

Outi Kylmänen & Anniina Raappana

**HEMODIALYYSIPOTILAIEN KOKEMUKSIA RUOKAVALIOSTA JA
HOITOHENKILÖKUNNALT SAAMASTAAN RUOKAVALIO-OHJAUksesta**

HEMODIALYYSIPOTILAIEN KOKEMUKSIA RUOKAVALIOSTA JA HOITOHENKILÖKUNNALT SAAMASTAAN RUOKAVALIO-OHJAUksesta

Kylmänen Outi
Raappana Anniina
Opinnäytetyö
Syksy 2012
Hoitotyön koulutusohjelma, Oulainen
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyönkoulutusohjelma, sisätautikirurginen hoitotyö

Tekijät: Outi Kylmänen, Anniina Raappana
Opinnäytetyön nimi: Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavalioista ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ruokavalio-ohjauksesta
Työn ohjaaja: Maija Alahuhta
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2012 Sivumäärä: 39+6

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavalioista ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ruokavalio-ohjauksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa lisätietoa potilaiden kokemuksista ruokavalion suhteen. Lisäksi halusimme tuottaa tietoa potilaiden hoitohenkilökunnalta saamastaan ruokavalio-ohjauksesta dialyysiyksiköihin, joissa tutkimustuloksiamme voidaan hyödyntää ruokavalioon liittyvän ohjauksen ja tuen kehittämisessä.

Mielenkiintomme munuaisten vajaatoiminnan hoitoa kohtaan heräsi, kun kävimme toisena opiskeluvuotenumme opintokäynnillä dialyysiyksikössä. Tutkimuksemme aihe tarkentui hemodialyysipotilaiden ruokavalioon, sillä siihen liittyy paljon erityispiirteitä. Tutkimukseen osallistui viisi hemodialyysipotilasta, yksi nainen ja neljä miestä. Tutkittavien ikäjakama oli 53 -80 vuotta. Keräsimme aineiston teemahaastattelun avulla ja analysoimme sen aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tutkimuksen mukaan hemodialyysipotilaat toteuttavat ruokavaliotaan parhaansa mukaan. Ruokavalion koetaan olevan tärkeä osa sairauden hoitoa, mutta siihen sopeutuminen ja sitoutuminen ovat pitkiä prosesseja, sillä muutos ruokavalioon, johon he olivat tottuneet, on suuri. Ruokavalion noudattamisen koetaan olevan vaikeaa, mutta sen vaikutuksien koetaan olevan hoidon kannalta positiivisia. Ruokavalio-ohjauksen tämän hetkiseen tilaan ei olla tyytyväisiä. Ohjaukseen kaivataan ravitsemusterapeutin asiantuntemusta ja läsnäoloa, sillä hemodialyysipotilaat kokevat dialyysihoitajien antaman ohjauksen menettäneen tehonsa. Ohjaustapahtumiin toivotaan toistoja, ja ohjauksen toivotaan olevan yksilöllisempää.

Tutkimustulosten perusteella johtopäätöksenä todetaan, että hemodialyysipotilaiden ruokavalio-ohjaus vaatii kehittämistä. Ravitsemusterapeutin tulisi osallistua enemmän ruokavalio-ohjaukseen. Dialyysiyksiköiden hoitajien tulisi pitkässä hoitosuhteessa kiinnittää enemmän huomiota ohjauksen tehon säilymiseen. Ohjauksessa tulisi ensisijaisesti keskittyä potilaan motivoimiseen, sillä hemodialyysipotilas tarvitsee kannustusta ja tukea ruokavalionsa noudattamiseksi.

Asiasanat: hemodialyysi, hemodialyysipotilas, ruokavalio, ohjaus, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

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

Authors: Outi Kylmänen, Anniina Raappana

Title of thesis: Hemodialysis patients experiences about their diet and about the dietary guidance they get from the nursing staff

Supervisor: Maija Alahuhta

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2012

Number of pages: 39+6

The purpose of the thesis was to examine the experiences of hemodialysis patients about their diet and about the dietary guidance they get from the nursing staff working in dialysis unit. The aim of this study was to research how the patients experience their diet. We also wanted to produce information for dialysis units about the dietary guidance the patients get from nurses. We hope our research results can be used in developing the dietary guidance of hemodialysis patients.

While visiting a dialysis unit during the second year of our studies we got interested in the treatment of kidney failure. We chose this subject because it includes a lot of special features. We studied five hemodialysis patients, one female and four males, who were aged between 53 and 80. We used a semi-structured theme interview technique to gather research material and analyzed it by using content analysis based on the themes of the interviews.

The results of this research show that the hemodialysis patients follow their diet as well as they can. They find the diet an important part of the kidney failure treatment but it takes time to adapt and commit to it because the diet is different from the diet they have been used to. Hemodialysis patients find it difficult to follow the new diet. Still they feel that it has positive effects on their treatment. They are not satisfied in the present state of dietary guidance. The expertise and presence of dieticians are needed because hemodialysis patients find that the guidance of nurses has lost its effectiveness. More assistance is needed and patients hope it would be more individualized.

The conclusion of the results is that dietary guidance of the hemodialysis patients needs improving. A dietician should be more involved in the guidance. In long-term patient relationships it is important to pay attention to maintaining the effectiveness of dietary guidance. The guidance should primarily focus on motivating patients because they need encouragement and support with their diet.

Keywords: hemodialysis, hemodialysis patient, diet, guidance, qualitative research

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
JOHDANTO	7
1 HEMODIALYYSIPOTILAS.....	9
1.1 Munuaisten vajaatoiminta	9
1.2 Dialyysi	11
1.3 Hemodialyysi	11
1.4 Hyvän hoidon kriteerit.....	12
2 HEMODIALYYSIPOTILAAN RUOKAVALIO	13
2.1 Energia	14
2.2 Proteiinit.....	14
2.3 Fosforirajoitus	15
2.4 Neste- ja natriumrajoitus.....	16
2.5 Kalium	17
2.6 Kalsium.....	18
2.7 Vitamiinit ja hivennäisaineet	18
3 POTILASOHJAUS	19
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	21
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	22
5.1 Metodologiset lähtökohdat.....	22
5.2 Tutkimuksen tiedonantajat.....	22
5.3 Aineiston keruu	23
5.4 Aineiston analysointi.....	24
6 TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1 Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavaliosta	26
6.2 Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavalio-ohjauksesta.....	27
7 POHDINTA	31
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	31
7.2 Tutkimuksen eettisyys	32
7.3 Tutkimuksen luotettavuus	33
7.4 Omat oppimiskokemuksemme	35

LÄHTEET.....	37
LIITTEET	40

JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavalioista ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ruokavalio-ohjauksesta. Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa lisätietoa potilaiden kokemuksista ruokavalion suhteen. Lisäksi halusimme tuottaa tietoa potilaiden saamasta ruokavalio-ohjauksesta dialyysiyksiköihin, joissa tutkimustuloksiamme voidaan hyödyntää ruokavalioon liittyvän ohjauksen ja tuen kehittämisessä. Suomen munuaistautirekisterin mukaan vuoden 2010 lopussa aktiivihoidossa eli dialyysihoidossa olevien ja munuaisensiirron saaneiden potilaiden määrä oli Suomessa 4239. Suomen munuaistautirekisterin tekemän arvion mukaan vuonna 2030 aktiivihoidossa olevien potilaiden määrä on 5783, joista 53 prosenttia olisi munuaisensiirtopotilaita. Dialyysipotilaita olisi arvion mukaan 58 prosenttia nykyistä enemmän. Kroonisen munuaistaudin hoito aiheuttaa huomattavia taloudellisia kustannuksia ja potilaiden määrän kasvaminen edellyttää lisähoitopaikkojen hankkimisen lisäksi potilaiden omatoimisuuden ja omahoidon lisääntymistä. Lääke- ja dialyysihoidon ohella ravitsemushoito on osa kroonisen munuaistaudin hoitoa. Ravitsemushoito on tärkeä osa potilaan omahoitoa, ja se edistää potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Alahuhta, Hyväri, Linnavuo, Kylmäaho & Mukka 2008 13, 114.)

Dialyysipotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla munuaisten vajaatoiminta on edennyt siihen vaiheeseen, että dialyysihoidon aloittaminen on elämän jatkumisen kannalta välttämätöntä (Alahuhta ym. 2008, 38). Hemodialyysipotilaan verestä puhdistetaan ylimääräisiä kuona-aineita ja poistetaan nesteitä keinoitekoisesti. Tämän vuoksi ruokavalio- ja nesterajoituksilla on tärkeä merkitys hemodialyysipotilaan hoidossa, sillä oikeanlainen ruokavalio auttaa pitämään nesteet ja kuona-aineet oikealla tasolla. Koska ylimääräisten nesteiden poisto on dialyysihoidon keskeinen tehtävä, on hemodialyysipotilaan nesterajoituksilla suuri merkitys. (Munuais- ja maksaliitto ry. Munuaispotilaan opas. Hemodialyysi. Hakupäivä 16.4.2012.)

Teimme tutkimuksen laadullisella eli kvalitatiivisella menetelmällä. Tutkimusaineiston keräsimme haastattelemalla 5 hemodialyysipotilasta. Opinnäytetyömme teoriaosuus käsittelee hemodialyysipotilaan ruokavaliota ja potilasohjausta. Tutkimuksemme perustuu haastateltavien kokemuksiin. Kokemus -käsite kuvaa ihmisen kasvamisen, oppimisen ja kulttuuriin sosiaalistumisen prosesseja. Kokemukseen vaikuttaa ihmisen elämäntilanne ja se muodostuu

ihmisen sen hetkisestä elämyksellisestä tilasta. Kokemuksella ymmärretään elämyksiä, tunnelmia, tunteita ja tunteita sekä aistimuksia. (Perttula & Latomaa 2005, 21.)

Kokemuksien tutkiminen on mahdotonta, elleivät tutkimukseen osallistuvat kuvaa kokemuksiaan jollain tavalla. Yhtenä kokemuksen tutkimisen ehtona voidaan pitää sitä, että tutkija mieltää myös itsensä samanlaiseksi kokevaksi olennoksi kuin tutkimansa henkilöt. Tutkimustyö on aina subjektiivista, sillä se on tutkijoiden tulkinta asiasta. Kokemuksia tutkittaessa ei tuoteta yleispätevää ymmärrystä tutkimuskohteesta, vaan ymmärrys liittyy vahvasti yksittäisiin, tutkimukseen osallistuvien kokemuksiin. (Perttula & Latomaa 2005, 140, 143–144, 154.)

1 HEMODIALYYSIPOTILAS

1.1 Munuaisten vajaatoiminta

Munuaisten normaaliin toimintaan kuuluu aineenvaihdunnan lopputuotteiden poisto, kudosten vesi-, suola- ja happo-emästasapainon säilyttäminen, tärkeiden aineiden pidättäminen elimistössä, hormonien tuotanto ja tiettyjen ravintoaineiden tuotanto ja käyttö. Munuaisten vajaatoiminnassa kaikissa näissä toiminnoissa on eriasteisia puutteita tai poikkeamia. (Pasternack, Honkanen & Metsärinne 2012, 555.)

Yleensä munuaisten vajaatoiminnan hoito aloitetaan konservatiivisella hoidolla, joka tarkoittaa ruokavalio- ja lääkehoidon yhdistelmää. Vasta taudin edetessä siirrytään dialyysihoitoon ja viimeisenä vaihtoehtona on munuaistensiirto. Osalle potilaista munuaisten siirto ei ole mahdollinen, joten heidän kohdallaan dialyysihoito jatkuu potilaan loppuelämän ajan. Munuaisten vajaatoiminnan eteneminen jaetaan neljään eri vaiheeseen. Munuaisten vajaatoiminnan ensimmäisessä vaiheessa munuaiset toimivat vielä normaalisti ja potilas on yleensä täysin oireeton. Kuitenkin nefroneista lähes puolet on jo tuhoutunut ja GFR (eli glomerulussuodatus) on 90ml/min. Toinen vaihe, lievä vajaatoiminta, ilmenee usein anemiana. Laboratoriokokeissa seerumin kreatiniini on koholla ja oireet voivat tulla esille elimistön rasisitustiloissa, esimerkiksi tulehduksen yhteydessä. GFR on 60-89ml/min. Kolmannessa vaiheessa, kohtalaisessa munuaisten vajaatoiminnassa, ilmeneminen ja oireet ovat muuten samat kuin lievässä vajaatoiminnassa, mutta GFR on enää 30-59ml/min. Neljännessä vaiheessa, vaikea asteisessa munuaisten vajaatoiminnassa, nefroneista vain 10 prosenttia toimii ja potilaalla on pysyvä oireisto. Anemian ja kohonneen kreatiniiniarvon lisäksi löydöksiä on kohonnut verenpaine, hypokalsemia, hypofosfatemia ja asidoosi. GFR on 15-29ml/min. Mikäli GFR laskee alle 15ml/min, kyseessä on korvaushoitoa (dialyysia) vaativa vaihe. (Alahuhta ym. 2008, 38, 64.)

Dialyysihoito korvaa vain osin munuaisten tehtäviä, joten ruokavalio- ja lääkehoito jatkuvat dialyysihoidon rinnalla (Alahuhta ym. 2008, 64). Kroonista munuaisten vajaatoimintaa aiheuttavat syyt voivat muun muassa olla immunologisia (glomerulonefriitti, nivelreuma), metabolisia (diabetes), verisuonitautien (hypertensio) tai infektioiden (pyelonefriitti, tuberkuloosi) aiheuttamia, virtsatie-esteistä (synnynnäiset epämuodostumat, eturauhasen liikakasvu) johtuvia tai toksisia (lääkkeet, metallit). (Pasternack & Saha 2012, 433.)

Munuaisten vajaatoiminnan oireet ovat yleensä hyvin samankaltaisia riippumatta siitä mikä munuaisten vajaatoiminnan on aiheuttanut. Munuaisten vajaatoiminnan edetessä heikentyvä glomerulussuodatus selittää taudin oireita ja löydöksiä. Lievää munuaisten vajaatoimintaa sairastava potilas on yleensä oireeton, mutta taudin edetessä oireita ja löydöksiä on monissa elimissä, mikä johtuu toksisten aineiden kertymisestä elimistöön, häiriöistä suola- ja nestetasapainossa sekä hormonaalisista muutoksista. (Alahuhta ym. 2008, 36.)

Munuaisten vajaatoiminnan oirekuva voi olla hyvinkin laaja. Oireena ilmenee yleensä veren ureapitoisuuden nousua. Ureaa syntyy proteiinien ja typpiyhdisteiden lopputuotteena normaalisti pieniä määriä, jotka poistuvat virtsan mukana. Munuaisten vajaatoiminnassa ureaa kertyy elimistöön, koska proteiinien hajoaminen on katabolian vuoksi lisääntynyt ja urean erityis virtsaan vähentynyt. (Vauhkonen & Holmström 2005, 461.) Tätä tilaa kutsutaan uremiaksi eli virtsamyrkytykseksi ja se aiheuttaa potilaalle ruokahaluttomuutta, pahoinvointia ja oksentelua, joiden seurauksena potilaan paino laskee. Vähäinenkin nefronien tuhoutuminen aiheuttaa veren urea ja kreatiniini arvojen nousun. Erytropoietiinin tuotannon väheneminen aiheuttaa anemiaa, joka puolestaan aiheuttaa potilaalle väsymystä, suorituskyvyn heikentymistä ja lisäksi se voi ilmetä potilaan sydänoireilun pahenemisena ja hengenahdistuksena. (Alahuhta ym. 2008, 37.)

Munuaisten vajaatoiminta aiheuttaa myös rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden seurauksena sepelvaltimotaudin riskin kasvua. Veren fosfaattipitoisuuden kohotessa, fosfaatin virtsaan erittymisen vähentyessä, hyperfosfatemia, kalsiumin epätasapaino ja kontrolloimaton lisäkilpirauhasen liikatoiminta voivat aiheuttaa iho-oireita, kuten ihon kutinaa ja valtimoiden kalkkeutumista. Turvotuksien taustalla voi olla munuaistaudista riippuen nesteen siirtyminen verenkierrasta kudoksiin runsaan proteinurian vuoksi tai suolan erittymisen väheneminen. Häiriöt virtsan väkevöitymiskyvyssä ovat tavallisia. Tavallista on että virtsaamisen tarve ensin kasvaa ja munuaistaudin edetessä se hiipuu ja loppuu jopa kokonaan. (Alahuhta ym. 2008, 37.)

Kalsiumin puutetta korjataan luusto-ongelmien välttämiseksi. Muita munuaisten vajaatoiminnan oireita ovat muun muassa, pääosin proteiiniaineenvaihdunnan ongelmista johtuvat, pahoinvointi, oksentelu, vatsaoireet ja ripuli sekä lisäksi verenvuodot (nenäverenvuoto yleinen) ja virtsan haju hengityksessä. (Vauhkonen & Holmström 2005, 461.)

1.2 Dialyysi

Dialyysi on menetelmä, jossa munuaisten toiminta korvataan keinotekoisesti. Dialyysihoidossa liuoksessa olevat pienimolekyyliset aineet siirtyvät diffuusion avulla puoliläpäisevän solukalvon läpi soluun. (Pasternack ym. 2012, 556-557.) Dialyysihoidoa käytetään silloin kun potilaan munuaisten toiminnasta on jäljellä 5-10 prosenttia. Käytössä olevat dialyysimuodot ovat hemodialyysi eli veriteitse toteutettava ja peritoneaalidialyysi eli vatsakalvon läpi tehtävä dialyysihoido. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 660.)

1.3 Hemodialyysi

Hemodialyysihoidolla tarkoitetaan hoitomuotoa, jossa potilaan verestä puhdistetaan kuona-aineita, poistetaan ylimääräistä nestettä ja tasataan elimistön happo-emästasapainoa. Yleensä hemodialyysihoido annetaan sairaalassa, mutta potilaan on mahdollista toteuttaa hemodialyysihoido myös kotona. (Alahuhta ym. 2008, 76.) Hemodialyysihoidon verta puhdistava vaikutus perustuu siihen, että potilaan veri johdetaan dialyysiaattoriin (Holmia ym. 2006, 660), jossa veri puhdistetaan diffuusion, transmembraanipaineen, konvektion ja absorpton vaikutuksesta (Alahuhta ym. 2008, 76). Hemodialyysihoido annetaan yleensä kolme kertaa viikossa. Yksi hoitokerta vie 3-4 tuntia (Tertti 2011, hakupäivä 26.1.2012).

Dialyysiaattorissa veri kulkee puoliläpäisevien kalvojen välissä (Alahuhta ym. 2008, 76). Puoliläpäisevän kalvon toisella puolella virtaa vastakkaiseen suuntaan dialyysineste ja toisella puolella potilaan veri (Holmia ym. 2006, 660). Diffuusion vuoksi pitoisuudet kalvon molemmin puolin pyrkivät tasoittumaan. Diffuusiosta lienneet aineet siirtyvät väkevämmästä konsentraatiosta miedompaan ilman välittäjäainetta. Tärkeimpiä diffuusion aikaansaamia tuloksia ovat happo-emästasapainon ja elektrolyyttitasapainon normalisoiminen. (Honkanen, Metsärinne & Pasternack 2012, 557.) Potilaan verestä siirtyy dialyysinesteeseen kreatiniinia, ureaa, kaliumia, natriumia, fosforia ja vesiliukoisia vitamiineja. Vastaavasti dialyysinesteestä siirtyy veritilaan bikarbonaattia. Sen lisäksi vereen siirtyy kalsiumia ja natriumia, jos niiden pitoisuus on veressä matalampi kuin dialyysinesteessä. (Alahuhta ym. 2008, 76.)

Diffuusion lisäksi dialyysissä poistetaan ylimääräistä vettä paine-eron eli transmembraanipaineen avulla. Tätä kutsutaan ultrafiltraatioksi. Ylimääräisen veden poistumiseksi veritilasta dialyysinesteeseen kehitetään alipaine, jonka avulla imetään haluttu määrä nestettä dialyysiaattorin

kalvojen läpi. (Alahuhta ym. 2008, 76.) Konvektiolla tarkoitetaan veteen liuenneiden aineiden poistoa, ja sitä käytetään erityisesti suurehkojen molekyylien poistamiseen (Pasternack ym. 2012, 559). Absorptiossa kuona-aineet sitoutuvat dialysaattorin puoliläpäisevään kalvoon ja poistuvat siten elimistöstä (Alahuhta ym. 2008, 76).

1.4 Hyvän hoidon kriteerit

Munuais- ja maksaliitto ry on määritellyt munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit Suomessa. Hyvän hoidon kriteerit antavat suuntaviivat koskien esimerkiksi potilaiden hoitoa ja lisäksi niissä luetellaan tärkeimmät tekijät, jotka vaikuttavat potilaan mahdollisuuksiin selvitä kroonisesta munuaistaudista. Hyvän hoidon kriteereissä on määritelty, että kun potilaalle on kattavasti esitelty eri hoitovaihtoehtot, hänellä on mahdollisuus osallistua itselle parhaiten sopivan hoitomuodon valintaan. Potilaalla on myös myöhemmin mahdollisuus vaihtaa dialyysimuotoa, jos siihen ei ole lääketieteellistä estettä. (Munuais- ja maksaliitto ry, hakupäivä 26.1.2012.) Jos hoitomuodon valinnassa päädytään hemodialyysihoitoon, potilaalle rakennetaan erityinen verisuoniyhteys hoidon toteuttamista varten (Alahuhta ym. 2008, 71).

2 HEMODIALYYSIPOTILAAN RUOKAVALIO

Munuaisten vajaatoiminta potilaan hoidossa ruokavaliomuutokset auttavat pitämään kuona-aineet ja nesteet oikealla tasolla kehossa. Ruokavaliohoidon merkittävimmät tekijät ovat proteiinin ja fosfaatin saannin vähentäminen. (Munuais- ja maksaliitto ry. Munuaispotilaan opas, ravitsemushoito. Hakupäivä 26.1.2012.) Tutkimusten mukaan ei kuitenkaan ole täyttä varmuutta, onko ravinnon proteiinin vähentämisellä munuaistautia hidastava vaikutus (Honkanen ym. 2012, 450). Kalsiumpitoisuuden normalisointi ja lisäkilpirauhasen liikatoiminnan kehittymisen hillitseminen tapahtuu kalsiumvalmisteilla ja D-vitamiinilla. Potilaan hoidossa on tärkeää myös suola- ja nestetasapainon, happo-emästasapainon ja ravitsemusongelmien hoitaminen. (Alahuhta ym. 2008, 65.) Ylimääräisen nesteen poistaminen elimistöstä on yksi dialyysihoidon tärkeimmistä tehtävistä. Painon nousu hoitokertojen välillä ilmaisee kehoon kertynyttä nestemäärää. (Munuais- ja maksaliitto ry. Munuaispotilaan opas, nestehoito. Hakupäivä 26.1.2012.) Anemian hoito aloitetaan tavallisesti jo ennen dialyysihoidon aloittamista (Alahuhta ym. 2008, 65).

Hemodialyysipotilaan ruokavalioon liittyy erilaisia rajoituksia. Fosforirajoituksella pyritään estämään pehmytkudosten kalkkeutumia sekä luuston haurastumista. Lisäksi fosforin rajoittaminen voi hidastaa munuaisten vajaatoiminnan etenemistä. Vajaatoiminnan edetessä kaliumrajoitus on tarpeen, sillä se estää veren kaliumpitoisuuden nousua, jonka seurauksena voi olla lihasjäykkyyttä, sydämen rytmihäiriöitä sekä voimattomuutta. Vähäsuolaisella ruokavaliolla taasen on merkitystä turvotuksen ja verenpaineen hoidon kannalta, nesterajoituksella estetään nesteiden kertymistä elimistöön kun virtsaneritys on vähentynyt. (Tiilikainen, Järvinen, Laine-Rautanen, Oksanen, Heinimäki, Lehtimäki, Vesaluoma, Winberg, Ylönen, Björninen, Nikkanen, Moberg & Torkki 2011, hakupäivä 30.3.2012.)

Dialyysihoito on aina myös riski vajaaravitsemukselle. Dialyysihoidossa olevista potilaista kohtalaisen tai vaikean vajaaravitsemuksen merkkejä on kolmasosalla. (Honkanen ym. 2012, 573.) Munuaisten vajaatoiminta etenee vaiheittain ja sen vuoksi myös ruokavalio muuttuu sairauden edetessä. Dialyysihoidon vaiheessa ruokavaliohoidon tärkeimpinä tavoitteina on ehkäistä ja vähentää kuona-aineiden kertymistä elimistöön, munuaistaudin etenemisen hidastaminen ja hyvän ravitsemustilan turvaaminen. Tärkeää on myös suunnitella ruokavaliosta monipuolinen ja nautittava, jottei potilaan vajaaravitsemus pääse syntymään yksipuolisen

ruokavalion vuoksi. (Tiilikainen ym. 2011, hakupäivä 30.3.2012.) Ravitsemustilan seuranta on dialyysipotilaan hoidossa yksi keskeisistä tehtävistä (Honkanen ym. 2012, 573).

2.1 Energia

Riittävä energian saanti hemodialyysipotilaan ruokavaliossa on tärkeää, sillä energian avulla elimistö kykenee pitämään yllä positiivista tyypitasapainoa. Ravinnon tulee sisältää riittävästi hiilihydraatteja ja rasvaa energianlähteinä, sillä muuten elimistö turvautuu proteiinienergiaan eli se muuttaa elimistön proteiineja energianlähteiksi. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.) Erilaiset viljavalmisteet sekä peruna, kasvikset ja juurekset ovat hyviä energianlähteitä. Lisäksi kliiniset ravintovalmisteet, sokeri ja ravintorasvat sisältävät energiaa runsaasti.

Dialyysivaiheessa lisäenergian saannista on erityisen tärkeää huolehtia. Lisäenergiaa saadaan yleensä hiilihydraatteja ja pehmeitä rasvoja käyttämällä ja lisäksi on mahdollista käyttää vähäproteiinisia viljavalmisteita lisäenergian lähteenä. Energian tarve määritellään dialyysivaiheessa yksilöllisesti potilaan ”kuivapainoa” seuraamalla. Kuivapaino tarkoittaa potilaan dialyysihoidon jälkeistä painoa, ilman ylimääräistä nestelastia. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

2.2 Proteiinit

Proteiinit eli valkuaisaineet ovat solujen, hormonien ja entsyymien rakennusaineita (Alahuhta ym. 2008, 118). Dialyysivaiheessa potilaan proteiinien tarve on suomalaiseen ruokavalioon nähden runsaampi, sillä dialyysihoidon aikana poistuvat proteiinipitoiset yhdisteet korvataan ravinnolla (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009). Proteiinien rakenneosia, aminohappoja, on olemassa 20, joista puolet on välttämättömiä. Välttämättömien aminohappojen synteesi on kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalla potilaalla vähentynyt. Välttämättömien aminohappojen saannin turvaamiseksi munuaispotilaan ruokavalion proteiinimäärästä vähintään puolet tulisi saada eläinkunnanproteiinista, sillä ne sisältävät monipuolisemmin aminohappoja kuin kasvikunnan tuotteet. (Alahuhta ym. 2008, 118.) Dialyysihoito myös aiheuttaa kataboliaa, joka siis tarkoittaa aineenvaihduntaa, jolle on ominaista energiaa sisältävien yhdisteiden pilkkoutuminen. Yhden dialyysihoidon aikana elimistöstä poistuvien proteiinien, peptidien ja aminohappojen määrä on

yleensä 10-20g. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Kohtuullinen proteiinin saanti on suositeltavaa, sillä liiallinen proteiinin määrä elimistössä aiheuttaa tyypipitoisten kuona-aineiden kertymistä elimistöön, mikä aiheuttaa potilaalle usein huonovointisuutta, ruokahaluttomuutta ja oksentelua (Alahuhta ym. 2008, 37). Lisäksi proteiinien käytön vähentäminen vähentää myös fosforin saantia, sillä ne esiintyvät runsaina samoissa ruoka-aineissa. Proteiinin ja fosforin liiallisen saannin välttämällä pystytään säilyttämään munuaisfunktiota ja hidastamaan renaalisten luusto- ja sydän-verisuonisairauksien kehittymistä. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Samoin kuten energian vuorokautinen tarve, myös proteiinin päivittäinen tarve lasketaan normaalipainoa kohti (Alahuhta ym. 2008, 119). Hemodialyysipotilaan proteiinin tarve on yleensä 1-1,2g/kg. Potilaan painona proteiinin tarpeen määrittelyssä käytetään dialyysin jälkeistä painoa eli kuivapainoa. Proteiiniravitsemuksen seurannassa käytetään muun muassa plasman albumiinipitoisuutta. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Ruokavalion suunnittelussa tulee ottaa huomioon proteiinipitoisten ruoka-aineiden fosforipitoisuus. Potilaita ohjataan käyttämään vähän fosforia sisältäviä proteiinin lähteitä. Lihan lisäksi myös ruodoton kala, kana, kananmuna ovat hyviä proteiininlähteitä. Maitovalmisteita, täysjyväviljaa ja fosforipitoisia lihajalosteita tulee välttää ja käyttää vain pieniä määriä niiden sisältämän suuren fosforimäärän vuoksi. Dialyysipotilaan proteiinitarpeesta puolet voidaan suunnitella saatavaksi eläinkunnan tuotteista ja loput vaaleista viljatuotteista. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

2.3 Fosforirajoitus

Yleensä fosfori poistuu elimistöstä virtsan mukana munuaisten kautta, mutta koska hemodialyysipotilaalla elimistölle ylimääräiset aineet eivät poistu virtsan mukana, fosfori alkaa kertyä elimistöön. Fosforirajoituksen ongelmana on se, että sitä on lähes kaikissa samoissa

ruoka-aineissa kuin proteiineja ja etenkin viljatuotteiden laatuun tulee kiinnittää huomiota. Yleensä munuaispotilaalle aloitetaan fosforia sitova lääkitys. (Alahuhta ym. 2008, 119-120.)

Kalsium-fosforitasapainon hyvällä hoitamisella on merkitystä luuston, sydän- ja verisuonisairauksien ja munuaistaudin etenemisen kannalta. Munuaisten vajaatoiminnassa munuaisten D-vitamiinin aktivoimiskyky sekä fosforin erittämiskyky heikentyvät ja sekä kalsiumin että fosforin imeytyminen muuttuu. Muutoksilla on epäedullinen vaikutus kalsium-fosforitasapainoon. Ruokavalion fosforirajoitus aloitetaan mahdollisimman varhain. Rajoituksen tavoitteena on kalsium-fosforitasapainon ylläpitäminen ja kohonneen fosforipitoisuuden laskeminen ja ruokavaliohoitoon yhdistetään lisäksi fosforia sitova lääkitys ja D-vitamiinilisä. Fosforirajoitusta toteutettaessa on huolehdittava, että proteiinin määrällinen ja laadullinen saanti on riittävää ja että potilaan energian saanti on riittävä. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

2.4 Neste- ja natriumrajoitus

Terveet munuaiset osallistuvat veren normaalin osmolaliteetin ja kehon nestetasapainon ylläpitämiseen erittämällä vettä ja suoloja. Nesterajoituksella pyritään ehkäisemään nesteen kertymistä elimistöön hemodialyysipotilaalla. Nesterajoitus on kuitenkin käytännössä vaikea toteuttaa ilman natriumin vähentämistä, sillä natriumin käyttö vaikuttaa aivojen osmoreptorien välittämän janontunteen kautta nesteenoton säätelyyn. Natriumilla on siis keskeinen vaikutus elimistön suola- ja nestetasapainoon. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Lisäksi suolan vähäinen saanti on välttämätön verenpaineen hoidon ja riittävän dialyysin mahdollistamiseksi, sillä normaali suolan käyttö pakottaa juomaan enemmän nesteitä kuin dialyysihoidolla on mahdollista poistaa. Verenpaineen hoito puolestaan on keskeinen kaikissa munuaistaudin vaiheissa, sillä verenpaineen hallinnalla voidaan hidastaa munuaisten toiminnan heikkenemistä. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaispotilaan opas, 2010.)

Hemodialyysihoidossa olevan potilaan paino saisi suositusten mukaan nousta hoitokertojen välissä enimmillään 2 kg. Ylimääräinen neste aiheuttaa verenpaineen nousua ja runsaan nestemäärän poistaminen yhden dialyysihoidon aikana voi aiheuttaa dialyysin tehon laskemista, verenkierto-ongelmia sekä pahoinvointia potilaalle, millä on potilaan kokonaisravitsemustilaa

ajatellen negatiivinen vaikutus. Potilaan suolan käytöllä on merkitystä myös kuivapainoon, sillä ylimääräinen natrium nostaa elimistön ekstrasellulaariseen volyymia. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Nestemäärä, jota elimistö sietää on suhteessa virtsaneritykseen. Silloin kun nestesuositus on sopivassa suhteessa virtsanmäärään, ei tarvitse arvioida kaikkea ruoka-aineiden sisältämää vettä. Tällöin nesteeksi lasketaan vain näkyvä neste, jolloin nesteensaannin arviointi on helpompaa. Joskus kuitenkin runsas hedelmien ja kasvien käyttö saattaa lisätä nesteensaantia, jolloin se on hyvä ottaa huomioon nestetasapainon kannalta. Hemodialyysivaiheessa sallittu nestemäärä on yleensä 500-800ml + erittyvän virtsan määrä/vrk. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

2.5 Kalium

Kalium on tärkeä elimistön neste- ja happoemästasapainon säätelijä ja munuaiset ovat elimistön tärkein kaliumia säätelevä tekijä. Munuaisten vajaatoiminnassa elimistö pyrkii ylläpitämään kaliumtason normaalina munuaisten tehostaessa kaliumin erittämistä ja lisäämällä kaliumin erittymistä ulosteen mukana. Siitä huolimatta vajaatoiminnan edetessä virtsan erityksen väheneminen tai loppuminen kokonaan kasvattaa elimistön kaliumpitoisuutta eli aiheuttaa hyperkalemia. Toisaalta potilailla esiintyy myös hypokalemiaa. Kaliumtason heilahtelut voivat aiheuttavaa sydämen rytmihäiriöitä tai jopa sydämenpysähdyksen. Siksi ruokavaliossa on tärkeää huomioida kaliumrajoitus. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Hemodialyysihoidossa kalium ei poistu elimistöstä kovin tehokkaasti. Silloin kun plasman kaliumarvo nousee, on syytä rajoittaa kaliumin saantia ruokavaliossa. Yleisimmin kaliumin määrä elimistössä nousee, kun virtsamäärä pienenee, mutta joskus kaliumpitoisuus voi nousta myös joidenkin lääkkeiden vaikutuksesta. Kaliumrajoitusta ei käytetä silloin, kun kaliumtaso on normaali, sillä tarpeeton rajoitus voi johtaa hypokalemiaan normokalemisilla potilailla. Kaliumin nauttimista ylimääräisesti on kuitenkin vältettävä. Suositeltava kaliumin vuorokausisaanti hemodialyysipotilalla 2000-2500mg/vrk. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

2.6 Kalsium

Munuaisten tehtäviin kuuluu D-vitamiinin aktivoimiseen osallistuminen, mutta munuaisten vajaatoiminnassa tämä toiminto häiriintyy. Riittämätön D-vitamiinin määrä ja fosforin heikentynyt erittyminen johtavat siihen, että fosforia kertyy elimistöön ja samalla lisäkilpirauhanen reagoi häiriöön aiheuttaen mm. fosforin ja kalsiumin irtoamista luustosta. Hoitamattomana tämä voi johtaa renaaliseen luustotautiin. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

Kalsiumin riittävästä saannista tulee huolehtia, mutta samalla on varottava liiallista saantia, joka voi johtaa hyperkalsemiaan. Kalsiumin kokonaissaannin tulisi olla enintään 2000mg/vrk. Maitotuotteet ovat ravinnon pääasiallisin kalsiumin lähde. Dialyysipotilas saa kalsiumia lisäksi kalsiumpitoisista fosforinsitojista sekä dialyysinesteistä. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

2.7 Vitamiinit ja hivennäisaineet

Dialyysihoidon aikana kaikkien pienimolekyylisten yhdisteiden, myös vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve lisääntyy. Tavallisesti dialyysipotilailla esiintyy matalia sinkkitasoja, jolla on vaikutusta potilaan ruokahaluun. Dialyysihoidossa olevan potilaan täydennyssuositus on: pyridoksiini 10 – 15 mg, foolihappo 1 mg, D-vitamiini seerumin Ca-ionin ja plasman PTH - pitoisuuksien perusteella, C -vitamiini 30 – 60 mg, sinkki 15 mg, seleeni 50 – 70 mg. Hemodialyysihoidossa vitamiini-kivennäisainevalmisteen ottamista suositellaan dialyysipäivinä vasta hoidon jälkeen. Tarvittaessa ruokavaliota täydennetään vitamiini- tai kivennäisainevalmisteilla. (Munuais- ja maksaliitto, Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009.)

3 POTILASOHJAUS

Potilaan tiedonsaantioikeus perustuu potilaan itsemääräämisoikeuteen. Tiedonsaantioikeuden perusteella potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista ja muista potilaan hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä potilaan hoidosta päätettäessä. Tieto tulee pyrkiä antamaan potilaalle siten, että hän kykenee ymmärtämään sen sisällön. (Finlex 2012, hakupäivä 30.4.2012.)

Sairaanhoitajan työhön kuuluu keskeisenä osana ohjaaminen ja opettaminen. Tietojen antaminen on keskeinen osa potilaan hoitoa, ja lisäksi se on myös potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytys. Riittävä tiedon antaminen, opettaminen, ohjaaminen ja tukeminen auttavat potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja sen hoitamisesta. Samalla edistetään potilaan mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja tuetaan hänen selviytymistään ja elämänhallintaansa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 41.)

Potilaan opettaminen tarkoittaa kaikkea opetusta ja ohjausta, jonka pyrkimyksenä on auttaa potilasta ymmärtämään paremmin omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan, kuntoutustaan tai itsehoitoaan. Ohjaamisen tulee toteutua yhteistyössä ja -ymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan oppiminen on kokemuksen myötä syntyvä muutos hänen tietoisuudessaan ja toiminnassaan ja sen avulla potilas voi hyödyntää piileviä voimavarojaan ja nähdä uusia mahdollisuuksia omassa elämäntilanteessaan. (Kassara ym. 2004, 41.)

Ohjaus on keskusteluun perustuva tapa toimia yhdessä toisen kanssa siten, että toinen saa apua omien ajatustensa, tunteidensa ja tunteidensa tutkimisessa, paremman itseymmärryksen saavuttamisessa ja omien voimavarojen löytämisessä ja käyttämisessä. Pohjimmiltaan ohjaus on merkityksellinen suhde, jossa toinen osapuoli (ohjaaja) auttaa toista auttamaan itseään. (Kristoffersen & Nortvedt 2006, 455.)

Potilastyössä sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu potilaan ruokavalion ja ravitsemustilan arvioiminen ja opastaminen sopivien ruokavalintojen tekoon. Lisäksi sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu ruokavalintojen toteutumisen ja potilaan ravitsemustilan seuraaminen. Potilaan hyvin suunniteltu ravitsemus auttaa ehkäisemään vajaaravitsemuksen syntymistä ja samalla se edistää muiden

hoitotoimenpiteiden onnistumista. Hoitohenkilökunnalla on siis hyvin tärkeä rooli potilaan hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä tai saavuttamisessa.

Munuaissairauksien ruokavaliohoito poikkeaa merkittävästi muiden sairauksien ravitsemushoidosta, sillä munuaispotilaan ruokavalio koostetaan lähes päivittäin kuin normaalissa, suositusten mukaisessa ruokavaliossa. Munuaisten eritystoiminnan muutosten vuoksi tiettyjen ruoka-aineiden, kuten kasvisten, täysjyväviljan ja maitotuotteiden käyttöä joudutaan rajoittamaan. Munuaispotilaan voi olla vaikeaa ymmärtää tätä, mikä hankaloittaa ruokavalioon motivoitumista. Siksi hoitohenkilökunnalla onkin tärkeä tehtävä korostaa ruokavaliohoidon tärkeyttä ja kertoa muutosten syistä, jotta potilas motivoituisi noudattamaan uutta ruokavaliota mahdollisimman hyvin. Munuaissairaalan ravitsemushoidon suunnittelusta vastaa aina hoitava lääkäri ja ravitsemusterapeutti. (Arffman, Partanen, Peltonen & Siniluoma 2009, 3, 155-156.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavaliosta ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ruokavalio-ohjauksesta.

Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa lisätietoa potilaiden kokemuksista ruokavalion suhteen. Lisäksi halusimme tuottaa tietoa potilaiden saamasta ruokavalio-ohjauksesta dialyysiyksiköihin, joissa tutkimustuloksiamme voidaan hyödyntää ruokavalioon liittyvän ohjauksen ja tuen kehittämisessä.

Tutkimustehtävämme ovat:

1. Millaisia kokemuksia hemodialyysipotilailla on ruokavaliosta?
2. Millaisia kokemuksia hemodialyysipotilailla on hoitohenkilökunnalta saamastaan ruokavalio-ohjauksesta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Metodologiset lähtökohdat

Teimme tutkimuksemme laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Kvalitatiivinen tutkimus etenee yksittäisestä yleiseen käsitykseen. Valitsimme tutkimukseemme laadullisen menetelmän siksi, että haluamme tutkia potilaiden kokemuksia. Laadullisen tutkimuksen kohteena on lähes aina ihminen ja hänen maailma. (Varto 1996, 23-24.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on siis todellisen elämän kuvaaminen. Kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää tai paljastaa tosiasioita, ei todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161.)

5.2 Tutkimuksen tiedonantajat

Tutkimuksemme tiedonantajat ovat munuaisten vajaatoiminnan neljännessä vaiheessa eli dialyysivaiheessa olevia potilaita Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosaston satelliittiyksiköistä. Luottamuksellisuuden säilyttämiseksi emme mainitse näiden satelliittiyksiköiden nimiä. Tutkimukseen osallistui viisi hemodialyysipotilasta, yksi nainen ja neljä miestä ja heidän ikäjakama oli 53- 80 vuotta. Tutkittavien määrää rajasi se, että satelliittiyksiköissä potilaita on rajoitetusti ja se, että määrittelemiemme kriteerien mukaan tiedonantajien tuli olla käynyt hemodialyysihoidossa vähintään vuoden ajan ja lisäksi potilaan tuli olla kykenevä ja suostuva tutkimukseemme.

Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään tavallisesti pieneen määrään tapauksia, joita sitten pyritään analysoimaan mahdollisimman tarkasti (Eskola & Suoranta 1998, 18). Laadullisessa tutkimuksessa on myös tärkeää, että tiedonantajilla on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta tai että heiltä löytyy omakohtainen kokemus aiheesta ja siksi tiedonantajien tulisi olla harkittuja ja tarkoitukseen sopivia. (Tuomi & Sarajärvi. 2002, 88).

Olimme etukäteen yhteydessä valitsemiimme yksiköihin ja tiedustelimme potilaiden kiinnostusta osallistua opinnäytetyöhömmme. Kun saimme tutkimusluvut, lähetimme dialyysiyksiköihin hoitajille osoitetun kirjeen (Liite 2). Pyysimme dialyysiyksiköiden hoitajia osoittamaan meille haastateltavat

asettamiimme kriteereihin pohjautuen. Ajattelimme tämän olevan paras keino, sillä emme itse tunteneet haastateltavia, hoitajien näkemyksellä oli suuri merkitys, jotta saimme mahdollisimman paljon tietoa tutkittavilta henkilöiltä. Näin tutkittavien määrä rajautui viiteen hemodialyysipotilaaseen.

5.3 Aineiston keruu

Kun saimme hoitajilta tiedon alustavasti tutkimukseen suostuvien määrästä, lähetimme yksiköihin haastateltaville osoitetut kirjeet, joissa oli saatekirje (Liite 3), tutkimukseen osallistuvan oikeudet (Liite 4) sekä tiedonantajan suostumuslomake. Tämän jälkeen sovimme esihaastattelu ja haastatteluajat kumpaankin yksikköön. Esitestasimme haastattelurunkomme yhdellä hemodialyysipotilaalla ja sen jälkeen teimme siihen vielä joitakin muutoksia.

Tutkimuspäivän aamuna tarkistimme nauhurin toimivuuden ennen dialyysiyksikköön menemistä. Haastattelut suoritettiin hemodialyysihoidon aikana kahtena eri päivänä, kahdessa eri yksikössä. Tapasimme haastateltavat henkilöt ensimmäisen kerran henkilökohtaisesti vasta haastattelutilanteessa. Ensin varmistimme, että he olivat saaneet heille lähetetyn kirjeen, joka sisälsi saatekirjeen, tutkimukseen osallistuvan oikeudet sekä haastateltavan suostumuslomakkeen. Kävimme asiat vielä läpi suullisesti ja annoimme haastateltaville mahdollisuuden kysymyksiin. Sen jälkeen varmistimme, että he ovat halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja otimme heiltä allekirjoituksen haastateltavan suostumuslomakkeeseen. Ennen haastattelujen aloittamista kerroimme haastateltaville vielä, miksi nauhoitamme keskustelut ja myös sen, että nauhoitukset tuhotaan, sitten kun työmme on valmis. Haastattelut kestivät noin 30 minuuttia.

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen, etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia tutkimustehtävien sekä tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 77.) Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, sillä haastattelun avulla meidän oli mahdollista tarvittaessa toistaa tai tarkentaa kysymyksiä. Lisäksi haastattelu antoi mahdollisuuden väärinkäsitysten oikaisemiseen ja joustavuuteen haastattelutilanteessa. Teemahaastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun vastaukset perustuvat haastateltavan omaan kokemukseen. Se on siis hyvä tutkimusmenetelmä kokemusten tutkimiseen ja niiden kuvailamiseen. Teemahaastattelussa ei myöskään ennalta tiedetä, millaisia vastauksia tullaan

saamaan. Teemahaastattelulle ominaista on, että haastateltavilla on samankaltaisista tilanteista kokemuksia. (Hannila & Kyngäs 2008, hakupäivä 15.4.2012.)

Valitsimme teemahaastattelurunkoon (Liite 5) kaksi pääteemaa, joista toisen tarkoituksena oli selvittää hemodialyysipotilaiden ruokavalioon liittyviä kokemuksia ja toisella selvitimme hemodialyysipotilaiden kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan ravitsemusohjauksesta. Tarkensimme kumpaakin pääteemaa lisäkysymyksillä. Esimerkiksi kokemuksia ravitsemuksesta tutkimme kysymyksellä ”Millaisia kokemuksia sinulla on hemodialyysihoitoon liittyvien ruokavaliorajoitusten suhteen?” Tämän kysymyksen alla oli tarkentavia lisäkysymyksiä, esimerkiksi ”Minkä rajoituksen noudattamisen koet helppona?”

Haastattelumme etenivät haastattelurungon teemojen mukaan, jotta haastattelutilanne pysyi johdonmukaisena. Lähes kaikkien haastateltavien kanssa keskustelu jatkui vielä varsinaisen haastattelun loputtua. Nämäkin keskustelut tulivat nauhalle ja varmistimme vielä haastateltavilta saammeko käyttää myös niitä tietoja tutkimuksessamme siltä osin kuin ne ovat tutkimuksen kannalta oleellisia.

5.4 Aineiston analysointi

Saamamme aineiston analysoimme sisällönanalyysi- menetelmää käyttämällä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan laadullisen tutkimusmenetelmän metodia, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Tieto on esitettävissä sanallisina tulkintoina, ei numeerisina tuloksina. (Anttila 1996, 254-256.) Aineistomme analysoinnin teimme aineistolähtöisenä eli induktiivisena analyysinä. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kuultua, kirjoitettua tai nähtyä tietoa. Yleiskäsitteiden avulla muodostetaan näkemys tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 105.)

Aloitimme haastatteluaineiston auki kirjoittamisen eli litteroinnin tietokoneelle heti haastattelujen jälkeen. Haastattelun purkamiseen kului aikaa yhteensä kahdeksan tuntia. Tekstiä tuli rivivälillä yksi kirjoitettuna 10 sivua. Litteroinnin jälkeen tulostimme haastattelut ja luimme niitä useampaan kertaan läpi. Koimme sen olevan hyvä ratkaisu, sillä siten aineisto tuli meille tutuksi ja analysoinnin tekeminen oli helpompaa tutulle aineistolle. Tulostettuun haastatteluversioon oli myös helppo palata tutkimuksen eri vaiheissa.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoituksena löytää jonkinlainen toiminnan logiikka tai tutkimusaineiston ohjaamana jonkinlainen tyypillinen kertomus. Tämän tutkija päättää ennen analyysia, mutta kuitenkin tutkimusaineiston keräämisen jälkeen. Kun tutkija on päättänyt mistä toiminnan logiikkaa lähdetään etsimään, aloitetaan pelkistäminen, joka edellyttää tutkimusaineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tähän vaikuttaa tutkimustehtävät. Pelkistämisen jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään uudeksi kokonaisuudeksi, riippuen siitä mitä tutkimusaineistosta ollaan etsimässä. Ryhmittely voi tapahtua esimerkiksi käsitysten mukaan, jotka löytyvät analyysiyksiköstä. Tämän jälkeen jokaiselle ryhmälle annetaan yläkäsite, jonka avulla pyritään ymmärtämään tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102, 110-115.)

Aloitimme sisällönanalyysin etsimällä saamastamme aineistosta sellaiset asiat, jotka vastasivat tutkimustehtäviimme. Tällä tavalla meidän oli helppo poimia aineistosta sanaliittoja ja lauseita, jotka vastasivat tutkimustehtäviimme. Kopioimme niitä ja liitimme ne uudelle sivulle. Tässä vaiheessa karsimme haastatteluaineistosta tutkimukselle epäolennaiset tiedot pois ja pilkoimme tutkimusaineiston osiin. Tätä vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi.

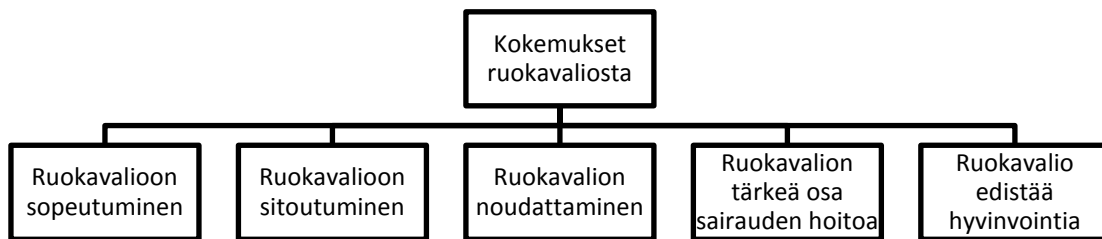
Pelkistämisen jälkeen yhdistimme samankaltaiset sanaliitot ja lauseet alaluokiksi. Sen jälkeen alaluokkia yhdistettiin ja ne ryhmiteltiin teemojen mukaisesti yläluokiksi. Muodostuneista yläluokista kokosimme yhden virkkeen, joka muodosti yhdistävän kategorian (Liite 5). Tutkimuksessamme aineistolähtöisen analyysin käyttäminen ilmenee siten, että huomioimme saamastamme aineistosta eniten esiin nousevat asiat. Haastatteluaineiston analysoimisen jälkeen, aineistosta pitää tehdä tulkintoja. Analyysin tuloksia pohditaan ja niistä tehdään johtopäätöksiä (Hirsjärvi ym. 2004, 213).

6 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelimme viittä hemodialyysipotilasta, jotka olivat käyneet hoidossa vähintään vuoden ajan. Haastatteluun osallistui yksi nainen ja neljä miestä. Haastateltavat olivat 53-80 -vuotiaita, keski-ikä ollessa 63 vuotta. Liitteenä esimerkit aineiston analysoinnista (Liite 5).

6.1 Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavaliosta

Potilaiden kokemuksia ruokavaliosta teeman alle muodostui viisi alakategoriaa *ruokavalioon sopeutuminen, ruokavalioon sitoutuminen, ruokavalion noudattaminen, ruokavalio tärkeä osa sairauden hoitoa ja ruokavalio edistää hyvinvointia*.



KUVIO 1. Potilaiden kokemuksia ruokavaliosta alakategoriat

Hemodialyysipotilaat kokevat toteuttavansa ruokavaliotaan parhaansa mukaan, koska sen koetaan olevan tärkeä osa sairauden hoitoa. Ruokavalion toteuttaminen vaatii sitoutumista. Alun vaikeuksien jälkeen hemodialyysipotilaat kokivat sitoutuneensa nykyiseen ruokavalioon melko hyvin vuosien aikana. Välillä ruokavaliota noudatetaan hyvin, välillä on vaikeampia kausia. Ruokavalion tärkeyttä on painotettu hoitojen alusta alkaen, mutta tärkeäksi koetaan se, että ajan kanssa on itse opittu ja koettu, millaisia lipsumisia oma keho kestää ja se, miksi lipsumisia ei voi tulla joka päivä.

"Välillä tulee sorruttua mielitekoihin."

"Pienet lipsumiset on okei, mutta maltti tulee pitää."

Ruokavalioon sopeutuminen ei ole ollut helppoa, sillä totuttuun suomalaiseen ruokavalioon verrattuna rajoituksia on paljon ja jotain entisiä lempiruokia ei nykyisin suotaisi syötävän. Ruokavalion noudattamisen koetaan olevan vaikeaa, mutta sen tärkeys tiedostetaan silloinkin, kun siinä ei pysytä. Vaikeimpana asiana ruokavaliossa koettiin suola- ja nesterajoitusten noudattaminen. Nesterajoituksen tekee vaikeaksi se, että nestettä saa niin monista erilaisista ruoka-aineista ja ruoista. Suolarajoituksesta puhuttaessa esille tuli myös se, että suolan käyttö usein lisää myös nesteen käyttöä, koska se aiheuttaa janon tunnetta.

"On eri asia mitä pitäis syyä ja mitä syö."

"On vaikeaa, kun entisiä lempiruokia ei voi syödä"

"...nesteenkäyttö on vaikeinta. Tulee käytettyä liikaa. Se on kaikissa niinku ruuissa ja jos jugurttia syöt, niin siitä tulee hyvin paljon nestettä."

"Neste ja suola on vihollisia."

Ruokavalion noudattamisen koetaan olevan tärkeää. Sillä on positiivinen vaikutus olotilaan. Yksi isompi lipsahdus ruokavaliosta, voi johtaa hoitotasapainon järkkymiseen, mikä tarkoittaa sitä, että tasapainoa joudutaan hakemaan useamman hoitokerran ajan. Kun yhden hoitokerran aikana poistettavien kuona-aineiden ja nesteen määrä on suuri, se tekee hemodialyysihoidosta raskaamman ja lisäksi hoitojen väliset päivät ovat hankalia potilaalle, muun muassa väsymyksen vuoksi. Lisäksi ruokavalion noudattaminen näkyy verikoetuloksissa siten, että niiden tulokset ovat huonompia silloin, kun ruokavaliota ei noudateta. Ruokavalion välittömistä vaikutuksista ollaan hyvin tietoisia, mutta lisäksi tiedostetaan ruokavalion vaikutukset esimerkiksi sydämen terveyteen pidemmällä aika välillä.

"Olostä huomaa, jos ruokavaliota ei noudata"

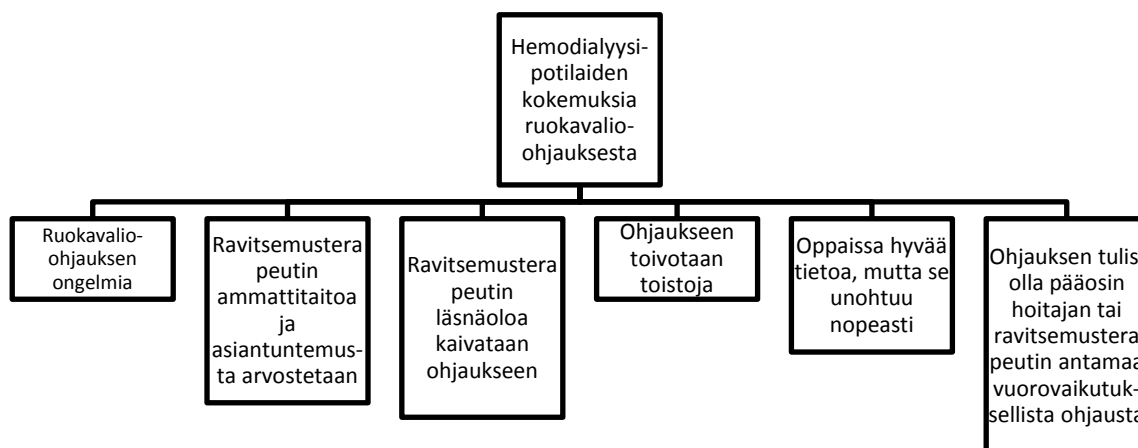
"...fosfori kovettaa verisuonia ja kaliumi rasittaa sydäntä.."

"Kyllä sen huomaa verikokeista ja olostä jos ei noudata...(-)...lähinnä oman olotilan vuoksi."

6.2 Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavalio-ohjauksesta

Potilaiden kokemuksia ruokavalio-ohjauksesta teeman alle muodostui kuusi alakategoriaa ruokavalio-ohjauksessa ongelmia, ravitsemusterapeutin ammattitaitoa ja asiantuntemusta arvostetaan, ravitsemusterapeutin läsnäoloa kaivataan ohjaukseen, ohjaukseen toivotaan

toistoja, oppaissa hyvää tietoa, mutta se unohtuu nopeasti ja ohjauksen tulisi olla pääosin hoitajan tai ravitsemusterapeutin antamaa vuorovaikutuksellista ohjausta.



KUVIO 2. Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ruokavalio-ohjauksesta.

Hemodialyysipotilaat eivät olleet tyytyväisiä ruokavalio-ohjauksen tämän hetkiseen tilaan. Haastateltavat olivat saaneet ruokavalio-ohjausta hemodialyysiyksikön hoitajilta. Lisäksi ennen hemodialyysihoitojen aloittamista oli käyty ravitsemusterapeutin vastaanotolla, jossa oli saatu laajempi ohjaus. Tämän hetkinen ohjaus tulee pääasiassa dialyysiyksikön hoitajilta ja erilaisista oppaista. Lisäksi tietoa ruokavaliosta haettiin netistä. Ohjaukseen toivottiin lisää ravitsemusterapeutin läsnäoloa, toistoja ja yksilöllisyyttä.

Hemodialyysiyksikön hoitajien antaman ohjauksen koettiin käyneen niin jokapäiväiseksi, että ohjauksen teho on heikentynyt. Ruokavaliosta keskusteleminen hoitajien kanssa menee helposti väittelyksi ja intämiseksi, jonka vuoksi ulkopuolinen ohjausta antava henkilö olisi tervetullut. Dialyysiyksiköiden hoitajien antamaan ohjaukseen toivottiin lisää toistoja ja ennen kaikkea tehoavuutta.

"No tässähän ne nämä hoitajat koittaa sitä antaa, vaan se on siinä että novatettaanko me sitä."

"Sais joku terapeutti käyä. Sehän meilläki tahtoo mennä hoitajien kansa vähäsen, että ei taho sitte tulla novatettua."

"Hoitajien neuvot ei ennää tehoa, niijen kanssa tahtoo mennä kinasteluksi."

Suurimmiksi puutteiksi koettiin ohjauksen ja ravitsemusterapeutin puuttuminen. Toistojen koettiin olevan hyvä asia, sillä asiat unohtuvat ja asiaa perusteltiin myös sillä, että mielitekojenkin hallitseminen olisi helpompaa, jos tietoiskuja tulisi säännöllisesti. Ravitsemusterapeutin läsnäolon ei koettu olevan riittävää. Ensimmäinen ravitsemusterapeutin käynti koettiin hyväksi ja koettiin, että sieltä oli saatu parhain ja kattavin ruokavalio-ohjaus. Sen jälkeen ravitsemusterapeutti ei ole ollut mukana hemodialyysipotilaiden hoidossa. Ravitsemusterapeutin ammattitaitoa ja asiantuntemusta pidettiin suuressa arvossa ja toivottiin, että ravitsemusterapeutti voisi käydä säännöllisesti, esimerkiksi kerran vuodessa dialyysiyksikössä pitämässä ohjausta. Ohjauksen toivottiin olevan vuorovaikutukseen perustuvaa ryhmäohjausta, jolloin keskustelu ja kysymyksien esittäminen olisi mahdollista. Toisena vaihtoehtona olivat potilaiden säännölliset käynnit ravitsemusterapeutin vastaanotolla.

"No ne toistot puuttuu. Sitä vois aina joskus pikkusen muistuttaa että mitä sais syyä."

"Haluaisin enempi ravitsemusterapeutin ohjausta, hänellä on tarkin ja ajantasaisin tieto."

"... sitä (ohjausta) sais tihämpää olla, joku terapeutti käyvä vähä esittelemässä."

Parhaimmaksi lisätiedon lähteeksi koettiin Munuais- ja maksaliiton nettisivut, joilta löytyy ajantasaista ja luotettavaa tietoa ruokavaliosta. Erilaisten oppaiden koettiin olevan hyviä muistinvirkistämisvälineitä, mutta niitä vierastettiin varsinaisina ohjausvälineinä. Oppaiden sijaan toivottiin yksilöllisempää ohjausta, jossa syntyisi vuorovaikutus ohjaajan ja ohjattavan välillä.

"Oppaatki unohtuu aina hyvin äkkiä."

"Ylleensä aina annetaan opas käteen että lue tästä. Ei siinä minusta kovin hyvin oo."

"Onhan niitä sitte ollu kaikenlaista vihkosta siitä niinku voi muistaa verestää aina."

"..että esimerkiksi nyt sieltä munuaisliiton sivulta sieltä löytyy tarkemmin, mutta toivoisin kuitenkin ohjausta enemmän hoitajilta tai kävis ravitsemusterapeutti."

Ravitsemusohjauksen kehittämistarpeiksi nousivat samat asiat, jotka koettiin puutteelliseksi ohjauksessa: toistojen puute ja ravitsemusterapeutin käyntien lisääminen. Yhtenä kehittämisideana nousi esille kysymysfoorumin luominen nettiin. Sen ajatuksena olisi, että hemodialyysipotilas voisi esittää kysymyksen esimerkiksi liittyen johonkin ruoka-aineeseen ja saisi siellä lyhyessä ajassa vastauksen. Tämä mahdollistaisi sen, että halutessaan voisi syödä myös eksoottisempia ruokia. Tällä hetkellä hemodialyysipotilailla ei ollut juuri ollenkaan tietoa

eksoottisten ruokien soveltuvuudesta heidän ruokavalioonsa. Lisäksi kehittämisideana esille nousi muun muassa jonkinlainen ruoantekokurssi, jossa valmistettaisiin yhdessä hemodialyysipotilaille soveltuvia ruokia.

”..ja ehkä joku kysymysfoorumi netissä jossa vois kysyä mitenkä tämä ruoka niitähän on kuitenkin eksoottisempiä ruokia ja kaikkia.”

”Olihan se tässä siitä on varmaan pari vuotta alkaa olla ruuantekokurssi . Ei haittais vaik ois tihiämpäänki.”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tulosten perusteella hemodialyysipotilaat noudattavat ruokavaliota parhaansa mukaan, koska se koetaan tärkeänä osana sairauden hoitoa, mutta tämän hetkiseen ruokavalio-ohjauksen tilaan ei olla tyytyväisiä.

Hemodialyysipotilaat kokivat saavansa hemodialyysiyksiköistä ravitsemusohjausta. Ravitsemusterapeutilta saatua ensimmäistä ruokavalio-ohjausta pidettiin hyvänä ja kattavana, mutta sen jälkeen ravitsemusterapeutti ei ollut osallistunut ohjaukseen. Ravitsemusterapeuttia kaivattiin säännölliseksi ohjauksen antajaksi, esimerkiksi niin, että ravitsemusterapeutti tulisi antamaan ravitsemusohjausta pari kertaa vuodessa hemodialyysiyksikköön. Tätä perusteltiin ravitsemusterapeutin ammattitaidolla ja tietämyksellä. Syvällisempi ravitsemusohjaus kuuluu aina ravitsemusterapeutille, joka osaa suunnitella potilaalle sopivan ruokavalion tämän tarpeiden ja lähtökohtien mukaan (Arffman ym. 2009, 239). Ravitsemusterapeutin tulisi siis osallistua enemmän satelliittiyksiköissä dialyysihoitoa saavien ruokavalio-ohjaukseen.

Dialyysiyksiköiden henkilökunnan antaman ruokavalio-ohjauksen tehon koettiin heikentyneen hoitajien tullessa tutuiksi pitkän hoitosuhteen aikana. Ohjaustilanteiden koettiin menevän inttämiseksi ja väittelyksi sen sijaan, että niistä saisi konkreettista hyötyä. Kokemuksemme mukaan dialyysivaiheen potilailla oli jo kattava tieto ruokavaliostaan ja sen vaikutuksista hoitoon sekä lyhyellä että pitemmällä aikavälillä. Sen vuoksi ruokavalio-ohjauksessa tulisi ensisijaisesti keskittyä potilaan motivoimiseen, sillä hemodialyysipotilas tarvitsee kannustusta ja tukea ruokavalionsa noudattamiseksi. Riittävä tiedon antaminen, opettaminen, ohjaaminen ja tukeminen auttavat potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja sen hoitamisesta. Samalla tuetaan hänen selviytymistään ja elämänhallintaansa. (Kassara, ym. 2004, 41.)

Ruokavalio-hoito on suuri osa hemodialyysipotilaan omahoitoa. Tulevaisuudessa hemodialyysipotilaiden hoidossa siirrytään yhä enemmän potilaiden omahoitoon ja siksi onkin tärkeää, että potilas on sitoutunut toteuttamaan sitä. Potilaan motivoimisessa ja tukemisessa hoitajalla on tärkeä rooli. Omahoidon onnistumisen kannalta on oleellista, että potilas tuntee voivansa vaikuttaa hoitoonsa. Lisäksi potilaan motivoinnissa tulee ottaa huomioon, että potilas

tiedostaa omahoitoon sitoutumisen olevan itselleen tärkeää ja tarpeellista. (Kyngäs & Hentinen 2007, 25.) C.J. Richard on tutkinut hemodialyysihoitoa läpi käyvien aikuisten omahoidon hallintaa. Tutkimuksessa käy ilmi, että hoitohenkilökunnan on tärkeää ymmärtää potilaiden ongelmat, tavoitteet, tarpeet ja kokemukset, jotta he voivat tukea potilaita mahdollisimman hyvin omahoidon toteuttamisessa. (Richard 2006, 387-394.) Jatkossa hemodialyysiyksiköissä tulisi huomioida potilaiden motivoiminen ruokavalio-ohjauksen yhteydessä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tieteelliset taidot, tiedot ja hyvät toimintatavat tutkimusta tehdessä ovat eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksiä. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu muun muassa se, että tutkijat noudattavat rehellisyyttä sekä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Lisäksi hyviin käytäntöihin kuuluu että, tutkija suunnittelee, toteuttaa ja raportoi työnsä yksityiskohtaisesti sekä soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta menetelmiä. (Kuula, 2006, 34-35.) Olemme pyrkineet opinnäytetyömme joka vaiheessa toimimaan huolellisesti ja tekemään työn mahdollisimman tarkasti. Työssämme olemme soveltaneet myös erilaisia tiedonhankinta menetelmiä.

Eettisinä näkökohtina kvalitatiivista tutkimusta tehdessä ovat luottamuksellisuus ja haastateltavan henkilön anonymiteetin säilyttäminen. Haastateltavalla henkilöllä on oikeus saada tietää mihin tarkoitukseen tutkimusta käytetään, mikä on tutkimuksen päämäärä ja missä tutkimuksen tulokset julkaistaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26-34.)

Yhtenä kvalitatiivisen tutkimuksen eettisenä kysymyksenä on tutkittavien antaman tiedon analysoiminen ja sitä myötä tiedon pysyminen sellaisena kuin tutkittava on sen tarkoittanut. On siis mahdollista, että tutkija analysoidessaan materiaalia tekee ratkaisuja, jotka eivät ole eettisesti oikein. Olemme pyrkineet säilyttämään tutkittavien antaman tiedon sellaisena kuin he sen tarkoittivat. Haastattelun aikana meillä oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä, jos emme ymmärtäneet mitä haastateltava tarkoitti.

Anonymiteetin säilyttäminen on yksi ihmistieteiden tutkimuseettisistä normeista. Tämän vuoksi anonymiteetin säilyttäminen on itsestäänselvyys kun sovitaan tutkittavan kanssa aineiston esittämisestä tutkimusjulkaisussa. (Kuula 2006, 201.) Kerroimme haastateltaville, että

tutkimukseemme osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että tutkimuksemme on luottamuksellinen ja tutkittavien anonymiteetti säilytetään.

Työssämme luottamuksellisuus näkyy siten, että emme kerro raportissamme tutkimusyksiköiden nimeä. Teimme tämän valinnan siksi, että tutkittavia ei voisi helposti tunnistaa työstämme. Korostimme haastateltaville tutkimuksen luottamuksellisuutta ja kerroimme heille, että haastattelunauhat tuhoetaan tutkimuksen loputtua. Lisäksi annoimme haastateltaville tietoa heidän oikeuksistaan (Liite 4).

Ennen haastatteluja lähetimme dialyysiyksiköihin haastateltaville osoitetun saatekirjeen (Liite 3), joka sisälsi tietoa tutkimuksemme tarkoituksesta, tavoitteesta ja haastattelujen ajankohdasta. Samassa yhteydessä lähetimme haastateltaville myös tutkimukseen osallistuvan oikeudet ja suostumuslomakkeen. Ennen haastattelujen aloittamista keskustelimme vielä haastateltavien kanssa ja sen jälkeen kysyimme heidän suostumustaan tutkimukseemme. Haastateltavaksi suostuva allekirjoitti tiedonantajan suostumuslomakkeen.

Otimme tämän asian huomioon ja kerroimme haastateltaville aineistomme käyttöajasta. Haastateltavat olivat myös tietoisia, että haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitettu aineisto oli vain meidän käytössämme siihen asti kunnes analysointi oli tehty, jonka jälkeen nauhat tuhottiin. Lisäksi kerroimme haastateltaville, ettei heidän henkilöllisyyttä ole mahdollista tunnistaa valmiista tutkimuksestamme.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimustoiminnassa syntyvät mahdolliset virheet pyritään välttämään arvioimalla tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131). Kun puhutaan tutkimusaineiston luotettavuudesta, viitataan yleensä yksittäistä ihmistä koskeviin tietoihin sekä näiden tietojen käytöstä annettuihin lupauksiin. Tällä tarkoitetaan siis, että tutkittavan tulee tietää etukäteen aineiston käyttöajasta, käyttäjistä, säilyttämisestä ja muokkaustavoista. (Kuula 2006, 64).

Anonymiteetin säilyttämiseksi emme kerro työssämme missä haastattelut on tehty emmekä muutoinkaan tarkempia henkilötietoja. Henkilötietojen suojaamista säätelee henkilötietolaki

(Henkilötietolaki 1999, 523, 5), jonka mukaan tutkijoiden tulee noudattaa huolellisuutta ja lainmukaisuutta henkilötietojen käsittelyn osalta. Lain mukaan tutkijoiden tulee huolehtia siitä, ettei vastaajan yksityisyyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta ja muutoinkin yksityiselämän suoja säilyy.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös seuraavien menetelmien kautta: aineistonkeruu (esimerkiksi kuinka monta haastatteluun osallistui, haastattelun nauhoitus), tutkimuksen tiedonantajat (haastatteluun osallistuneiden valintaperuste, yhteydenotto), tutkijan ja tiedonantajan välinen suhde, aineiston analysointi (miten aineisto analysoitiin, johtopäätökset) sekä tutkimustulosten raportointi (aineiston koonti ja analysointi) (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135-138). Aineistonkeruun tarkastelusta ja tutkimuksen tiedonantajista on tarkemmin tietoa opinnäytetyömme kohdassa *Tutkimusmenetelmä ja Tutkimuksen suorittaminen*. Aineiston analysoinnista ja tutkimustulosten raportoinnista taas on kerrottu työmme kohdissa *Aineiston analysointi ja Tutkimustulokset*.

Mielestämme huomioimme vastausten monipuolisuuden hyvin ennakkoon, sillä dialyysisyksiköihin lähetetyissä saatekirjeissä ilmoitimme kriteerit haastateltaville ja sen lisäksi ennen haastattelun aloittamista pyysimme mahdollisimman kuvailevia vastauksia. Otimme asian myös huomioon suunnitellessamme haastattelurunkoa ja yritimme karsia sieltä pois kysymykset, joihin emme todennäköisesti saisi kuvailevia vastauksia.

Jälkeenpäin ajatellen olisimme kuitenkin voineet tehdä useampia esihaastatteluita ja muokata haastattelurunkoa vielä toimivammaksi. Tutkimuksemme luotettavuutta voi heikentää se, että kokemattomina tutkijoina emme saaneet tarpeeksi monipuolista sisältöä sisältäviä vastauksia haastateltavilta. Lisäksi litterointivaiheessa huomasimme, että joissakin kohdissa olisi ollut hyvä esittää haastateltavalle tarkentava kysymys, mutta olemme vain jatkaneet haastattelua eteenpäin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimuksen reliaabeliuden ja validiuden kautta. Reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen validiudella eli pätevyydellä taas tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Työssämme reliaabelius tulee ilmi haastatteluiden yhtenevyyden kautta. Haastattelutuloksia tarkastellessamme tutkimukseen osallistuneiden vastaukset olivat keskenään yhteneväisiä. Haastateltavat olivat esimerkiksi lähes yksimielisiä siitä, että ruokavaliorajoitusten noudattamattomuus vaikuttaa omaan olotilaan. Tutkimuksen pätevyys tulee työssämme ilmi niin, että mielestämme saimme asettamiimme tutkimustehtäviin vastaukset haastatteluiden avulla.

Kylmän ja Juvakan (2007, 79-80, 115) mukaan laadullinen tutkimus ei ole yleistettävissä sen vuoksi, että saatu tieto on tilannekohtaista ja sidoksissa siihen ympäristöön, missä se on hankittu. Meidän tutkimuksemme tulokset ovat sidoksissa ympäristöön ja sen vuoksi ne ovat käytettävissä erityisesti niissä dialyysiyksiköissä, joissa suoritimme tutkimuksemme. Koemme, että ainakin osittain tutkimustuloksiamme voi kuitenkin hyödyntää myös tutkimuksen ulkopuolisissa dialyysiyksiköissä.

7.4 Omat oppimiskokemuksemme

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet paljon tietoa hemodialyysipotilaan ruokavaliosta. Lisäksi olemme saaneet tietoa muun muassa potilasohjausta koskien, jota voimme hyödyntää tulevassa sairaanhoitajan ammatissamme. Eniten meitä yllätti se, että hemodialyysipotilaat kokivat hoitajien antaman ohjauksen tehon heikentyneen ja se, miten vähän ravitsemusterapeutti on osana potilaiden elämää hoidon aloittamisen jälkeen.

Tutkimusprosessi on ollut pitkä ja se koostui monesta eri vaiheesta. Tutkimuksen aikana olemme oppineet, että välitavoitteiden asettaminen helpottaa lopullisen päämäärän saavuttamista eli valmiin opinnäytetyön valmistumista. Lisäksi olemme oppineet oman ajankäyttömmen organisoimista ja kärsivällisyyttä. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme tutustuneet erilaisiin Internetissä oleviin tiedonhakukoneisiin ja koemme tutkimuksen aikana kehittyneemme myös tiedonhakijoina. Lähteinä pyrimme käyttämään uusimpia teoksia, mutta vaikeuksia tuotti se, että aiheestamme ei löytynyt kovin paljoa tuoretta teorialtietoa. Sen vuoksi olisimme voineet keskittyä enemmän ulkomaalaisiin tutkimuksiin aiheesta, mutta koimme että kielitaitomme ei ole riittävä, jotta löytäisimme oleelliset tutkimukset työmme kannalta. Koemme, että tämä voi heikentää tutkimuksemme luotettavuutta ja laatua.

Tutkimuksen työmäärä oli melko suuri, mutta sitä helpotti se, että tekijöitä oli kaksi. Koemme, että tutkimuksen myötä omat yhteistyövalmiutemme ovat kehittyneet, sillä olemme tehneet tiiviisti töitä

yhdessä ja lisäksi olemme tehneet yhteistyötä hemodialyysiyksiköiden ja haastateltavien kanssa. Mielestämme olisimme voineet onnistua paremmin tutkimuksen aikataulun kanssa. Laadimme suunnitelmavaiheessa aikataulun, joka olisi varmasti ollut toimiva, mutta emme pysyneet siinä. Jälkeenpäin ajatellen aikataulussa pysyminen olisi voinut helpottaa ja nopeuttaa työn etenemistä. Mielestämme jatkossa oli mielenkiintoista tietää, millaisia tuloksia tutkimuksemme antaisi laajemmassa mittakaavassa, esimerkiksi jonkin maantieteellisen alueen sisällä tai maantieteellisesti jaoteltuna verrattaisi tuloksia maamme eri alueiden kesken. Tutkimuksessamme kävi ilmi, että hemodialyysipotilaat kokevat ohjaustilanteiden toistumisen olevan puutteellista ja he toivoivat ravitsemusterapeuttien osallistuvan enemmän ohjaukseen. Jatkotutkimushaasteena voisi olla vuorovaikutukseen perustuvan ohjaustilanteen järjestäminen muutamaan hemodialyysiyksikköön projektityönä. Hemodialyysipotilaat voisivat itse osallistua ohjaustilanteen suunnitteluun. Olisi hienoa, jos hemodialyysiyksiköihin tulisi tavaksi järjestää esimerkiksi kerran vuodessa ohjaustilanne, jonka hemodialyysipotilaat saavat itse suunnitella.

LÄHTEET

Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnavuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Helsinki: Akatiimi.

Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim). 2009. Ravitsemushoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finlex – valtion säädöstietopankki. 2012. Hakupäivä 30.4.2012. Saatavilla www-muodossa <http://www.finlex.fi/fi/>

Hannila, P. & Kyngäs, P. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. 2008. Helsingin yliopisto. Saatavilla www-muodossa <http://www.doria.fi/handle/10024/38214>
Hakupäivä 15.4.2012.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätauti-, kirurgisten sairauksien ja syöpätautihoito. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hänninen, A., Lehtimäki, M. & Muroma-Karttunen, R. 1997. Hemodialyysihoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere.

Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Edita.

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

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Munuais- ja maksaliitto ry. 2006. Hyvän hoidon kriteerit. Saatavilla [www-muodossa http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/hyvan_hoidon_kriteerit/](http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/hyvan_hoidon_kriteerit/) Hakupäivä 26.1.2012.

Munuais- ja maksaliitto ry. 2006. Munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitseminen. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2009. Saatavilla [www-muodossa http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=363&SEC=124f37b5ef2ad715522c228fb402b31a&SID=1#munuaisten_vajaatoiminta_ja_kliininen_ravitsemushoito.pdf](http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=363&SEC=124f37b5ef2ad715522c228fb402b31a&SID=1#munuaisten_vajaatoiminta_ja_kliininen_ravitsemushoito.pdf) Hakupäivä 31.3.2012.

Munuais- ja maksaliitto ry. 2006. Munuaispotilaan opas 2010. Saatavilla [www-muodossa http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=415&SEC=f5a148d99d2f873694fdebc2d0af4823&SID=1#munuaispotilaan_opas_2010.pdf](http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=415&SEC=f5a148d99d2f873694fdebc2d0af4823&SID=1#munuaispotilaan_opas_2010.pdf) Hakupäivä 31.3.2012.

Pasternack, A., Honkanen, E. & Metsärinne K. 2012. Dialyysihoito. Teoksessa A. Pasternack (toim.) Nefrologia. Porvoo: Bookwell Oy. 555-602.

Pasternack, A. & Saha, H. 2012. Krooninen munuaistauti, munuaisten krooninen vajaatoiminta ja uremia. Teoksessa A. Pasternack (toim.) Nefrologia. Porvoo: Bookwell oy. 431-494.

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

Perttula, J. & Latomaa, T. 2005. Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta ja ymmärtäminen. Helsinki.

Richard, C. J. 2006. Self-care management in adults undergoing hemodialysis. Nephrology nursing journal. July-August 2006. Vol 33, No 4. 387-394.

Suomen munuaistautirekisteri (2010). Vuosiraportti 2010. Saatavilla [www-muodossa](http://www.musili.fi/files/438/SMT_Raportti_2010.pdf) http://www.musili.fi/files/438/SMT_Raportti_2010.pdf

Terti, R. 2011. Dialyysipotilas perusterveydenhuollossa. Terveysportti. Saatavilla [www-muodossa](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=hemodialyysi) http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=hemodialyysi

Terveysportti. Terminologian tietokannat. 2012 Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 23.1.2012. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti

Tiilikainen, R., Järvinen, T., Laine-Rautanen, E., Oksanen, S., Heinimäki, M., Lehtimäki, T., Vesaluoma, H., Winberg, E., Ylönen, T., Björninen, R., Nikkanen, A., Moberg, V. & Torkki, S. 2011. Munuaispotilaan hoitotyö. Tampereen kaupunki/Tampereen ammattiopisto. Saatavilla www-muodossa <http://koulut.tampere.fi/materiaalit/munuais/sisalto.html> Hakupäivä 31.3.2012.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

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

Ikä

Sukupuoli

Millaisia kokemuksia sinulla on hemodialyysihoitoon liittyvien ruokavaliorajoitusten suhteen?

- Miten toteutat omaa ruokavaliorajoitustasi?
- Miksi noudatat/ et noudata ruokavaliorajoitusta?
- Minkä rajoituksen noudattamisen koet helppona?
- Entä vaikeana?
- Pidätkö ruokavaliorajoituksen noudattamista tärkeänä?
- Mihin ruokavaliorajoituksella pyritään?

Millaisia kokemuksia sinulla on saamastasi ohjauksesta ravitsemukseen liittyen?

- Kuka on antanut ohjausta?
- Onko ohjaus mielestäsi ollut riittävää?
- Mikä ohjauksessa on ollut hyvää?
- Mikä ohjauksessa on ollut puutteellista?
- Millä tavalla kehittäisit ravitsemusohjausta?

Hyvä hemodialyysyksikön hoitaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun seudun ammattikorkeakoulun Oulaisten yksiköstä. Koulutukseemme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Olemme valinneet opinnäytetyömme aiheeksi ”Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ravitsemukseen liittyvistä rajoituksista ja ravitsemusohjauksesta”. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää 3-6 hemodialyysipotilaan kokemuksia ravitsemukseen liittyvistä rajoituksista ja saamastaan ohjauksesta oikeanlaisen ravitsemuksen toteuttamiseksi.

Suoritamme tutkimuksemme kahdessa Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosaston satelliittiyksikössä. Keräämme tietoa tutkimukseemme haastattelemalla 3 hemodialyysipotilasta kummastakin satelliittiyksiköstä. Toivoisimme, että haastateltavien dialyysiyksiköiden hoitajat voisivat osoittaa meille haastateltavat ja alustavasti pyytää heidän suostumuksensa tutkimukseen. Toivomme heidän olevan henkilöitä, jotka ovat olleet hemodialyysihoidossa vähintään vuoden ajan ja lisäksi heidän tulee olla kykeneviä ja suostuvia tutkimukseemme. Dialyysiyksikön hoitajat tuntevat yksikön potilaat ja koemme tämän olevan ensiarvoisen tärkeää tutkimuksemme tiedonantajia valittaessa. Haastattelut tehdään kesän 2012 aikana ja tutkimus on valmis syksyllä 2012.

Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa lisätietoa potilaiden kokemuksista ravitsemusrajoitusten suhteen ja potilaiden saamasta ravitsemusohjauksesta dialyysiyksiköihin, joissa tutkimustuloksiamme voi hyödyntää jatkossa ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja tuen kehittämisessä.

Toivomme, että ottaisitte meihin mahdollisimman pian yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla, jotta voimme lähettää haastatteluluvat ja lisätietoa tutkimuksestamme valituille tiedonantajille.

Kiitos osallistumisesta!

Hyvä hemodialyysipotilas!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Oulun seudun ammattikorkeakoulun Oulaisten yksiköstä. Koulutukseemme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Olemme valinneet opinnäytetyömme aiheeksi ”Hemodialyysipotilaiden kokemuksia ravitsemukseen liittyvistä rajoituksista ja ravitsemusohjauksesta”. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää 3-6 hemodialyysipotilaan kokemuksia ravitsemukseen liittyvistä rajoituksista ja saamastaan ohjauksesta oikeanlaisen ravitsemuksen toteuttamiseksi.

Suoritamme tutkimuksemme kahdessa Oulun yliopistollisen sairaalan munuaisosaston satelliittiyksikössä. Keräämme tietoa tutkimukseemme haastatteleamalla 3 hemodialyysipotilasta kummastakin satelliittiyksiköstä. Olemme valinneet Teidät yhdeksi tutkimukseen haastateltaviksi henkilöksi. Haastattelut tehdään kesän 2012 aikana ja tutkimus on valmis syksyllä 2012.

Tutkimuksemme tavoitteena on tuottaa lisätietoa potilaiden kokemuksista ravitsemusrajoitusten suhteen ja potilaiden saamasta ravitsemusohjauksesta dialyysiyksiköihin, joissa tutkimustuloksiamme voi hyödyntää jatkossa ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja tuen kehittämisessä.

Jos mieleenne tulee kysyttävää tutkimuksestamme, voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla.

Kiitos osallistumisesta!

1. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.
2. Tutkimus on ehdottoman luottamuksellinen. Teidän nimenne ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Emme myöskään mainitse hemodialyysiyksikön nimeä tutkimuksessamme.
3. Tutkimus tehdään haastattelemalla. Haastatteluäänitteet tuhotaan heti tutkimuksen loputtua. Teillä on oikeus keskeyttää haastattelutilanne, jos se tuntuu teistä epämukavalta.
4. Valmis tutkimus esitetään Teille ennen sen julkaisemista mahdollisia muutoksia varten.

Kiitos osallistumisestanne!

Liitetaulukko 1. Hemodialyysipotilaiden kokemukset ruokavaliosta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty kategoria
"On vaikeaa, kun entisiä lempiruokia ei voi syödä"	Muutos totuttuun ruokavalioon	Ruokavalioon sopeutuminen	Ruokavalion noudattaminen vaatii sitoutumista	Hemodialyysipotilaat noudattavat ruokavaliota parhaansa mukaan, koska se koetaan tärkeäksi osaksi sairauden hoitoa
"On eri asia mitä pitäis syyä ja mitä syö"	Ruokavalion noudattaminen			
"Neste ja suola on vihollisia"	Osaa rajoituksista on vaikeaa noudattaa	Ruokavalioon sitoutuminen	Ruokavalion noudattaminen mahdollisimman tarkasti	
"..nesteenkäyttö on vaikenta. Tulee käytyä liikaa. Se on kaikissa niinku ruuissa ja jos jugurtia syöt niin siitä tulee hyvin paljon nestettä"				
"Välillä tulee sorruttua mielitekoihin"				
"Pienet lipsumiset on okei, mutta maltti tulee pitää"	Omien rajojen tunteminen	Ruokavalion noudattaminen		
"Mahollisimman tarkastihan sitä on koitettu noudattaa"	Ruokavalion noudattaminen mahdollisimman tarkasti			
"Olosta huomaa, jos ei noudata"	Ruokavalion vaikutus olotilaan	Ruokavalio edistää hyvinvointia	Ruokavalio koetaan tärkeäksi vaikutustensa vuoksi	
"Kyllä sen huomaa verikokeista ja olosta jos ei noudata.. lähinnä oman olotilan vuoksi"				
"..fosfori kovettaa verisuonia ja kaliumi rasittaa sydäntä"	Ruokavalion vaikutukset elimistöön -välittömät vaikutukset -vaikutukset pidemmällä aikavälillä	Ruokavalion noudattaminen tärkeä osa sairauden hoitoa		
"Kokkeitten tulokset näyttää jos sitä ei noudata niin menee kaikki taas mönkään"				
"Hetä rupee veriarvot heittelemään, jos pikkusenkaa lipsuu siitä"				

Liitetaulukko 2. Hemodialyysipotilaiden kokemukset ruokavalio-ohjauksesta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty kategoria
"No tässähän ne nämä hoitajat sitä antaa, vaan se on siinä että uskotaanko me sitä"	Dialyysihoidot antavat pääasiassa ohjausta	Ruokavalio-ohjauksen ongelmia	Ruokavali-ohjauksessa koetaan olevan puutteita	Hemodialyysipotilaat eivät ole tyytyväisiä tämän hetkiseen ruokavalio-ohjauksen tilaan
Sais joku terapeutti käyä. Sehän meilläki tahtoo mennä hoitajien kanssa vähäsen, että ei taho tulla nuovatettua"	Hoitajien antaman ohjauksen teho on heikentynyt			
"Hoitajien neuvot ei enää tehoa, niiden kanssa tahtoo mennä kinasteluksi"				
"Haluaisin enempi ravitsemusterapeutin ohjausta, hänellä on tarkin ja ajantasaisin tieto"	Ravitsemusterapeutilla tuorein tieto	Ravitsemusterapeutin ammattitaitoa ja asiantuntemusta arvostetaan	Ravitsemusterapeutin ammattitaitoa ja toistoja kaivataan ohjaukseen	
Tässä ku ollaan joukossa niin samalla se terapeutti vois esitellä"	Ravitsemusterapeutin antaman ohjauksen puuttuminen	Ravitsemusterapeutin läsnäoloa kaivataan ohjaukseen		
"...sitä (ohjausta) sais tihämpää olla"	Ohjauksessa ei ole toistoja	Ohjaukseen toivotaan toistoja		
"No ne toistot puuttuu"				
"No ehkä semmosta et niitä vois niinku kerrata että se vois olla hyvä. Unohtuuhan ne asiat, et jotai semmosia tietoiskuja"	Asioita tulisi kerrata, jotta ne pysyvät mielessä			
"Oppaatki unohtuu aina hyvin äkkiä"	Oppaiden tieto unohtuu nopeasti	Oppaissa hyvää tietoa, mutta se unohtuu nopeasti	Oppaat ja netti hyviä lisätiedon lähteitä, mutta varsinaisen ohjauksen tulisi olla yksilöllisempää	
Onhan niitä sitte ollu kaikenlaista vihkosta, siitä niinku voi muistia verestä aina"	Oppaita ja nettiä käytetään ja niistä saa lisätietoa			
"... että esimerkiksi nyt sieltä munuaisliiton sivulta sieltä löytyy tarkemmin, mutta toivoisin kuitenkin ohjausta enemmän hoitajilta tai kävis ravitsemusterapeutti"				
"Ylleensä aina annetaan opas kätehen että lue tästä. Ei siinä minusta kovin hyvin oo"	Netin ja oppaiden sijaan toivotaan enemmän vuorovaikutukseen perustuvaa ohjausta	Ohjauksen tulisi olla pääosin hoitajan tai ravitsemusterapeutin antamaa vuorovaikutuksellista ohjausta		
"Olihan se tässä, siitä on varmaan pari vuotta, ruuantekokurssi.. Ei haittais vaiko ois tihämpäänki"	Esimerkit ohjauksen kehittämisestä			
"..ja ehkä joku kysymysfoorumi netissä, jossa vois kysyä mitenkä tämä ruoka, niitähän on kuitenkin eksoottisempiäki ruokia ja kaikkia"				