomioiminen, fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä työyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle. Yksityisyys osa-alueeseen kuuluvat esimerkiksi huolien kuunteleminen, henkilökunnan riittävä aika, luottamuksellisuus, omaisten huomiointi, sairauteen liittyvien rajoitusten selittäminen ja yksityisyyden säilyttäminen. Osallistuminen hoitoon osa-alue käsittää muun muassa potilaan elämäntilanteen huomioimisen, mahdollisuuden osallistua hoidon suunnitteluun, riittävän tiedon saamisen, opetettujen asioiden harjoittelun, henkilökunnan antaman tuen ja viihtyisän hoitoympäristön. Tunne-elämän huomioiminen osa-alueeseen kuuluvat potilaan turvallinen olo, avun saaminen, ystävällinen ja asiallinen kohtelu, huumorin käyttö sekä pelkojen ja kipujen lievittäminen. Työyksikön hyvän hoidon antamisen edellytyksiä ovat kiireetön ja myönteinen ilmapiiri, riittävä ja tiedollisesti ja taidollisesti ammattitaitoinen hen-

kilökunta ja henkilökunnan hyvä yhteistyö sekä kunnioitus toistensa ammattitaitoa kohtaan. (Töyry 2001, 65–27; Kvist 2004, 81–82.)

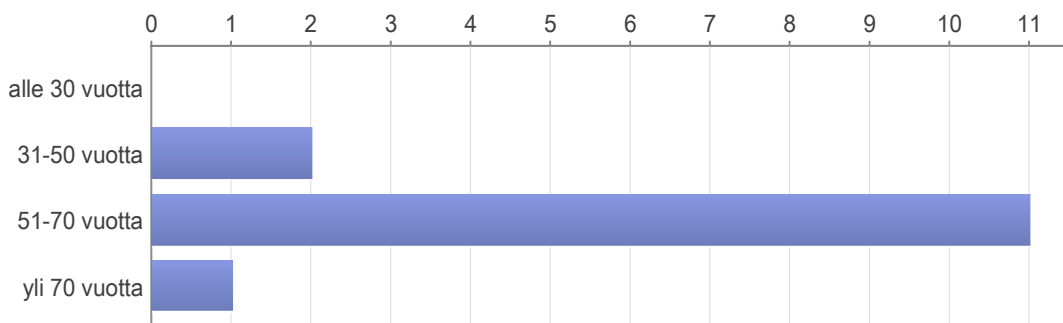
5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

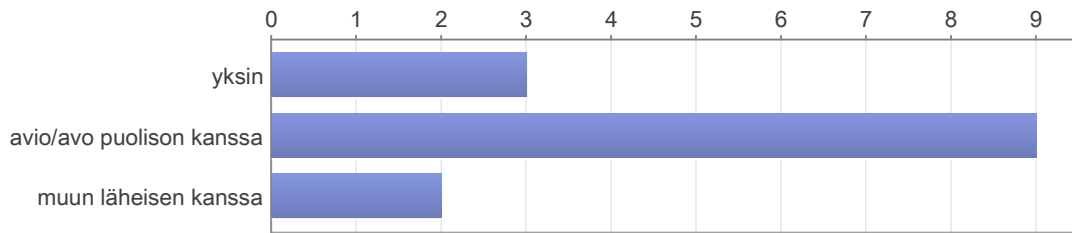
Kohderyhmänä olivat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella peritoneaaldialyysihoidossa olevat potilaat, joita kyselyn toteuttamisen aikana oli 16. Kyselyyn vastasi 14 potilasta. Vastausprosentti oli täten 88 %. Kyselyyn vastanneista naisia oli neljä ja miehiä kymmenen (kuvio 4). Vastaajat oli luokiteltu neljään ikäryhmään: alle 30 vuotta (n=0), 31–50 vuotta (n=2), 51–70 vuotta (n=11) ja yli 70 vuotta (n=1) (kuvio 5). Vastaajista suurin osa asui avio- tai avopuolison kanssa (n=9), muun läheisen kanssa asuvia oli vastaajista kaksi ja yksin asuvia oli kolme (kuvio 6). Kaikki yksin asuvat olivat ikäryhmästä 51–70 vuotta. Vastaajista yhdeksän oli ollut dialyysihoidossa 1–3 vuotta, neljä vastaajaa oli ollut dialyysihoidossa alle vuoden ja yksi vastaaja 4–6 vuotta (kuvio 7).



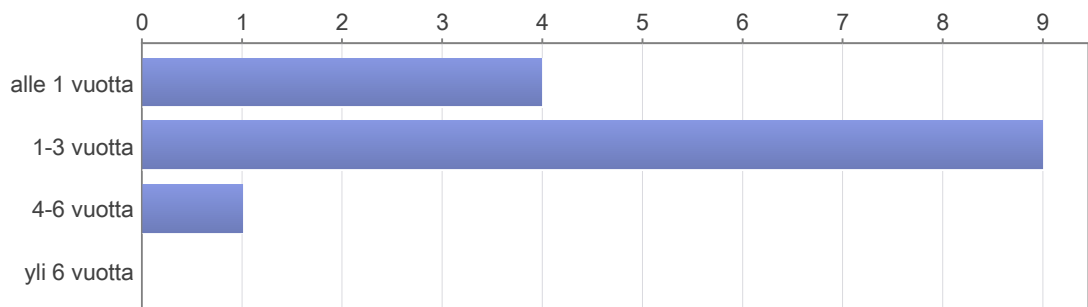
KUVIO 4. Vastaajien sukupuoli (n=14)



KUVIO 5. Vastaajien ikä (n=14)



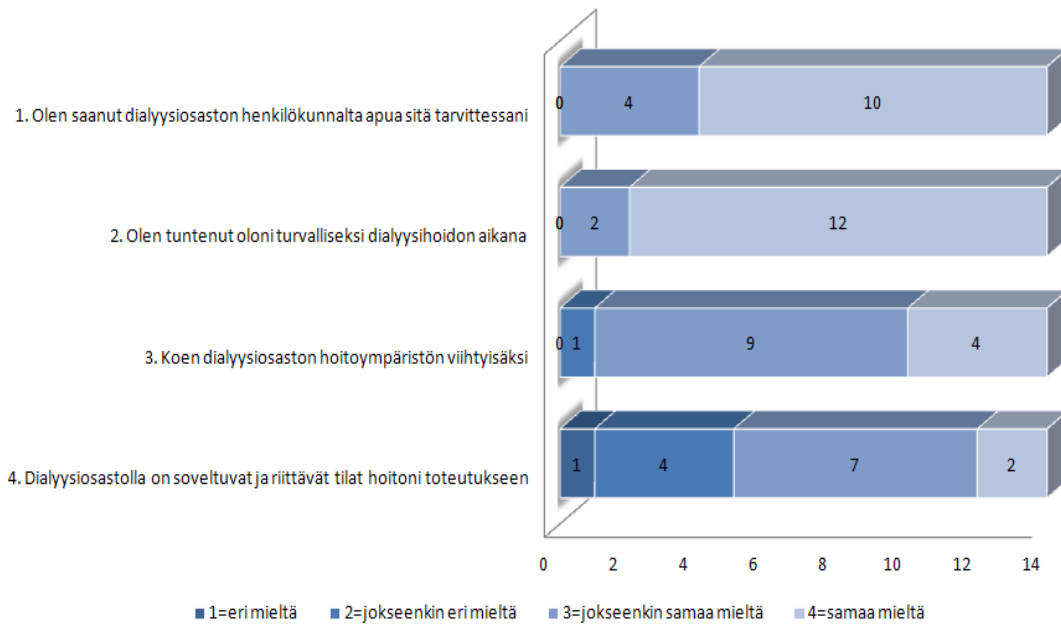
KUVIO 6. Vastaajien asumismuoto (n=14)



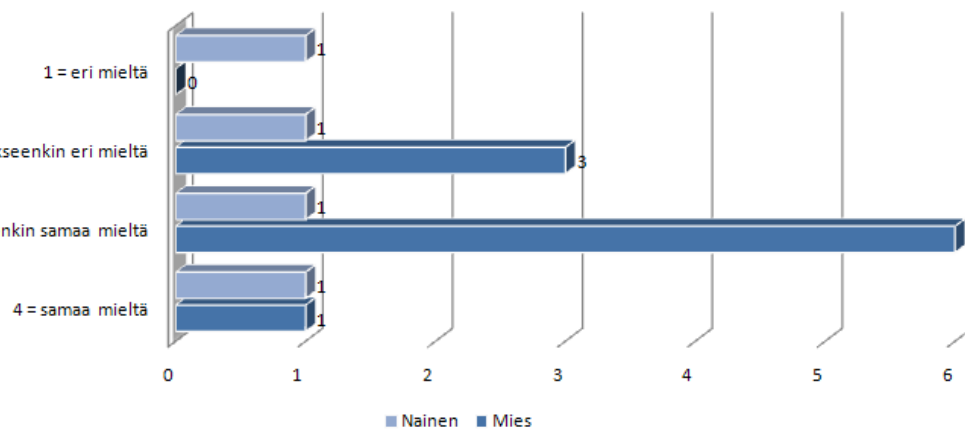
KUVIO 7. Vastaajien dialyysihoidon kesto (n=14)

5.2 Hoidon turvallisuus

Potilaiden kokemuksia hoidon turvallisuudesta kartoitettiin neljällä eri kysymyksellä (kysymykset 5–8). Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin ovatko potilaat saaneet apua dialyysiosaston henkilökunnalta sitä tarvitessaan. Kaikki naiset olivat samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet apua henkilökunnalta, miehistä samaa mieltä oli kuusi vastaajaa. Neljä vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä. Kaikista vastaajista 12 oli täysin samaa mieltä, kun kysyttiin olivatko potilaat tunteneet olonsa turvalliseksi dialyysihoidon aikana. Miehistä yhdeksän ja naisista kolme oli samaa mieltä dialyysihoidon turvalliseksi kokemisesta. Loput vastaajista olivat asiasta jokseenkin samaa mieltä. Tyytyväisimpiä olivat alle vuoden dialyysihoidossa olleet potilaat. Dialyysiosaston ja poliklinikan viihtyisäksi kokemisesta oli samaa mieltä neljä vastaajaa ja tilojen riittävydestä samaa mieltä oli kaksi vastaajaa. Naiset olivat tyytymättömiä dialyysiosaston ja poliklinikan tiloihin kuin miehet. (Kuvio 8 ja 9.)



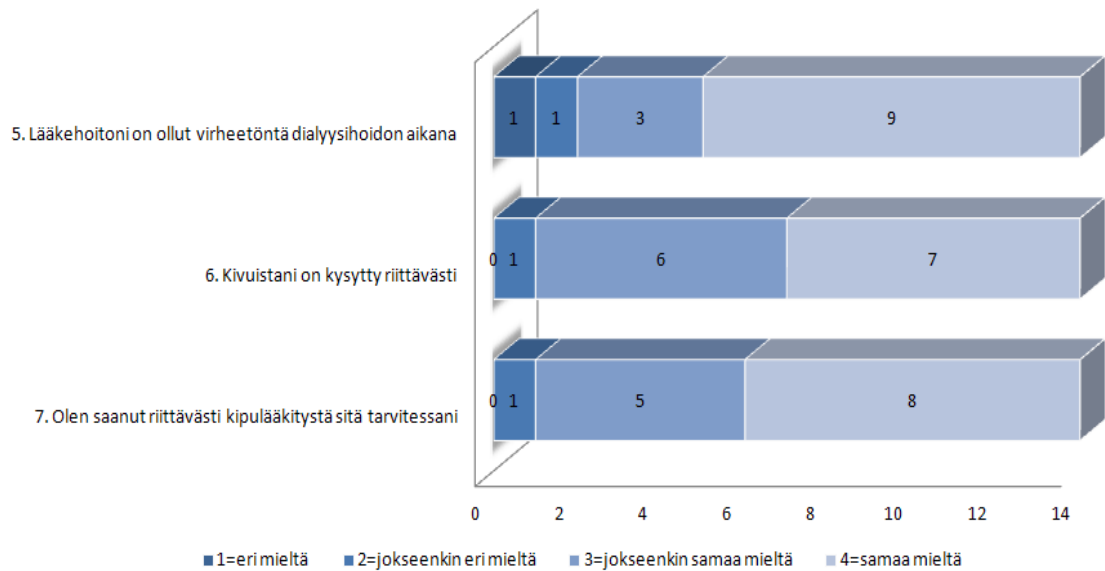
KUVIO 8. Hoidon turvallisuus (n=14)



KUVIO 9. Vastaukset dialyysiosaston tilojen soveltuvuutta ja riittävyttä koskevaan kysymykseen (n=14)

5.3 Lääkehoito ja kivunhoito

Kysymysten 5–7 kivunhoitoa käsittelevät tulokset ovat kuviossa 10. Yhdeksän vastaajan mielestä heidän kivunhoitonsa on ollut virheetöntä dialyysin aikana. Kolme vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä. Seitsemän vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että kivuista on kysytty riittävästi. Vastaajilta kysyttiin myös ovatko he saaneet riittävästi kipulääkitystä sitä tarvitessaan. Vastaajista kahdeksan oli samaa mieltä, viisi vastaajaa jokseenkin samaa mieltä ja yksi vastaaja jokseenkin eri mieltä. Vertailussa todettiin, että naiset ja alle vuoden dialyysihoidossa olleet olivat tyytyväisimpiä kivunhoitoon.



KUVIO 10. Kivunhoito

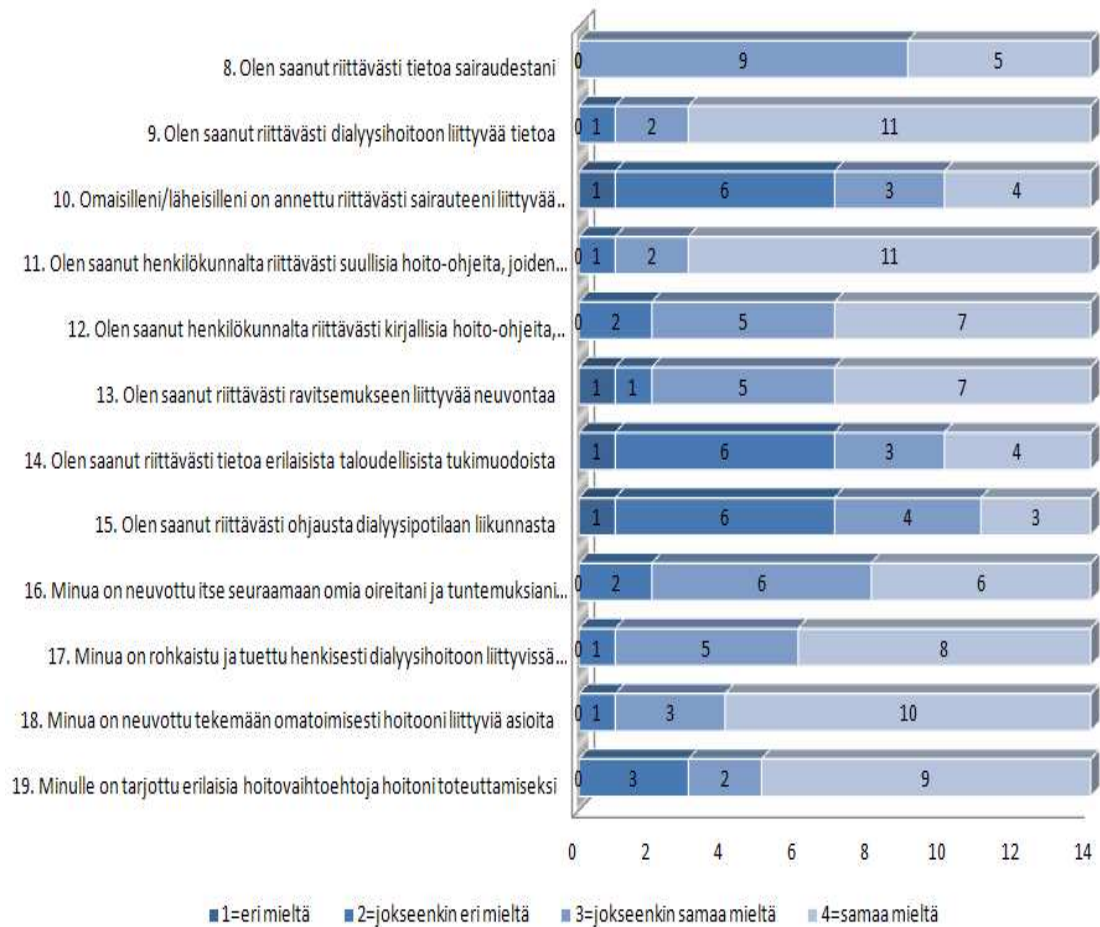
5.4 Tiedonsaanti ja potilasohjaus

Potilaiden tyytyväisyyttä tiedonsaantiin ja potilasohjaukseen kartoitettiin kysymyksillä 8–19. Vastaajista viisi oli samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan, yhdeksän vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä. Sen sijaan vain neljä vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että läheisille/omaisille on annettu riittävästi tietoa sairaudesta, yksi vastaajaa oli täysin eri mieltä. Tyytymättömmimpiä omaisille annettuun tietoon olivat alle vuoden dialyysihoidossa olleet ja 57–70 vuotiaat miehet. Kaikki yksin asuvat olivat asiasta jokseenkin eri mieltä tai eri mieltä. Kysyttäessä ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa dialyysihoitoon liittyen, 11 vastaajaa oli samaa mieltä, kaksi vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä. Henkilökunnalta saatujen **suullis-**

ten hoito-ohjeiden riittävydestä kotona selviytymisen tukena samaa mieltä oli 11 vastaajaa, sen sijaan **kirjallisten hoito-ohjeiden** riittävydestä samaa mieltä oli vain seitsemän vastaajaa. (Kuvio 11.)

Ravitsemukseen liittyvän neuvonnan riittävästä määrästä samaa mieltä oli seitsemän vastaajaa. Miehet olivat tyytyväisempiä ravitsemusohjauksen määrään kuin naiset. Riittävästi tietoa erilaisista taloudellisista tukimuodoista koki saaneensa vain neljä vastaajaa, kuusi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä ja yksi vastaaja täysin eri mieltä. Dialyysipotilaan riittävästä liikuntaohjuksesta kysyttäessä vain kolme potilasta oli asiasta samaa mieltä. Miehet olivat tyytymättömiä liikuntaohjauksen määrään kuin naiset. (Kuvio 11.)

Kuusi potilasta oli saamaa mieltä ja kuusi potilasta jokseenkin samaa mieltä siitä, että heitä oli neuvottu seuraamaan sairauteensa liittyviä oireita ja tuntemuksia tai kertomaan niistä henkilökunnalle. Henkisen tukemisen ja rohkaisun riittävydestä liittyen dialyysihoidossa jaksamiseen yli puolet vastaajista oli samaa mieltä ja viisi vastaajaa jokseenkin samaa mieltä. Yksin asuvat olivat tyytyväisimpiä henkilökunnalta saatuun henkiseen tukeen. Vastaajista suurin osa (n=10) koki, että henkilökunta on neuvonut heitä tekemään omatoimisesti dialyysihoitoon liittyviä asioita sekä yhdeksän vastaajan mielestä heille on tarjottu erilaisia hoitovaihtoehtoja hoidon toteuttamista varten. Vertailun mukaan naiset ja 31–50 vuotiaat olivat tyytyväisimpiä. (Kuvio 11.)



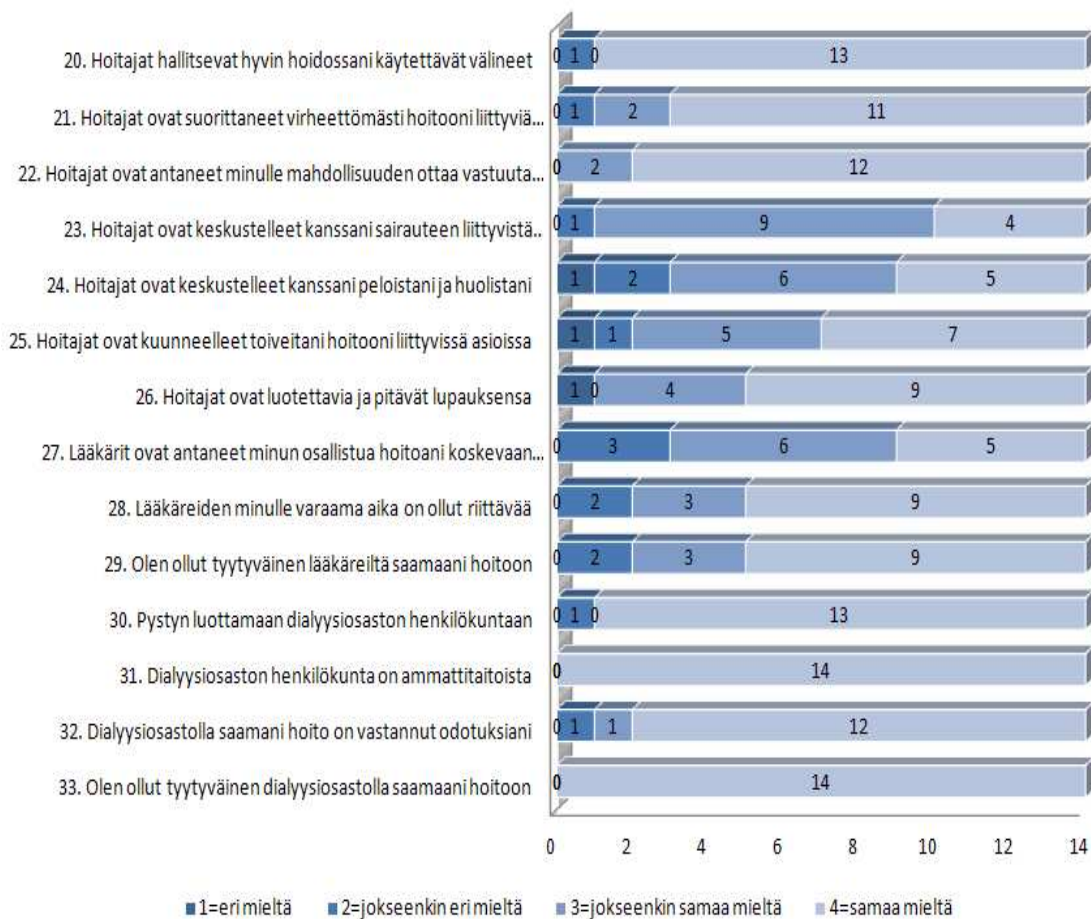
KUVIO 11. Tiedonsaanti ja potilasohjaus (n=14)

5.5 Henkilökunnan ammatilliset valmiudet

Kysymyksillä 20–33 selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä henkilökunnan ammatillisiin valmiuksiin. Melkein kaikki vastaajat (n=13) kokivat, että hoitajat hallitsevat hyvin hoidossa käytettävät välineet, samoin suurin osa vastaajista (n=11) oli sitä mieltä, että hoitajat ovat suorittaneet virheettömästi dialyysihoitoon liittyviä toimenpiteitä. Edelleen enemmistö vastaajista (n=12) koki hoitajien antaneen heille mahdollisuuden ottaa vastuuta dialyysihoitoon liittyen. Sitä vastoin vastaajien mielestä hoitajat voisivat keskustella enemmän sairauteen liittyvistä tuntemuksista ja potilaiden peloista ja huolista. Puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että heitä on kuunneltu dialyysihoitoon liittyvissä asioissa. Suurin osa vastaajista piti dialyysiosaston hoitajia luotettavina. Vertailussa kävi ilmi, että tyytyväisimpiä hoitajien ammatillisiin valmiuksiin olivat naiset ja yksin asuvat potilaat (kuvio 12). Alle puolet vastaajista (n=5) oli samaa mieltä siitä, että lääkärit ovat antaneet heille mahdollisuuden osallistua hoitoa koskevaan päätöksen tekoon, kuusi vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä ja kolme vastaajaa

jokseenkin eri mieltä. Yhdeksän vastaajan mielestä lääkärin potilaalle varaama aika on ollut riittävää, lääkäreiltä saamaansa hoitoon oli tyytyväisiä yli puolet vastaajista. Tyytyväisimpiä lääkäreiltä saamaansa hoitoon olivat naiset ja yksin asuvat potilaat. (Kuvio 12.)

Lähes kaikki vastaajat (n=13) luottivat dialyysiosaston henkilökuntaan, 12 vastaajaa oli sitä mieltä, että dialyysiosastolla saatu hoito on vastannut heidän odotuksiaan. Kaikkien vastaajien mielestä (n=14) dialyysiosaston henkilökunta on ammattitaitoista ja kaikki vastaajat ovat olleet tyytyväisiä dialyysiosastolla saamaansa hoitoon. (Kuvio 12.)



KUVIO 12. Henkilökunnan ammatilliset valmiudet (n=14)

5.6 Vastaajien palaute dialyysiosaston toiminnan kehittämiseksi

Potilastyytyväisyyskyselyssä selvitettiin yhdellä avoimella kysymyksellä millaisia toivomuksia potilailla on hoitotyön parantamiseksi dialyysiosastolla. Kysymyksen avulla oli tarkoitus kartoittaa potilaiden ehdotuksia dialyysiosaston toiminnan kehittämiseksi. Avoimeen kysymykseen vastasi neljä potilasta. Vastaajat kokivat poliklinikan vastaanottotilat ahtaiksi ja toivoivat parannusta tilanteeseen. Potilaat toivoivat myös vastaanottotiloille pysyvyyttä niin, ettei paikka vaihtuisi jatkuvasti. Potilaat kokivat poliklinikan olevan heittopussina milloin missäkin ja uusien tilojen tuntuva vieraalta. Lääkärin tai sairaanhoitajan toivottiin kertovan enemmän miten laboratoriotulokset vaikuttavat hoitoon ja mistä on haittaa. Lääkärin vastaanotolle toivottiin enemmän aikaa, ettei tarvitse tuntea olevansa liukuhihnalla. Myös ruokavalio- ja liikuntaohjausta kaivattiin lisää. Kiitosta potilaat antoivat dialyysiosaston mukavalle henkilökunnalle.

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelua

Turvallisuudesta kysyttäessä lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä dialyysiosaston henkilökunnalta saamaansa apuun sekä kokivat hoidon turvalliseksi. Tyytymättömyyttä herättivät dialyysiosaston ja poliklinikan hoitoympäristö sekä tilat. Tutkimuksen suorittamisen aikana dialyysiosastolla oli sisäilmaongelmien vuoksi remontti ja peritoneaalidialyysipoliklinikka toimi väliaikaisissa tiloissa sisätautien poliklinikalla, jonne potilaiden oli ajoittain vaikea löytää. Peritoneaalidialyysipoliklinikka toimii tällä hetkellä dialyysiosastolla huoneessa, joka on muutettu osaston tutkimushuoneesta poliklinikatilaksi. Peritoneaalidialyysipotilaan opetus tapahtuu samassa huoneessa, joten opetusajankohtana poliklinikkatoiminnalle ei ole osastolla omia tiloja. Ongelmana ovat puutteelliset ja ahtaat vastaanotto-, varasto- laite- ja hoitotarviketilat. Dialyysiosasto muuttaa KYSin laajennushankkeen (B11) myötä uuteen rakennukseen syksyllä vuonna 2014. Poliklinikkatoiminnalle on tulossa rakennukseen asianmukaiset tilat, jotka parantavat hoitoprosessin sujuvuutta. Tutkimusten mukaan (Hiidenhovi ym. 2001, 12–19; Kuohula 2008, 63–64) potilaat kokevat hoitoympäristön viihtyisyyden osaksi palvelua. Rauhallinen, siisti ja virkistävä ympäristö ja selkeät opasteet sairaalan sisä- ja ulkotiloissa ovat merkityksellisiä asioita potilaalle. Kvist (2004, 104–105) toteaa potilaiden kokeneen hoidon laatua estäviksi tekijöiksi levottoman ympäristön esimerkiksi remonteista, vapaista vierailuajoista tai jatkuvasta television katselusta johtuen.

Kivunhoitoon liittyvässä osiossa yli puolet vastaajista oli täysin tyytyväisiä kivunhoitoon. Peritoneaalidialyysipotilailla kipu on yleisimmin peritoneaalidialyysikatetrin laitoon tai vatsakalvon tai peritoneaalidialyysikatetrin juuren tulehdukseen liittyvää kipua. Dialyysineste voi tuntua vatsaontelossa epä mukavalta ja kivuliaalta, myös vatsaontelon tyhjeneminen voi aiheuttaa kipua dialyysihoidon aikana. Myös Saarisen 2007, tutkimuksessa Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta potilaat olivat pääosin tyytyväisiä kivunhoitoon. Saarisen (2007, 67) mukaan potilaan kipulääkityksen kohdalla on vielä kuitenkin parantamisen varaa. Saarinen toteaa, että poliklinikoilla tulisi olla selkeät hoitoprotokollat erilaisille kipupotilaille ja lääkäreiden tarvitsevan lisää kivunhoitoon liittyvää koulutusta, jotta kipulääkkeen antamisessa ei säästeltäisi tarpeettomasti. Lääkehoidon virheettömyydestä oli täysin samaa mieltä suurin osa vastaajista, yksi vastaaja oli täysin eri mieltä. Pasternack (2006, 2459–2470) toteaa, että lääkevahingot syntyvät virheellisten määräysten ja väärän lääk-

keen annon pohjalta. On myös tavallista, että potilaan lääkitystä koskevat tiedot ovat puutteellisia. Peritoneaaldialyysipotilaiden aloittaessa dialyysihoidon heille tehdään lääkelista KYSssä käytössä olevaan potilastietojärjestelmän Mirandan lääkehoito-osioon. Lääkäri päivittää lääkelistan aina potilaan käydessä vastaanotolla peritoneaaldialyysipoliklinikalla. Kaikki potilaalle annetut lääkkeet merkitään potilastietojärjestelmään. Vertailussa todettiin, että lääkehoitoon ja kivunhoitoon liittyvässä osiossa naiset ja alle vuoden dialyysihoidossa olleet potilaat olivat tyytyväisimpiä.

Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä tiedon riittävyteen, jota he olivat saaneet dialyysiosaston henkilökunnalta omasta sairaudestaan ja dialyysihoidosta. Tyytymättömiä oltiin läheisille ja omaisille annetun tiedon määrään. Timosen (2001, 3) mukaan dialyysihoito vaikuttaa myös potilaan perheeseen. Myös läheinen itse saattaa tarvita henkilökunnan tukea jaksakseen tukea potilasta (Potinkara 2004, 16). Munuais- ja maksaliitto ry:n hyvän hoidon kriteereissä (2012, 2) mainitaan dialyysipotilaan hyvään hoitoon kuuluvan, että potilaan läheiset ja perheenjäsenet ovat mukana hoidossa potilaan tarpeiden mukaan. Kuopion yliopistollisen sairaalan hoitotyön strategian mukaan potilaan hoitoprosessia tulee suunnitella ja toteuttaa yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Myös Kääriäisen tutkimuksessa (2007, 121) potilaat halusivat, että omaiset ovat enemmän mukana ohjauksessa. KYSin dialyysiosastolla potilaille korostetaan, että omaiset ja läheiset ovat tervetulleita mukaan opetukseen ja vastaanottokäynneille dialyysiosaston poliklinikalle.

Tyytymättömiä oltiin myös kirjallisten hoito-ohjeiden määrään, niitä ei koettu riittäväksi. Siekkisen (2003, 11) mukaan kirjallisten ohjeiden etuna on, että potilas voi tutustua saamiinsa ohjeisiin kotona ja kerrata niitä myöhemmin. Dialyysipotilaille annetaan ohjauksen yhteydessä kirjallisia potilasohjeita sekä muuta ohjausmateriaalia, jotka käydään myös suullisesti läpi yhdessä dialyysihoitajan kanssa. Kääriäisen (2007, 119) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunnalla on kehittämisen varaa ohjausmenetelmien hallintataidoissa, koska hoitajat hallitsivat hyvin vain suullisen ohjauksen. Kääriäisen (2007, 119–120) mukaan on tärkeää potilasohjauksen onnistumisen kannalta käyttää kirjallista ohjausmateriaalia suullisen ohjauksen rinnalla. Henkilökunnalta suullisesti saatujen hoito-ohjeiden määrään oltiin sen sijaan tyytyväisiä. Kaikki alle vuoden dialyysihoidossa olleet kokivat saaneensa riittävästi suullisia hoito-ohjeita henkilökunnalta. Vertailun mukaan alle vuoden dialyysihoidossa olleet potilaat näyttäisivät kaikilla osa-alueilla hieman tyytyväisempiä hoitoonsa kuin pitempään hoidossa olleet potilaat.

Peritoneaalidialyysihoidon alkaessa kaikki potilaat tapaavat Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ravitsemusterapeutin, sosiaalihoitajan ja halutessaan fysioterapeutin. Dialyysiosaston henkilökunta antaa myös ravitsemukseen, sosiaaliturvaan ja liikuntaan liittyvistä asioista potilaille ohjausta tarvittaessa. Potilaat olivat kuitenkin tässä kyselyssä melko tyytymättömiä ravitsemusohjauksen määrään ja kokivat taloudellisista tukimuodoista olevan tiedon olleen riittämätöntä. Kaikista eniten tyytymättömyyttä herätti vähäinen liikuntaohjaus. Peritoneaalidialyysihoidossa tarvitaan fosfori- ja suola rajoituksia, jotta hoito onnistuisi hyvin. Hyvä proteiiniravitsemus ylläpitää kuntoa ja parantaa ennustetta. Ravitsemusasiantuntijan tulee tarkistaa säännöllisesti ruokavalioiden riittävyys. Sairaanhoidajan tehtävänä on huolehtia, että potilaan sosiaaliturvaan liittyvät asiat kuten todistukset dialyysiliuosten erityiskorvattavuuteen ja hoitotuen hakemiseen ovat kunnossa. (Alahuhta ym. 2008, 101.) Dialyysihoito rajoittaa elämää ja tekee potilaan helposti passiiviseksi. Toimintakyky ja motivaatio alenevat, jolloin liikunnan lisäämisen on tärkeää. Lääkärin ja hoitohenkilökunnan tuki, kannustus ja rohkaisu ovat erittäin keskeisessä roolissa. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on kehitetty dialyysipotilaiden liikuntaohjausta dialyysiosastolla toteutetun terveystahankkeen myötä. (Hyvärinen & Varis 2009, 33–35.)

Potilaat olivat tyytyväisiä henkilökunnalta saatuun henkiseen tukeen ja kannustamisesta omatoimisuuteen dialyysihoidon suhteen. Dialyysipotilaalle henkilökunnan tuki on tärkeää jaksamisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta. Potilaalle ja hänen omaiselleen ja läheisilleen annetaan tietoa Munuais- ja maksaliito ry:n toiminnasta, vertais- tuesta sekä sopeutumisvalmennuskursseista. Munuais- ja maksaliito ry:n julkaisemassa Munuaispotilaan oppaassa (2010, 27) todetaan omatoimisen dialyysipotilaan elämänlaadun olevan parempi, hän myös pärjää paremmin ja elää kauemmin kuin laitosdialyysissa oleva. Tämä on keskeisin syy, miksi potilaalle ensisijaisesti valitaan omatoiminen hoitomuoto. Yhtä tyytyväisiä ei oltu erilaisten hoitovaihtoehtojen tarjontaan ja mahdollisuuteen osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Myös Kvistin (2004, 138) ja Kvistin ym. (2006, 107–119; 2008, 465–470) tutkimuksissa potilaat olivat tyytymättömiä mahdollisuutensa osallistua hoidon suunnitteluun. Munuais- ja maksaliito ry:n hyvän hoidon kriteereissä (2012, 2) todetaan hyvässä hoidossa olevan tärkeää, että asiantuntijoiden antama ohjaus tukee potilaan valmiutta suunnitella ja toteuttaa omaa hoitoaan ja osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Toiviaisen (2011, 777–783) mukaan tilanteet, jossa potilas lääkärin vastaanotolle tullessaan ilmoittaa haluavansa tiettyjä tutkimuksia, hoitotoimenpiteitä tai lääkkeitä ovat lisääntyneet. Potilaiden tiedot sairauksistaan ja vaatimukset hoidostaan ovat osittain uudelleen muotoutuvaa terveydenhuoltoa.

Potilaat olivat tyytyväisiä koko dialyysiosaston henkilökunnan ammattitaitoon ja osastolla saamaansa hoitoon sekä luottivat hoitajiin ja lääkäreihin. Kvistin ym. tutkimuksessa (2006, 465–470) potilaiden arvioinneissa luottamus lääkäreihin ei ollut kymmenen parhaan osatekijän joukossa. Potilaat ovat olleet pääasiallisesti tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon myös aiemmissa tutkimuksissa Saarinen (2007, 67); Hiihdenhovi ym. (2001, 62.) Ikääntyneet potilaat antavat Saarisen (2007, 72) mukaan todellisuutta paremman kuvan hoidostaan potilastyytyväisyysmittauksissa, koska he voivat verrata nykyistä terveydenhoitojärjestelmää vuosien takaiseen tilanteeseen. Tässä tutkimuksessa yksitoista vastaajaa oli 51–70 vuoden ikäisiä. Potilastyytyväisyyskyselyjä on kritisoitu siitä, että potilaat, jotka ovat riippuvaisia terveystalouksista, eivät halua kritisoida hoitoaan. Potilaat liioittelevat tyytyväisyyttään ja heidän arvionsa hoidon laadusta ovat liian myönteisiä. (Välimäki & Suhonen 2003, 130–143; Mäki 2004, 137; Kvist 2004, 137.) Avoimen kysymyksen vastauksissa potilaat toivoivat lääkärin vastaanotolle lisää aikaa. Myös Kvistin ym. tutkimuksessa (2006, 465–470) potilaat arvioivat kiireen eniten hoidon laatua estäväksi tekijäksi. Potilaat kaipaivat kiireettömiä keskusteluja lääkäreiden kanssa ja kokivat laatua estäväksi tekijäksi lääkärin vaihtumisen jokaisella käyntikerralla.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen aiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen- ja ongelman valinnassa kysytään kenen ehdoilla tutkimuskohde valitaan ja miksi kyseiseen tutkimukseen ryhdytään. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä tutkimukseen osallistuminen sisältää. Huomioon on otettava myös kunnioittavan ja huomaanin kohtelun esittämät näkökohdat, kaikissa ihmisiin kohdistuvissa tutkimustöissä. Aineiston keruussa on huomioitava mm. anonymiteetin takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26–27.) Opinnäytetyön aihe nousi dialyysiosaston omista tarpeista ja toiveista, sillä peritoneaaldialyysipotilaille ei ole aikaisemmin tehty tyytyväisyyskyselyä. Tutkimus tulee Kuopion yliopistollisen sairaalan dialyysiosaston käyttöön.

Kuulan (2006, 34–38) mukaan tulee eettisyys huomioida koko tutkimusprosessin ajan. Tämä tarkoittaa suunnittelusta alkaen huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset on huomioitava aineiston hankinnassa ja analysoinnissa, tulosten esittämisessä ja arvioinnissa. Tämän tutkimuksen materiaali

on kerätty useasta eri lähteestä. Tutkimukseen on pyritty etsimään erilaisia ja suhteellisen tuoreita artikkeleita, tutkimuksia ja teoksia. Lähdeviitteet ja lähdeluettelo on merkitty ohjeiden mukaisesti.

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen ja tutkimuksen validius tutkimuksen kykyä mitata sitä mitä oli tarkoitus mitata. Yhdessä nämä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Määrällisen tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen vaikuttaa miten tutkimus toteutetaan. Määrällinen tutkimus tulee tehdä tieteelliselle tutkimukselle asetettujen tavoitteiden mukaisesti, joita ovat esimerkiksi tutkimuskohteen täsmällinen määrittäminen, hyvän tutkimusetiikan noudattaminen, yksityisyyden säilyttäminen ja rehellisyys. (Vilka 2007, 152–154.) Tutkimuksessa on myös otettava huomioon eettiset periaatteet kuten itsemääräämisoikeus, vahingoittamattomuus ja yksityisyyden kunnioittaminen. Tutkittavan henkilön tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, kuka sen toteuttaa ja mihin kerättyjä tietoja käytetään. Tulokset on esitettävä niin, ettei tuloksista voi saada selville yksittäistä vastaajaa. (Kuula 2006, 60–64.) Kyselyyn vastaamiseen oli varattu aikaa kaksi viikkoa, joka oli mielestäni riittävä aika kyselylomakkeen täyttämiseen. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtui nimettömänä. Kyselyyn vastaajille annettiin kysely saatekirjeineen suljetussa kirjekuoressa. Kirjekuoreen olin kirjoittanut oman kotiosoitteeni ja laittanut postimerkin valmiiksi palautusta varten. Jätin kyselyyn osallistujille omat yhteystietoni mahdollisia kysymyksiä varten. Kysymyksiä ei vastausaikana tullut, joka mielestäni osoittaa, että vastaajat ymmärsivät kysymysten sisällön. Vastauksia ei ole nähnyt eikä käsitellyt muut kuin tutkimuksen tekijä. Tulokset on raportoitu rehellisesti ja avoimesti.

Tutkimuksen, myös hoitotieteellisen tutkimuksen keskeinen kysymys on luotettavuus. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten suhteen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin luotettavuus on tärkeimpiä asioita. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla tarkka, täsmällinen ja kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. On tärkeää saada tietoa juuri tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–156.) Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus vaihtelee. Kaikkien tutkimusten luotettavuutta tulisi jotenkin arvioida. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiin saadaan vastaukset,

mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Paunosen & Vehviläinen-Julkusen (1998, 207) mukaan aloitteleva tutkija saattaa aloittaa kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisen nopeasti laatimalla kyselylomakkeen, pohtimatta saako hän tietoa tukittavasta ilmiöstä ja miten luottavia tulokset ovat. Tässä tutkimuksessa mittarin suunniteluun, kysymysten valintaan ja esitestaukseen olisi pitänyt ehdottomasti panostaa enemmän, mutta ajanpuutteen vuoksi tämä jäi tekemättä. Vilka (2007, 16) toteaa, että tulosten puolueettomuutta auttaa tutkijan ja tutkittavien etäinen suhde prosessin aikana. Olen pohtinut heikentääkö tutkimustulosten luotettavuutta se, että tutkijan näkökulma on niin lähellä tutkittavaa asiaa ja tutkija on kohderyhmälle tuttu. Tutkimustulos olisi voinut olla erilainen, jos tutkijana olisi ollut potilaille tuntematon henkilö. Olen kuitenkin tiedostanut nämä asiat ja pyrkinyt tekemään opinnäytetyön opiskelijan roolissa ja objektiivisesti. Olen kuitenkin kokenut, että peritoneaalidialyysipotilaiden hoitotyössä saadun kokemuksen näkökulma tutkimuksen tulosten tulkinnassa on enemmän etu kuin haitta.

6.3 Opinnäytetyöprosessin eteneminen ja oma ammatillinen kasvu

Savonia ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelman mukaan sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä on toteuttaa ja kehittää hoitotyötä. Sairaanhoitaja tunnistaa ja tuo esille hoitotyöhön liittyviä, hoitokäytännöistä nousevia tutkimus- ja kehittämistarpeita. Opinnäytetyön osaamistavoitteena on ymmärtää vastuunsa ammatillisesta kehittämisestä ja oman ammattialansa kehittämisestä. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2009, 4–44.)

Opinnäytetyön aihe oli selkeä ja mielekäs valinta, jonka aihe on työelämälähtöinen ja valittu oman työyksikön kehittämishaasteista. Tein vuonna 2009 hallinnon- ja johtamisen erikoistumisopintoihin liittyen kyselyn Kuopion yliopistollisen sairaalan pre- ja peritoneaalidialyysipoliklinikan sairaanhoitajille työn kehittämisestä. Kyselyn tuloksista nousi esille, että sairaanhoitajan työnkuvan kehittämisessä ja poliklinikan toiminnan tarkastelussa auttaisi potilastyytyväisyyskyselyn tekeminen. Kyselyn myötä saataisiin tietoa siitä, kuinka potilaat saadun hoidon ja hoitoympäristön kokevat. Työskentelen sairaanhoitajana peritoneaalidialyysipoliklinikalla, joten tutkimani tieto tämän potilasryhmän tyytyväisyydestä ja tyytymättömyydestä auttaa minua ja työyhteisöä kehittämään peritoneaalidialyysipotilaiden hoitotyötä laadukkaammaksi. Myös oman amma-

tillisen kasvun ja ammattitaidon kannalta on ollut hyvä tarkastella syvemmin omaa työtään ja osaamistaan.

Opinnäytetyön valmistuminen on ollut kokonaisuutena suunniteltua pitempi, mutta antoisa prosessi. Haasteena ovat olleet perheellisen ja työssäkäyvän aikuisopiskelijan aikataulut ja elämäntilanteet. Koin ajoittain opinnäytetyönprosessin kokonaisuuden hahmottamisen vaikeana, en osannut yhdistää löytämäni teoretietoa käytäntöön. Myöskään aikaisempaa kokemusta, taitoja tai valmiuksia tutkimuksen tekemiseen tai tieteellisen tekstin kirjoittamiseen ei juuri ollut. Aiheen hahmottaminen ja tavoitteiden määrittäminen on vaatinut aikaa ja kärsivällisyyttä. Käsitys määrällisen opinnäytetyön tekemisen vaiheista on kuitenkin jäsentynyt ja selkiytynyt työn tekemisen myötä. Olen oppinut tutkimuksen tekemisen aikana hakemaan tietoa eri lähteistä ja tietokannoista. Runsaasta lähdeaineistosta oli aluksi vaikeaa valita oman työn kannalta käyttökelpoisimmat ja luotettavimmat tutkimukset, kriittisyyttä on joutunut opettelemaan. Merkittävin asia minulle tässä tutkimuksessa on ollut saada tietoa siitä, mitä peritoneaalidialyysipotilaat pitävät tärkeänä oman hoitonsa kannalta ja pystyä tämän myötä toimimaan hoitotyössä potilaiden parhaaksi. Sydämellinen Kiitos Pohjois-Savon munuais- ja maksayhdistys ry:lle saamastani tuesta, joka auttoi minua tämän opinnäytetyön valmistumisessa!

6.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Tutkimustulosten avulla tulisi kiinnittää huomiota tai vaikuttaa tässä tutkimuksessa ilmenneisiin kehittämishaasteisiin, kuten potilaiden mahdollisuuteen osallistua enemmän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Dialyysiosasto muuttaa KYSin laajennushankkeen (B11) myötä uuteen rakennukseen syksyllä vuonna 2014. Dialyysiosastolla omatoimisuus ja potilaiden osallistuminen hoitoonsa kukin omien voimavarojensa mukaan ovat tärkeitä kehittämiskohteita. Tämä seikka on myös korostunut uuden osaston tilojen suunnittelussa ja toimintojen organisoinnissa. Mielestäni olisi tärkeää tehdä laajempi potilastyytyväisyyskysely kaikille potilasryhmille, joiden hoito keskitetään uudelle dialyysiosastolle. Tutkimus tulisi suunnata sekä predialyysivaiheessa että eri dialyysihoitomuodoissa oleville potilaille koskien omatoimisuutta ja sitä kuinka potilaat voisivat osallistua enemmän oman hoitonsa suunnitteluun yhdessä omaisten ja dialyysiosaston henkilökunnan kanssa.

Peritoneaalidialyysiin liittyvien potilasohjeiden sekä henkilökunnalle tarkoitettujen ohjeiden päivittäminen ja uusien näyttöön perustuvien ohjeiden laatiminen potilasohjauksen ja hoitotyön tueksi olisi tärkeä kehittämiskohde. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa käytettävät ohjeet löytyvät Intranetistä ja ovat henkilökunnan käytettävissä. Potilaille ohjeet on tähän asti annettu kirjallisesti ja käyty läpi dialyysihoidon alkaessa ja opetuksen yhteydessä. Mahdollisuutta laittaa potilasohjeita myös KYSin tai dialyysiosaston omille Internet-kotisivuille voisi jatkossa kartoittaa tai käyttää enemmän sähköpostia hyödyksi ohjeiden välittämisessä potilaille. Potilasjärjestöjen ja peritoneaalidialyysilaitteiden valmistajien kotisivuilla on myös hyviä ja luotettavia potilasohjeita ja tietoa esimerkiksi ravitsemukseen, taloudellisiin tukimuotoihin ja liikuntaohjaukseen liittyen.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M., Mäkijärvi, M. & Saario, I. 2008. Aina roiskuu, kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Haittatapahtumien kirjaamisessa yhä parantamisen varaa. *Suomen lääkirilehti* 2008 nro 63, 3791–3796.

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

Bernardini, J., Price, V., Figueiredo, A. 2006. *Peritoneal dialysis patient training*. *Peritoneal dialysis international* 2006 nro 26, 641–642.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 2008 nro 20, 115–125.

Estalander, A-M. 2003. *Kivun psykologia*. Porvoo: WSOY.

Finne, P., Honkanen, E. & Grönhagen-Riska, C. 2006. *Tulevaisuuden haasteet munuaisten vajaatoiminnan hoidossa* [viitattu 20.2.2011].

Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/ltk.ltk.koti>

Gokal, R. 2002. Peritoneal dialysis in the 21 st century. An analysis of current problems and future developments. *Journal of the American Society of Nephrology* 2002 nro 13, 104–116.

Haanpää, M. 2002. Neuropaattisen kivun näyttöön perustuva hoito. *Duodecim* 2002 nro 120, 13–20.

Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.

Hiidenhovi, H., Åstedt-Kursi, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 2001 nro 13, 12–19.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. painos Helsinki: Tammi

Honkanen, E. & Ekstrand, A. 2006. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. *Suomen lääkirilehti* nro 61, 1699–1704.

Holma, T. 2001. *Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo*. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. *Tilastolliset menetelmät*. Porvoo: WSOY.

Hyvärinen, M. & Varis, N. 2009. Räättälöity liikunnanohjaus tukee munuaispotilaan terveyttä. *Sairaanhoitaja* 2009 nro 3, 33–55.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Asiantuntijuuden kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa: Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.) Kohti asiantuntijuutta. *Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla*. Vantaa: Dark Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Kauppinen, R. 2006. *Sisätautien ytimessä*. Helsinki: Edita.

Kilpiö, S. 2010. *Peritoneaalidialyysi*. Terveysportti. Sairaanhoitajan tietokannat. Sairaanhoitajan käsikirja [viitattu 20.3.2011].

Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/>

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. *Vaaratapahtumien raportointimenettely*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: yliopistopaino.

Kinnunen, M., Ruuhilehto, K. & Keistinen, T. 2009. Johdolla vastuu potilasturvallisuudesta. *Sairaanhoitaja* 2009 nro 6–7, 7–9.

Koponen, L., Hopia, H. (toim.) 2008. *Vetovoimainen terveydenhuolto*. Kuopio: Suomen graafiset palvelut Oy.

Kuisma, M. & Hakala, T. 2009. *Ensihoidon laadun hallinta*. Helsinki: Tammi.

Kuohula, S. 2008. *Dialyysipotilaan toivon elävöittäminen hoitotyössä - dialyysihoitajan kuvaus dialyysipotilaan toivosta, siihen liittyvistä tekijöistä ja auttamismenetelmistä*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2008. *Peritoneaalidialyysipotilaan palveluketju*. Sisätautien klinikan tulosyksikön toimintakäsikirja. Nefrologian palveluryhmä.

Kuula, A. Tutkimusetiikka. 2006. *Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Jyväskylä: Gummerus.

Kvist, T. 2004. *Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kopijyvä.

Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 2006 nro 3, 107–119.

Kvist, T. 2004. *Hoidon laatu-potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kopijyvä.

Kvist, T., Rissanen, V. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Lääkäreiden ja potilaiden arviot hoidon laadusta – samanlaisuutta ja erilaisuutta? *Suomen lääkärilehti* 2006, nro 61, 465–470.

Kääriäinen, M. 2007. *Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen*. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. Väitöskirja [viitattu 2.3.2012].

Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 2006 nro 10, 7–9.

Kääriäinen, P. & Linnanvuori, M. 2003. Peritoniitti peritoneaalidialyysin komplikaationa kokemuksia OYS:sta 23 vuoden ajalta. *Duodecim* 2003 nro 119, 1735–1741.

Laakkonen, A. 2004. *Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa*. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Päivitetty 21.12.2001.
[viitattu 10.5.2010].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino-Kilpi, H. & Peltomaa, K. 2008. Eettinen turvallisuus – vetovoimaisten sairaaloiden ominaispiirre. *Sairaanhoitaja* 2008 nro 8, 14–16.

Lämsä, S. 2005. Lonkan tähystys turvallisesti. *Pinsetti* nro 3, 16–19.

Mervaala, E. 2010. Diabeettinen neuropatia. *Duodecim* 2010, nro 14, 1731–1732.

Metsärinne, K. 2006. Dialyysipotilas tänään. *Suomen lääkärilehti* 2006, nro 15–16, 1713–1715.

Munuais- ja maksaliitto ry. 2010. *Munuaispotilaan opas* [viitattu 20.2.2010].

Saatavissa: http://www.musili.fi/fin/munuaispotilaan_opas/

Munuais- ja maksaliitto ry. 2011a. *Munuaisensiirto* [viitattu 16.3.2011].

Saatavissa: <http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/munuaisensiirto/>

Munuais- ja maksaliitto ry. 2011b. *Peritoneaalidialyysihoito* [viitattu 13.3.2012].

Saatavissa: http://www.musili.fi/fin/lapsi_sairastaa/peritoneaalidialyysihoito/

Munuais- ja maksaliitto ry. 2012. *Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit* [viitattu 23.2.2012].

Saatavissa: <http://www.musili.fi/fin/ajankohtaista>

Mäkelä, S. & Saha, H. 2003. Miksi peritoneaalidialyysi ei yleisty Suomessa? *Duodecim* 2003 nro 119, 1709–1710.

Mäki, T. 2004. *Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.

Niemelä, P. & Kanste, O. 2006. Hemodialyysipotilaan palveluketju – Tavoitteena saumattomuus. *Sairaanhoitaja* 2006 nro 9, 18–20.

Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi. Keuruu.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. *Sairaanhoitaja* 2006 nro 10, 3.

Palin, A. 2007. *Sairaanhoitajan ammatilliset valmiudet hajautetussa hemodialyysissa*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Palokoski, M-R. 2007. *Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Partanen, P., Pitkäaho, T., Kvist, T., Turunen, H., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) *Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja*. Sairaanhoitajaliitto 2008, 69–88.

Partanen, P., Pitkäaho, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H., Kvist, T. & Miettinen, M. 2009. Terveystuotannon henkilöstövoimavarat – investointi terveyden tuottamiseen. *Sairaanhoitaja* 2009 nro 3, 11–13.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 2006, nro 122, 2459–2470.

Paukkala, M. 2001. *Hoitotyön peruspilarit*. Hygienia. Tammi: Keuruu.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY: Juva

Piraino, B., Bernardini, J., Brown, E., Figueiredo, A., Johnson, D., Price, V., Rammakshmi, S. & Szeto, C. 2011. ISPD position statement on reducing the risk of peritoneal dialysis-related infections. *Peritoneal Dialysis International* 2011 nro 31, 617–618.

- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Hoitotyön johtoryhmä.** 2008. *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia 2008–2012*. KYS. Monistamo.
- Potinkara, H.** 2004. *Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilöstön välisestä yhteistyöstä*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P.** 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. *Hoitotyön vuosikirja 2009*. Sairaanhoitajaliitto 2009, 65, 70–75.
- Ruuskanen, E.** 2005. *Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö. Näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma 2003–2004*. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 114/2005.
- Ruuhilehto, K. & Knuuttila, J.** 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki [viitattu 26.4.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf
- Saano, S.** 2010. *HaiPro*. Kuopion yliopistollinen sairaala. Intranet [viitattu 26.4.2012]. Saatavissa: <http://intra.kys.fi/index.asp?link=3017.5&language>
- Saarinen, S.** 2007. *Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Saha, H.** 2008. Munuaistautipotilaan dialyysi vai konservatiivisen hoidon optimointi? *Suomen lääkärilehti* 2008 nro 43, 3659–3663.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M.** 2006. *Kivun hoitotyö*. Porvoo: WSOY.
- Savonia ammattikorkeakoulu.** *Sairaanhoitaja AMK. Opetussuunnitelma syksy 2009*.

Siekkinen, P. 2003. *Päiväkirurgisten potilaiden ohjaus ja kotona selviytyminen*. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu – tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 4. *Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Suomen munuaistautirekisteri. *Vuosiraportti 2010*. [viitattu 2.2.2012].

Saatavissa: <http://www.musili.fi/fin/munuaistautirekisteri/>

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet* [viitattu 2.2.2011].

Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto P. 2006. *Polikliinisen hoidon kehittäminen*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tilastokeskus. 2009. *Suomen virallinen tilasto (SVT). Väestöennuste*. [verkojulkaisu]

[viitattu 25.4.2012].

Saatavissa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009-09-30_tie_001_fi.html

Timonen, M. 2001. *Dialyysihoidossa olevien potilaiden koettu elämänlaatu ja selviytyminen*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu – tutkielma.

Toiviainen, H. 2011. *Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen*. *Duodecim* 2011 nro 127, 777–783.

Töyry, E. 2001. *Hoidon ihmisläheisyys erikoissairanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Vainio, A. 2003. *Kipu*. Helsinki: Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Vainio, A. 2004. *Kivunhallinta*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. *Palliativinen hoito*. Helsinki: Duodecim.

Varis, U., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Ovatko aikuiset potilaat tyytyväisiä psykiatriseen sairaalahoitoon? *Sairaanhoidaja* 2007 nro 2, 34–37.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. *Sisätaudit*. Helsinki. WSOY

Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Helsinki: Tammi.

Välimäki, M. & Suhonen, R. 2003. Sairaalahoidon laatu-potilaan näkökulma: mittarin testaus suomalaisella aineistolla. *Sosiaalitieteellinen Aikakauslehti* 2003 nro 10, 130–143.

Ylikoski, T. 2000. *Unohtuiko asiakas? 2*. Uudistettu painos. Keuruu: Otava.

LIITE 1

SAATEKIRJE

Arvoisa dialyysiosaston potilastyytyväisyyskyselyyn osallistuja!

Täydennän sairaanhoitajan tutkintoani Savonia ammattikorkeakoulussa Kuopiossa. Teen opintoihini liittyvää opinnäytetyötä, jossa tutkitaan Kuopion yliopistollisen sairaalan dialyysiosaston potilaiden tyytyväisyyttä heidän saamansa hoitoon. Oheisella kyselylomakkeella selvitetään potilaiden tyytyväisyyttä tiedon saantiin, potilasturvallisuuteen ja potilasohjaukseen.

Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyössäni eikä yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Vastaukset käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisina. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että palautatte kyselylomakkeen täytettynä kirjekuoressa dialyysiosastolla sijaitsevaan palautelaatikkoon. Dialyysiosaston tietoon ei tule missään vaiheessa ketkä potilaat ovat osallistuneet tutkimukseen. Tutkimukseen kerätään tietoja 26.1.2011 saakka kaikilta dialyysiosaston potilailta. Tutkimus valmistuu huhtikuussa 2011.

Osallistumalla kyselyyn autatte dialyysiosastoa kehittämään toimintaansa potilaiden parhaaksi!

Avustanne kiittäen,

Tiina Sirkka

p. 044-7172228

tiina.sirkka@kuh.fi

Taustatiedot

Tutkin seuraavan kyselylomakkeen avulla tyytyväisyyttänne saamaanne hoitoon Kuopion yliopistollisen sairaalan dialyysiosastolla ja poliklinikalla. Pyydän teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin valitsemalla kunkin vaihtoehdon kohdalla vain yhden numeron.

1. Sukupuoli
 1. Mies
 2. Nainen

2. Ikä
 1. Alle 30 vuotta
 2. 31–50 vuotta
 3. 51- 70 vuotta
 4. Yli 70 vuotta

3. Asutteko
 1. Yksin
 2. avio-/avopuolison kanssa
 3. Muun läheisen kanssa

4. Kuinka kauan olette olleet dialyysihoidossa?
 1. Alle 1 vuotta
 2. 1-3 vuotta
 3. 4-6 vuotta
 4. Yli 6 vuotta

Pyydän Teitä ympäröimään sopivimman vaihtoehdon seuraavista väittämistä:
 1= erimieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= jokseenkin samaa mieltä, 4= samaa mieltä

	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä
5. Olen saanut dialyysisosaston henkilökunnalta apua sitä tarvitessani	1	2	3	4
6. Olen tuntenut oloni turvalliseksi dialyysihoidon aikana	1	2	3	4
7. Koen dialyysisosaston hoitoympäristön viihtyisäksi	1	2	3	4
8. Dialyysisosastolla on mielestäni soveltuvat ja riittävät tilat hoitoni toteutukseen	1	2	3	4
9. Lääkehoitoni on ollut virheetöntä dialyysihoidon aikana	1	2	3	4
10. Kivuistani on kysytty riittävästi	1	2	3	4
11. Olen saanut riittävästi kipulääkitystä sitä tarvitessani	1	2	3	4
12. Olen saanut riittävästi tietoa sairaudestani	1	2	3	4
13. Olen saanut riittävästi dialyysihoitoon liittyvää tietoa	1	2	3	4
14. Omaisilleni/läheisilleni on annettu riittävästi sairauteeni liittyvää tietoa	1	2	3	4
15. Olen saanut henkilökunnalta riittävästi suullisia hoito-ohjeita, joiden avulla olen tuntenut selviytyväni kotona	1	2	3	4
16. Olen saanut henkilökunnalta riittävästi kirjallisia hoito-ohjeita, joiden avulla olen	1	2	3	4

tuntenut selviytyväni kotona				
17. Olen saanut riittävästi ravitsemukseen liittyvää neuvontaa	1	2	3	4
17. Olen saanut riittävästi tietoa erilaisista taloudellisista tukimuodoista	1	2	3	4
18. Olen saanut riittävästi ohjausta dialyysipotilaan liikunnasta	1	2	3	4
19. Minua on neuvottu itse seuraamaan omia oireitani ja tuntemuksiani ja kertomaan niistä henkilökunnalle	1	2	3	4
20. Minua on rohkaistu ja tuettu henkisesti dialyysihoitoon liittyvissä asioissa	1	2	3	4
21. Minua on neuvottu tekemään omatoimisesti hoitooni liittyviä asioita	1	2	3	4
22. Minulle on tarjottu valittavaksi erilaisia hoitovaihtoehtoja hoitoni toteuttamiseksi	1	2	3	4
23. Hoitajat hallitsevat hyvin hoidossani käytettävät välineet	1	2	3	4
24. Hoitajat ovat suorittaneet virheettömästi hoitooni liittyneitä toimenpiteitä	1	2	3	4
25. Hoitajat ovat antaneet minulle mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidostani voimavarojeni mukaan	1	2	3	4
26. Hoitajat ovat keskustelleet kanssani sairauteen liittyvistä tuntemuksista	1	2	3	4
27. Hoitajat ovat keskustelleet kanssani peloistani ja huolistani	1	2	3	4
28. Hoitajat ovat kuunnelleet toiveitani hoitooni liittyvissä asioissa	1	2	3	4

29. Hoitajat ovat luotettavia ja pitävät lupauksensa	1	2	3	4
30. Lääkärit ovat antaneet minun osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1	2	3	4
31. Lääkäreiden minulle varaama aika on ollut riittävä	1	2	3	4
32. Olen ollut tyytyväinen lääkäreiltä saamaani hoitoon	1	2	3	4
33. Pystyn luottamaan dialyysiosaston henkilökuntaan	1	2	3	4
34. Dialyysiosaston henkilökunta on ammattitaitoista	1	2	3	4
35. Dialyysiosastolla saamani hoito on vastannut odotuksiani	1	2	3	4
36. Olen ollut tyytyväinen dialyysiosastolla saamaani hoitoon	1	2	3	4

