

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma

Johanna Puroharju ja Laura Turunen

HEMODIALYYSIPOTILAAN ARKI JA HOITON SITOUTUMINEN

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Johanna Puroharju

Laura Turunen

Hemodialyysipotilaan arki ja hoitoon sitoutuminen 46 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaaja: lehtori Pia Halonen

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hemodialyysihoidossa käyvien aikuisten potilaiden näkökulmasta hoitoon sitoutuneisuutta, arjen toimintakykyä sekä hoidon ja vajaatoiminnan vaikutuksia potilaiden lääkehoitoon ja ravitsemukseen. Opinnäytetyö koostuu teoria- ja tutkimusosuudesta. Teoriaosuudessa käsitellään munuaisten toimintaa, vajaatoimintaa ja hoitomuotoja, munuaispotilaiden hoitoon sitoutumista, ravitsemusta, lääkehoitoa, liikuntaa sekä toimintakykyä.

Tutkimusosuuden aineisto on kerätty kyselytutkimuksella, jossa on strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen kohderyhmänä on ollut Etelä-Karjalan keskussairaalan dialyysi- ja munuaispoliklinikalla hemodialyysihoidoissa käyvät täysi-ikäiset potilaat. Hemodialyysihoidoissa on tutkimuksen aikana käynyt 41 potilasta, joista 21 vastasi kyselyyn. Strukturoidut kysymykset on analysoitu SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for the Social Sciences) ja avoimet kysymykset on listattu teemoittain kysymysten mukaan.

Tutkimuskyselyn tulosten mukaan dialyysihoidoissa käyntiä pidetään sitovana. Lääkehoidon hallinta koetaan helpoksi, vaikka munuaisten vajaatoiminnan myötä vastaajien lääkkeitä oli lisätty, lääkemannoksia pienennetty ja joitakin lääkeaineita kielletty. Ruokavalioon on tullut muutoksia lähes kaikilla. Eniten rajoituksia on suolan, nesteen, fosforin, rasvojen ja kaliumin määrässä. Lisäyksiä on tehty proteiinin, kaliumin ja hiilihydraattien määrään. Rajoitusten ja/tai lisäysten tarkkailu ei ole ollut helppoa 11 vastaajan mielestä. Ohjausta ravitsemukseen liittyvissä asioissa on saatu eniten ravitsemusterapeutilta, hoitajilta sekä lääkäreiltä. Vastaajista 14 on kokenut ohjauksen riittäväksi. Vain yksi vastaaja olisi kaivannut lisää ohjausta. Suuri osa vastaajista kokee toimintakykynsä, terveydentilansa, arjessa jaksamisen, arjessa pärjäämisen ja liikkumisen kohtalaiseksi. Erittäin hyväksi terveydentilan ja arjessa pärjäämisen arvioi yksi ja liikkumisen kaksi. Kohdat hyvä ja huono saivat vastauksia lähestulkoon saman verran. Yksi vastaaja on arvioinut liikkumisen erittäin huonoksi. Vastaajista viisi on matkustellut kotimaassa ja kolme sekä kotimaassa että ulkomailla dialyysihoidojen aikana.

Jatkotutkimusaiheeksi muodostui samanlaisen kyselyn teko konservatiivista tai peritoenaalidialyysihoidoa saaville potilaille. Ravitsemus- ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa oli paljon epätietoisuutta. Jatkotutkimusaiheeksi tuli myös jonkinlaisen ohjaustilanteen muistilistan teko, sillä erilaisia aiheeseen liittyviä oppaita on jo potilaiden saatavilla.

Asiasanat: munuaisten toiminta, toimintakyky, hoitoon sitoutuminen, hemodialyysi

Abstract

Johanna Puroharju

Laura Turunen

Every day functioning and commitment to treatment of hemodialysis patients,
46 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Social Services and Health Care, Degree Program in Nursing

Final Thesis 2012

Instructor: Senior Lecturer Pia Halonen

The main goal of this thesis was to find out how hemodialysis patients feel about commitment to treatment and every day functioning. Another goal was to find out how insufficiency of kidneys and dialysis affect nutrition and treatment with medicines.

The thesis consists of theory and research parts. Commitment to treatment, nourishment, medical treatment, exercise, renal function and dysfunction, and ways to treat renal dysfunction are handled in the theory part. The target group of this research was adult patients who needed hemodialysis treatment.

The survey was carried out in Dialysis and Kidney Outpatient Clinic of South Karelia Central Hospital in the summer of 2012. There were 41 patients in the target group and 21 answered the survey.

Results revealed that getting hemodialysis treatment was considered to be binding or very binding. Many patients had had changes in their medical treatment but still found medical treatment to be manageable. Almost every one (20) had restrictions and/or add-ons in their diet. Most restricted nutrients were salt, fluids and phosphors. Protein, potassium, and carbohydrates were the nutrition added to diets. Eleven out of 21 considered observation of diet to be difficult.

Dieticians, doctors and nurses gave guidance about nutrition. Fourteen out of 21 thought that they had had enough guidance and only one would have wanted more. Every day functioning and coping, state of health and exercise were considered average by most of the patients. One out of 21 considered state of health very good. Five out of 21 had travelled in their homeland and three out of 21 had also travelled abroad while having dialysis treatments.

Continued study might be done using the same kind of survey for kidney patients experiencing more conservative treatment or peritoneal dialysis.

Keywords: renal function, working order, commitment to treatment, hemodialysis

Sisällys

1 Johdanto	5
2 Munuaisten toiminta ja vajaatoiminta	6
3 Munuaisten vajaatoiminnan hoitomuodot.....	7
3.1 Konservatiivinen hoito	8
3.2 Hemodialyysi.....	8
3.3 Peritoneaalidialyysi	10
4 Munuaispotilaan hoitoon sitoutuminen	11
4.1 Ravitseminen	13
4.2 Energia-, suola- ja nestetasapaino.....	13
4.3 Fosfori ja kalium	15
4.4 Vitamiinit ja kivennäisaineet.....	15
4.5 Munuaispotilaan lääkehoito.....	16
4.6 Munuaispotilaan liikunta.....	17
5 Toimintakyky	18
5.1 Fyysinen toimintakyky	18
5.2 Psykkinen ja sosiaalinen toimintakyky	19
5.3 Munuaispotilaan toiminta- ja työkyky	20
5.4 Elämänlaatumittarit	22
6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	23
7 Opinnäytetyön toteutus	24
7.1 Tutkimuksen kohderyhmä	24
7.2 Tutkimusluvut.....	25
7.3 Tutkimusaineiston hankinta.....	25
7.4 Tutkimuksen analysointi.....	27
8 Kyselytutkimuksen tulokset.....	27
8.1 Perustiedot.....	27
8.2 Hoidon kokeminen	30
8.3 Arjen sujuminen ja toimintakyky	32
8.4 Ravitseminen	34
8.5 Lääkitys.....	36
8.6 Muuta lisättävää.....	37
9 Pohdinta.....	38
9.1 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus	38
9.2 Tulosten tarkastelu.....	39
9.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	42
9.4 Oma oppiminen.....	43
10 Lähteet.....	44

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

toiminnasta ja hoidosta. Lisäksi tutkimuksen tekeminen auttaa ymmärtämään asiaa myös potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyömme tietoa voidaan hyödyntää dialyysipotilaiden hoidon laadun ja toiminnan kehittämisessä.

2 Munuaisten toiminta ja vajaatoiminta

Ihmisellä on kaksi munuaista, jotka sijaitsevat selkärangan molemmin puolin, selän puolella. Munuaiset ovat osittain alimpien kylkiluiden alla ja ulottuvat alimman rintanikaman kohdalta ensimmäisen ja toisen rannenikaman korkeudelle. Munuaiset ovat pavun muotoisia, ja pituussuunnassa n. 10–12 cm pitkiä. (Laurila 2008, 16.)

Munuaiset ovat erikoistuneet kuona-aineiden poistoon elimistöstä. Urea ja muut proteiinipitoiset kuonat poistuvat virtsanmuodostuksen avulla. Ne osallistuvat mineraaliaineenvaihduntaan säätelemällä natriumin ja kaliumin eritystä sekä ylläpitävät kalsium- ja fosfaattitasapainoa. Munuaiset kiihdyttävät punasolun tuotantoa ja osallistuvat keskeisesti verenpaineen säätelyyn. Munuaiset osallistuvat myös hormoniaineenvaihduntaan ja nestetasapainon säätelyyn. (Laurila 2008, 16–29.)

Virtsan muodostuminen tapahtuu nefroneissa, joita on munuaisessa miljoonia. Nefronit ovat munuaisen kuoren ja ytimen alueella, ja ne koostuvat munuaiskeräsestä sekä munuaistiehyistä. Useimmat nefronit laskevat kokoojaputkeen, joka kuljettaa virtsaa munuaisaltaaseen. Munuaisaltaasta virtsa kulkeutuu virtsajohdinta pitkin virtsarakkoon, josta se poistuu elimistöstä. (Laurila 2008, 17–19.)

Linnavuon (2008) mukaan munuaisten vajaatoiminnan oireet kehittyvät munuaistaudista riippumatta samankaltaisesti ja noudattavat samanlaista järjestystä. Lievässä vajaatoiminnassa munuaisten kreatiniiniarvo voi olla vielä normaali eikä oireita edes huomaa. Keskivaikeassa vajaatoiminnassa oireita voi esiintyä, mutta vasta vaikeassa vajaatoiminnassa oireita on laajasti. Oireina voivat olla mm. nesteen kertymistä kehoon, pahoinvointia ja kutinaa. Munuaisten vajaa-

toiminnassa havaitaan myös anemiaa, hyperkalemiaa ja korkeaa verenpainetta. (Groop 2004, 304–305.)

Oireet voivat ilmetä alkuun verenpaineen nousuna tai turvotuksina, ja nämä saavat potilaan hakeutumaan terveystarkastukseen. Näitä saattaa seurata virtsamäärän lasku tai nousu, anemia, luuston aineenvaihduntahäiriöt ja neste-tasapainon häiriöt. Ruokahaluttomuus pahoinvointi ja oksentelu kertovat pitkittyneestä vajaatoiminnasta. (Linnavuo 2008, 36–38.)

Linnavuon (2008) mukaan kreatiniiniarvon nousu kertoo munuaisten vajaatoiminnasta, silloin glomerusten suodatuskyky laskee. Myös urea-arvot nousevat, mutta siihen vaikuttaa herkemmin esimerkiksi kortikosteroidihoito. Kalsiumin, fosforin ja D-vitamiinin erittyminen muuttuu myös vajaatoiminnan varhaisessa vaiheessa ja voi aiheuttaa aineenvaihduntahäiriöitä. Lisäkilpirauhasten toiminta saattaa muuttua aineenvaihduntahäiriöiden takia. Munuaisten vajaatoimintaa voidaan tulkita ja selvittää myös virtsalöydösten, happo-emästatasapainonhäiriöiden erilaisten rakennepoikkeavuustutkimusten avulla.

Munuaisten vajaatoimintaa sairastava on herkempi saamaan infektioita vastustuskyvyn heikentymisen ja mahdollisen dialyysin takia. Myös perussairaudet, kuten diabetes voivat altistaa infektioille. (Groop 2004, 304–306.)

3 Munuaisten vajaatoiminnan hoitomuodot

Munuaisten vajaatoiminnassa hoitomuodot ovat konservatiivinen hoito, peritoneaalidialyysihoito sekä hemodialyysi. Dialyysi voidaan tehdä kotona, sairaalan poliklinikalla tai terveyskeskuksessa. Dialyysihoidon voi tehdä omatoimisesti yksin, avustettuna tai hoivodialyysinä potilaan omatoimisuusasteen mukaan. Hoidoissa ja sen valinnassa otetaan huomioon potilaan perussairaudet ja ominaisuudet. Sopiva hoitomuoto valitaan jo predialyysivaiheessa, jossa puntaroidaan kunkin hoitomuodon hyödyt ja haitat. Jos tehdään päätös dialyysihoidosta, se tehdään hyvissä ajoin ennen hoitojen aloittamista. Hoitomuodon on sovittava yksilöllisesti joka potilaalle. (Groop 2004,305.)

3.1 Konservatiivinen hoito

Groopin (2004) mukaan konservatiivisina hoitokeinoina voidaan käyttää elämäntavan muutoksia. Tällaisia keinoja ovat muun muassa fosfori- ja proteiinipitoista ruokaa ja liiallista nesteen saantia rajoittamalla sekä tupakoinnin lopettamisella. Samalla hoidetaan ureemisia oireita ja hoidetaan verenpainetta. Lääkkeistä käytössä voi olla ACE-estäjiä, D-vitamiinilisä, AT II-reseptorisalpaajat. Samalla potilasta olisi hyvä valmistaa mahdolliseen dialyysihoitoon.

Etelä-Karjalan keskussairaalassa dialyysi- ja munuaispoliklinikalla konservatiivinen hoito tarkoittaa että, dialyysia ei ole vielä aloitettu tai ei aloiteta. Tällöin hoitokeinoina ovat korkean verenpaineen ja kolesteroli arvojen hoito, ylipainon hallinta, liikunnan lisääminen sekä infektioiden ehkäisy. (EKKS).

3.2 Hemodialyysi

Hemodialyysi toteutetaan veritien kautta, joka rakennetaan potilaille kirurgisesti. Yleisin rakennettu veritie on Arteria-Vena (AV)-fisteli. Se tehdään oikeakätisille vasempaan käteen ja vasenkätisille oikeaan käteen. AV-fisteli rakennetaan yleensä ranteen tai kyynärtaipeen alueelle yhdistämällä valtimo ja laskimo toisiinsa. Tämän ansiosta valtimoveri ohjautuu laskimoon ja käsivarren laskimot laajenevat ja verenvirtaus kasvaa, ja näin saadaan riittävä virtaus dialyysaatioon. (Kylmäaho & Mukka 2008, 77–78.)

Hemodialyysillä poistetaan verestä kuona-aineita, ylimääräistä nestettä ja tasetaan elimistön happo-emästasapainoa. Hemodialyysissä käytetään dialyysaattoria, jossa veri kulkee puoliläpäisevien kalvojen välissä. Toisella puolella kalvoa kulkee dialyysi- eli ulkoneste, joka ei sisällä kuona-aineita. Kalvon molemmilla puolilla olevat pitoisuudet pyrkivät tasoittumaan diffuusion avulla eli liuenneet aineet siirtyvät väkevämmästä konsentraatiosta miedompaan ilman välittäjäaineita. Tästä johtuen pienimolekyyliset kuona-aineet siirtyvät verestä dialyysinesteeseen. Siirtymisnopeuteen vaikuttavaa veren ja dialyysinesteen virtausnopeus, lisäksi sitä edistää niiden virtaaminen vastakkaisiin suuntiin. Kreatiini, urea,

kalium, natrium, fosfori ja vesiliukoiset vitamiinit siirtyvät verestä dialyysinesteeseen, kun taas dialyysinesteestä vereen siirtyy bikarbonaatteja, kalsiumia ja natriumia, jos niiden pitoisuus on veressä alhaisempi kuin dialyysinesteessä. Ylimääräistä vettä voidaan poistaa potilaasta paine-erojen avulla eli dialyysaattorin kalvojen läpi imetään haluttu määrä nestettä kehittämällä dialyysinesteeseen alipaine. Veden mukana poistuu myös kalvon läpi kuona-aineita. Kuona-aineet voivat myös sitoutua dialyysaattorin kalvoon ja poistua tällä tavalla elimistöstä. (Kylmäaho & Mukka 2008, 76.)

Valtimon ja laskimon voi myös yhdistää keinosuonen avulla eli AV-graftilla. Keinomateriaalista valmistettu suoni voidaan asentaa kirurgisella toimenpiteellä käsivarteen, jalkaan tai vaikka rintakehään jos käden suonet ovat heikot. (Kylmäaho & Mukka 2008, 79.)

Dialyysiin liittyy Groopin (2004) mukaan myös komplikaatioita, varsinkin vuosikausia hoidoissa käyville potilaille. Munuaisten vajaatoiminta ja dialyysihoidot vaikuttavat verenpaineen muutoksiin ja nesteenkertymisiin, mitä potilas joutuu säätelemään nestemäärän rajoituksilla ja verenpainelääkkeillä. Potilailla saattaa ilmetä infektioherkkyyttä. Dialyysihoidot voivat vaikuttaa myös tärkeiden ravintoaineiden, kuten kalsiumin vajeeseen sekä toisaalta esimerkiksi fosforin kertymiseen. Pitkään jatkuneet hoidot voivat aiheuttaa sydän- ja verisuonisairauksia; verisuoniston jäykistymistä, sydäninfarkteja ja aivohalvauksia.

Dialyysien väliin jäävät tauot eivät saa olla pitkiä eikä niiden aikana saa olla suuria painonvaihteluita. Hemodialyysihoidot tehdään minimissään kolmesti viikossa. Vain kerran viikossa saa olla kaksi välipäivää. Nesterajoituksen noudattaminen on haasteellista mutta tärkeää. Sallittu nestemäärä hemodialyysipotilaalle on vuorokauden virtsamäärä +800 ml nestettä. Dialyysi-, nesterajoitus-, ruokavalio- sekä lääkehoito muodostavat yhdessä perusteellisen munuaisten vajaatoiminnan hoidon. (EKKS.)

3.3 Peritoneaalidialyysi

Peritoneaalidialyysihoido toteutetaan yleensä kotona omatoimisesti, ja se on helppo tehdä myös kesämökillä tai matkalla. Tätä hoitomuotoa käytetään myös hoitolaitoksissa. Dialyysihoido voidaan toteuttaa usealla eri tavalla, muun muassa automaattisena vatsakalvodialyysinä, jossa hoito toteutetaan öisin tai jatkuvana vatsakalvodialyysinä, jossa dialyysinestettä on koko ajan vatsaontelossa. (Hyväri 2008, 90,96–97.)

Peritoneaalidialyysi ei aiheuta suuria nestetasapainon vaihteluita, koska se poistaa kehosta nestettä, suoloja ja kuona-aineita tasaisesti ympäri vuorokauden. Munuaisten jäljellä oleva toimintakyky säilyy peritoneaalidialyysipotilailla pidempään kuin hemodialyysipotilailla. (Hyväri 2008b, 90.)

Peritoneaalidialyysissä vatsakalvo toimii puoliläpäisevänä suodattimena. Vatsakalvo on sileäpintainen kalvo, jonka seinänmyönteinen lehti peittää vatsaontelon sisäseinämää ja sisusmyötäinen lehti vatsaontelon sisäisten elinten ulkopintaa. Näiden lehtien välissä on vatsaontelo, johon sijoitetaan pysyvä katetri, kun vatsakalvoa käytetään suodattimena. Kuona-aineet siirtyvät vatsakalvon hiussuonten verenkierrosta vatsaontelossa olevaan dialyysinesteeseen, koska nesteeseen liuenneet molekyylit pyrkivät siirtymään väkevämmästä pitoisuudesta laimeampaan tasoittaen pitoisuuserot. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat vatsakalvon läpäisevyys ja koko sekä dialyysinesteen määrä vatsaontelossa. Nestettä poistetaan osmoosin avulla. Glukoosia käytetään tavallisesti osmoottisena aineena, mutta nykyisin vaihtoehtoina on myös liuoksia, joissa aminohapot tai tärkkelyksen kaltainen makromolekyylit saavat aikaan osmoosin. Nämä vähentävät vatsakalvoon kohdistuvaa räsitusta ja pienentävät potilaalle nesteistä tulevaa energian määrää (Hyväri 2008b, 90–91.)

Peritoneaalidialyysihoido varten asennetaan vatsapeitteiden läpi tunneloitu pysyvä katetri, jonka pää sijoitetaan alavatsalle virtsarakon taakse. Katetrin asennus suoritetaan kirurgisesti tai tähystysleikkauksella mielellään kaksi viikkoa ennen dialyysin aloittamista, jotta katetri ennättää kiinnittyä vatsanpeitteisiin ja

ulostuloaukko parantua. Katetri on noin 54–60 senttimetrin pituinen pehmeä silikonimuovista valmistettu putki. Se pysyy paikoillaan kahden kuffin avulla. Sisempi kuffi asennetaan etumaiseen vatsanseinämän lihakseen ja ulompi kuffi noin kahden senttimetrin päähän katetrin ulostuloaukosta. On olemassa myös 1-kuffinen katetri, jossa on vain sisempi kuffi. Katetrissa ulostuloaukko osoittaa joko alaspäin tai sivulle, ja katetrin ihonalaisen tunnelin suunta on joko ylös- tai alaspäin. (Hyväri 2008, 92.)

4 Munuaispotilaan hoitoon sitoutuminen

Kyngäs ja Hentinen (2009) määrittelevät hoitoon sitoutumisen seuraavalla tavalla: *Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.* Yhteistyöllä he tarkoittavat tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien ratkaisemista ja vastuunottoa hoidosta. Nämä edellyttävät niin potilailta kuin terveydenhuoltohenkilöstöltä rehellisyyttä ja luottamusta. Vuorovaikutus edellyttää heidän mielestään molempien osapuolien tasavertaisuutta sekä omien näkemysten esiintuomista.

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sekä potilaasta että ympäristöstä johtuvat tekijät. Potilaasta johtuvia tekijöitä ovat muun muassa voimavarat, motivaatio, tiedot ja taidot, elämäntilanne, hoito ja kokemukset siitä sekä sosiaalinen ja taloudellinen tilanne. Ympäristöstä johtuvia tekijöitä ovat muun muassa terveydenhuoltojärjestelmä ja sen mahdollistama hoito, hoidon järjestelyt, vuorovaikutus, ohjaus, seuranta sekä perheen, läheisten, vertaisten ja hoitohenkilökunnan tuki. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26.)

Asianmukaiseen hoitoon ja terveellisiin elämäntapoihin sitoutuminen parantaa potilaan terveyttä ja toimintakykyä. Tämän kautta myös elämänlaatu paranee ja elinikä voi nousta. Hoidot saattavat muuttaa elintapoja, elämänrytmiä, vaatia vaivannäköä, aikaa ja joskus myös taloudellisia uhrauksia. Onkin kiinni potilaasta, miten hän pystyy ja osaa sovittaa uudet vaatimukset elämäänsä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23.)

Terveysthuoltohenkilöstöllä on iso rooli potilaan hoitoon sitoutumisessa. Sen tulee tehdä yhteistyötä ja ottaa vastuuta koko hoitoprosessista yhdessä hoidettavan kanssa. Vastuu ei ole vain potilaan välittömästä hoidosta, vaan se ulottuu myös kotona tapahtuvaan hoitoon ja mahdollisesti koko loppuelämään. Tämä voi edellyttää työntekijältä uudenlaista näkökulmaa ja suhtautumista omaan työhönsä, ja mahdollisesti uusia tietoja ja taitoja sekä enemmän aikaa potilaille. Potilaiden hoitoon sitoutumisen jatkuva arviointi antaa kuvaa siitä, millaisia tuloksia hoidoilla saadaan aikaan. Tulosten perusteella voidaan kehittää ohjausta ja muita hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 24–25.)

Sitoutumista hoitoon voidaan arvioida havainnoimalla potilasta, määrittelemällä verestä tai virtsasta lääkeainepitoisuuksia tai biologiset merkkiaineet. Arvioinnissa voidaan myös käyttää apuna päiväkirjoja, kyselylomakkeita, keskusteluja ja haastatteluja. Sitoutumista arvioivat niin potilaat kuin lääkärit, hoitajat ja muu henkilökunta. Toisinaan myös omaiset voivat olla tiedonantajia ja arvioijia. (Kyngäs & Hentinen 2009, 36–39.)

Lääkärit olettavat usein, että tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoidoista riittää potilaan sitouttamiseen. Potilaan saama tieto ja hänen tekemänsä tulkinta siitä vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, mutta on muitakin seikkoja, joihin lääkäri ei pysty vaikuttamaan. Sitoutumista heikentäviä tekijöitä ovat muun muassa muistin ja motoriikan ongelmat, pelotteleva ja syyllistä asenne, lääkkeiden kalteus, lääkityksen muutokset, epäselvät lääkelistat sekä lääkkeiden paljous. Hoitoon sitoutumista parantaa matala hoitoon pääsyn kynnyks, luottamuksellinen hoitosuhde, hoidon jatkuvuus, ammatillinen kyky antaa puolueetonta tietoa ja hyväsyvä ilmapiiri. (Pitkälä & Savikko 2007, 501–502.)

4.1 Ravitsemus

Ravitsemushoidolla on tärkeä osa munuaispotilaan hoidossa. Jokaisen potilaan tulee saada ravitsemusohjausta, jonka apuna voidaan käyttää kansainvälisiä ohjeistuksia energian, proteiinin, kaliumin, fosforin, nesteen ja suolan saannista. (Jäntti 2008, 114.) Ravitsemushoidon tavoitteina ovat hyvän ravitsemustilan ylläpito, hyvä yleisvointi, verenpaineen ja veren rasva-arvojen hyvä hallinta, sairaudesta ja sen hoidosta johtuvien oireiden vähentäminen sekä itselle mieluisien ruokavaihtoehtojen löytäminen (Kylliäinen 2005a).

Ravitsemustilaa ja ravinnonsaantia voidaan arvioida niin potilaan itse kertomana, ammattihenkilöstön tekemistä havainnoista sekä mittaustuloksista. Mittauksilla seurataan painoa, kehon rasva-, lihas- ja nestemäärää sekä laboratoriotulosten muutoksia. Paino esimerkiksi kertoo niin energian saannista kuin myös nestetasapainosta. (Jäntti 2008, 114.)

4.2 Energia-, suola- ja nestetasapaino

Munuaispotilaan energiansaantisuositus vuorokaudessa on 30–35 kilokaloria ihannepainokiloa kohti. Normaalipainoisella potilaalla kertoimena käytetään senhetkistä painoa, kun taas ali- ja ylipainoisilla käytetään ihannepainoa. Vuodepotilaiden energiasuosituksena on 25–29 kilokaloria vuorokaudessa painokiloa kohti. Kriittisesti sairailta potilailla energiasuositus on 20–25 kilokaloria painokiloa kohti. Ylipainoisen munuaispotilaan tulee huomioida laihduttaessaan, että ruokavalion laatu säilyy ja laihduttamisen tulee olla maltillista eli enintään 0,5–1 kiloa viikossa. (Jäntti 2008, 117.)

Dialyysihoitovaihetta ennen suositellaan proteiinin rajoitusta 0,6–1 grammaa painokiloa kohti, mutta dialyysihoidon aikana proteiinia tarvitaan runsaammin. Dialyysipotilaat menettävät proteiinia dialyysinesteeseen, joten hemodialyysipotilaiden proteiinisuositus on 1–1,2 grammaa normaalipainokiloa kohti ja peritoenaalidialyysipotilaiden 1–1,3 grammaa normaalipainokiloa kohti. (Jäntti 2008,

117–119.)

Rasvojen ja hiilihydraattien merkitys kasvaa energialähteinä proteiinin rajoituksen myötä. Rasvan lisäämisessä tulisi korostaa kasviöljystä ja kalasta saatavia pehmeitä rasvoja. Hiilihydraatin osuutta voidaan nostaa lisäämällä ruokavalioon sokeria jos potilas ei ole diabeetikko. Diabeetikon pitää painottaa hitaasti imeytyviin hiilihydraatteihin. (Jäntti 2008, 117.)

Peritoneaalidialyysipotilaiden käyttämä dialyysineste on glukoosipitoista, joten se on heille merkittävä energianlähde. Heille haasteena on ruokavalion pitäminen vähäkalorisena, mutta silti hyvän laadun mukaisena. (Jäntti 2008, 117.)

Munuaisten eritystoiminta on hemodialyysivaiheessa heikentynyt, minkä seurauksena virtsanmuodostus vähenee. Tämän vuoksi elimistöön jää lähes kaikki nautittu neste, ja paino nousee hemodialyysien välillä. Elimistön ylimääräinen neste rasittaa verenkiertojärjestelmää ja etenkin sydäntä. (Kylliäinen 2005c.) Neste nostaa myös verenpainetta ja dialyysi-aika pitenee, koska nesteen poistoon kuluu enemmän aikaa. Nestemääräksi hemodialyysipotilaille suositellaan 1,5–2,5 litraa vuorokaudessa. Peritoneaalidialyysipotilaat eivät yleensä tarvitse nesterajoitusta, koska heidän virtsanerityksensä säilyy yleensä hyvänä. (Jäntti 2008, 122.) Munuaispotilaan tulee kiinnittää huomiota suolan käyttöön, koska suola eli natrium sitoo itseensä nestettä ja nostaa elimistön nestemäärää. Suositeltava määrä suolalle on enintään 5 grammaa päivässä. (Jäntti 2008, 121 - 123.)

4.3 Fosfori ja kalium

Munuaiset säätelevät elimistön fosforitasapainoa toimiessaan normaalisti, mutta munuaisten vajaatoiminnassa fosforin erittyminen alkaa vähentyä, ja sitä alkaa kertyä liikaa elimistöön (Jäntti 2008, 119 – 120.) Fosforin ja kalsiumin tasapainon säätely alkaa häiriintyä, minkä seurauksena lisäkilpirauhasen toiminta kiihtyy elimistön yrittäessä korjata tilannetta. Tämä yhdessä matalan D-vitamiinipitoisuuden kanssa aiheuttaa esimerkiksi kalsiumin ja fosforin irtoamista luustosta, mikä johtaa munuaisperäiseen luustotautiin. Munuaispotilaan fosforin saantisuositus on enintään 800–1000 milligrammaa päivässä. (Kylliäinen 2005b.)

Veren kaliumtasoa ylläpitävät munuaiset, joiden vajaatoiminta nostaa kaliumpitoisuutta. Kaliumin korkea pitoisuus häiritsee solujen toimintaa ja erityisesti haittaa aiheutuu sydämelle, jossa voi esiintyä hengenvaarallisia rytmihäiriöitä. Dialyysihoidolla kaliumia pystytään poistamaan tehokkaasti, mutta yleensä se ei riitä vaan tarvitaan lisäksi kaliumrajoitus. Kaliumrajoituksessa sopiva kaliumin määrä aikuisella on 2000–2400 milligrammaa päivässä. (Kylliäinen 2005d.)

4.4 Vitamiinit ja kivennäisaineet

Ruokavalion erilaiset rajoitukset vaikuttavat ruoan vitamiini- ja kivennäisainesältöön. B-vitamiinien, sinkin ja seleenin saantiin vaikuttaa proteiinipitoisten ruokien ja täysjyväviljojen vähentäminen. C-vitamiinia saadaan vähemmän, jos kaliumin saantia on jouduttu rajoittamaan, koska silloin kasvien, marjojen ja hedelmien osuus vähenee ruokavaliossa. Kalsiumvalmisteiden käyttö on myös tarpeellista, koska maitotuotteita joudutaan vähentämään fosforirajoituksen takia. (Jäntti 2008, 125.)

Rajoitusten lisäksi vitamiinien menetystä aiheuttaa vesiliukoisten vitamiinien menettäminen dialyysineesteeseen. Menetykset korvataan erityisellä vitamiinivalmisteella, jonka hemodialyysipotilaat ottavat yleensä joka toinen päivä ja peritoneaaldialyysipotilaat päivittäin. (Jäntti 2008,125.)

A-vitamiinia sisältäviä ruokia ei suositella munuaisten vajaatoimintaa sairastaville potilailla, koska retinolia sitovan proteiinin ja A-vitamiinin seerumipitoisuudet ovat kasvaneet. D-vitamiinin tarve katsotaan aina yksilöllisesti. (Jäntti 2008, 125.)

4.5 Munuaispotilaan lääkehoito

Munuaisten vajaatoimintapotilailla joudutaan usein pienentämään lääkemannosta tai harventamaan annosväliä, koska monien lääkkeiden poistuminen elimistöstä on hidastunut. Dialyysihoito voi myös poistaa joitakin lääkeaineita. (Baxter Suomi 2011.)

Tulehduskipulääkkeet muun muassa heikentävät munuaisten verenkiertoa, joten niitä tulee välttää. Röntgen- ja magneettikuvauksissa käytettävää varjoainetta tulee myös välttää, koska se voi myös rasittaa munuaisia. Jos niitä joudutaan kuitenkin käyttämään, niin muuta lääkitystä voidaan joutua muuttamaan hetkeksi. Sen lisäksi ennen tutkimusta ja sen jälkeen tulee huolehtia riittävästä nesteytyksestä. Munuaisten vajaatoiminta tekee muutoksia myös diabeteksen lääkehoitoon, koska silloin ainut mahdollinen lääkemuoto on insuliini. (Baxter Suomi 2011.)

Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan aiheuttamat oireet edellyttävät erilaisia lääkkeitä. Liian korkean veren fosfaattipitoisuuden, lisäkilpirauhasen liikatoiminnan ja liian vähäisen veren kalsiumpitoisuuden hoitoon on kehitetty lääkevalmisteet, jotka parantavat potilaiden elämänlaatua. Verenpaineen hoidossa käytettävät diureetit, beeta- ja kalsiumsalpaajat sekä ACE:n estäjät tehostavat verenpaineen hoitoa ja hidastanut munuaisten vajaatoiminnan kehittymistä. Anemian hoitoon käytettiin ennen verensiirtoja, mutta nykyisin niiden sijaan käytetään erytropoetiinihormonikorvaushoitoa. (Alahuhta 2008, 12.)

Luontaistuotteiden käyttö voi olla haitallista munuaissairaille, koska jotkut luontaistuotteissa käytetyt yrtit voivat olla myrkyllisiä munuaisille. Munuaisten vajaatoiminta alentaa joidenkin vitamiinien ja hivenaineiden pitoisuutta ja lisää toisten

pitoisuuksia, joten joidenkin luontaistuotteiden käyttö voi olla haitallista terveydelle. (Baxter Suomi 2011.)

4.6 Munuaispotilaan liikunta

Munuaispotilaan hyvään hoitoon kuuluu fysioterapeutin liikunnanohjaus sairau-
den eri vaiheissa. Liikunta vaikuttaa munuaispotilaisiin myönteisellä tavalla, sillä
se voi alentaa kohonnutta verenpainetta, joka vaikuttaa nestetasapainoon. Lii-
kunta myös parantaa keuhkojen ja sydämen toimintaa, vaikuttaa edullisesti ve-
ren rasva-arvoihin ja sokeritasapainoon sekä auttaa painonhallinnassa. Hyvä
fyysinen peruskunto auttaa myös kestämiin rasituksiin, joita dialyysihoito tuo
mukanaan. (Pakonen 2008, 132.)

Liikunta suorituksia on mielekästä tehdä dialyysien välipäivinä, koska dialyysi-
päivä on usein raskas. Dialyysihoito kuormittaa elimistöä, joten potilas voi tun-
tea olevansa fyysisesti väsynyt hoidon jälkeen. Kevyen liikunnan voi myös ajoit-
taa ennen dialyysihoitoa. (Pakonen 2008, 132.)

Hemodialyysipotilaiden fyysisen kunnon ja kävelykyvyn ylläpitäminen edellyttää
kävelyä noin tunnin ajan päivittäin. Kestävyysliikunta sopii hyvin munuaispotilail-
le, koska se tehostaa hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa. Sopivia kestä-
vyysliikunta lajeja ovat uinti, kävely, hölkkä, juoksu, hiihto, pyöräily ja soutu. Li-
haskuntoharjoittelu on tärkeää tuki- ja liikuntaelimistön kannalta, mutta siinä
tulee ottaa huomioon, että vältetään rasittamasta dialyysiaukon läheisyydessä
olevia lihaksia. (Pakonen 2008, 137 - 138.)

Hemodialyysin aikana potilaat voivat harjoitella vuoteessa tai dialyysituolissa
varovasti tehden kevyitä voimisteluliikkeitä varoen pistopaikan lähialueiden ra-
sittamista. He voivat esimerkiksi koukistaa ja ojentaa nilkkoja sekä liikutella pol-
via ja lonkkia kevyellä tahdilla tai jumpata vapaana olevaa kättä. Hengitysharjoi-
tuksia voi tehdä vilkastuttamaan hengitystoimintaa. (Pakonen 2008, 140.)

Peritoneaaldialyysipotilas voi harrastaa liikuntaa välttämällä vatsan alueen voima-

kasta rasittamista, jotta katetrin ulostuloaukko ei vaurioituisi. Potilas voi tehdä monipuolisia harjoituksia lukuun ottamatta vartalon voimakkaita kiertoja sekä harjoituksia, joissa vatsaan kohdistuu painetta. (Pakonen 2008, 140.)

5 Toimintakyky

Toimintakykyä on jaoteltu hyvin erilaisilla tavoilla. Yksi määritelmä on jakaa toimintakyky fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Sosiaalinen ja psyykkinen osa-alue ovat niin riippuvaisia toisistaan, että niistä voidaan puhua psykososiaalisena toimintakykynä. Ihmisen toimintakyky on kokonaisuus, jossa puute jollakin alueella vaikuttaa toiseen osa-alueeseen. Toimintakyky on kehon, mielen ja ympäristön välistä jatkuvaa vuorovaikutusta, jonka lähtökohtana on ihmisen oma kokemus toimintakyvystään ja elämönhallinnasta.

(Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 20 – 22.)

Hoitotyön kannalta toimintakyvyllä arvioidaan ihmisen toimintaa ulospäin. Toimintakykyä kuvaa ihmisen selviytyminen elimistön ja yhteiskunnan vaatimuksista ja toimiminen sen mukaan. Ihmisen toimintakykyä arvioitaessa otetaan huomioon hänen psyykkinen ja fyysinen terveytensä sekä sosiaaliset olosuhteet. (Jahren Kristoffersen, Nordvedt & Skaug 2006, 38–40.)

5.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisistä fyysistä ponnistusta vaativista toiminnoista ja aktiviteeteista. Ihmisen terveydentila vaikuttaa suuresti fyysiseen toimintakykyyn, ja sitä on helppo arvioida erilaisin mittarein. Fyysistä toimintakykyä voi parantaa terveellisillä elämäntavoilla. (Kettunen ym. 2002, 135 – 136.)

Kettusen ym. (2002) mukaan fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa monet eri asiat, ja niiden painotus on erilainen. Yksi tällainen tekijä on kehon kuva, eli ihmisen käsitys omasta kehostaan. Muutokset kehon kuvassa voivat vaikeuttaa myös elämönhallinnan tunnetta muilla osa-alueilla. Ihmisen oma käsitys kyvyis-

tään luo pohjan fyysiselle toiminta kyvyille. Ihminen, jolla on fyysisiä vammoja voi tuntea itsensä joko hyvinkin rajoittuneeksi tai täysin toimintakykyiseksi.

Puute fysiologisessa toiminnassa on merkityksellinen vain, jos se vaikeuttaa ihmisen arjessa selviytymistä. Voimavarojen ja tilanteiden vaativuuden suhde on toimintakyvyn kannalta tärkein. Jos ulkoiset vaatimukset voidaan suhteuttaa tukemalla voimavaroihin, ihminen voi vaikeassakin elämäntilanteessa olla toimintakykyinen. (Jahren Kristoffersen ym. 2006, 38 – 39.)

5.2 Psykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Psykkinen toimintakyky on ihmisen omat ominaisuudet sekä kyky toimia muiden ihmisten kanssa. Psykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee joustamaan, saamaan elämänsisältöä lähiympäristöstään, olemaan aktiivinen toimija, ja kykenee sopeutumaan muuttuviin elämäntilanteisiin. (Jahren Kristoffersen ym. 2006, 38 – 39.)

Sosiaalinen toimintakyky on edellytystä toimia ihmisten kanssa. Yksilö kykenee ihmissuhteisiin lähipiirinsä kanssa (Kähäri-Wiik & Niemi & Rantanen 2006, 13.) Sosiaalinen toimintakyky vaatii toteutuakseen yhteisön, jonka kanssa ollaan vuorovaikutuksessa (Lyyra 2007, 13).

Psykososiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan toimeentuloa tavanomaisessa elämässä ja yhteisön kanssa. Siihen kuuluvat arjessa selviytyminen, vuorovaikutuksessa oleminen muiden ihmisten kanssa, arjessa jaksaminen, toimiminen omassa elinympäristössä. Toimintakykyinen ihminen toimii normaalissa vuorovaikutuksessa elämänsä liittyvien ihmisten ja sosiaalisten toimintaympäristöjen kanssa. Psykososiaalisesti toimintakykyinen ihminen selviytyy arjesta itsenäisesti ja kokee helposti itsenäisyyttä. Hyvä psykososiaalinen toimintakyky voidaan ymmärtää myös syrjäytymisen vastakohtana. (Kettunen ym. 2002, 53 – 54.)

Tyydyttävä sosiaalinen toiminta edellyttää sosiaalisten tilanteiden ymmärtämistä eli sosiaalisia taitoja ja tunneälyä. Sosiaaliseseen toimintakykyyn kuuluu mielek-

kyiden ja hallinnan tuntemuksia. Ihminen kokee voivansa vaikuttaa omaan elämäänsä ja olemaan riippumaton muiden avusta. Hallinnan tunne kehittyy, kun ihminen saa säädellä ja vaikuttaa itseensä liittyviin asioihin. (Kettunen ym. 2002, 56 – 59.)

Toimintakyvyn puutteet vaikuttavat kykyyn toimia yhteiskunnan vuorovaikutteisena jäsenenä. Fyysinen ja psyykinen ongelma saattaa yksilöstä tuntua ennen kaikkea sosiaalisena haittana ja poikkeavuutena. Vamman kokemus saatetaankin kokea suhteessa ympäristöön ja muihin ihmisiin. Elämäntapahtumat ja toimintakyvyn muutokset vaikuttavat eniten juuri psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Kettunen ym. 2002, 54.)

5.3 Munuaispotilaan toiminta- ja työkyky

Hyvärin (2008a) mukaan munuaisten vajaatoiminta aiheuttaa ihmisille selviytymisvaatimuksia, jotka vaikuttavat elämänlaatuun. Sairastuminen, oireet ja hoito sekä munuaissiirron odotus aiheuttavat suuria muutoksia, ja saattavat alentaa toimintakykyä ja vaikeuttaa työntekoa. Suuret muutokset vaativat sopeutumista ja uusia selviytymiskeinoja.

Munuaispotilasta hoitavan on osattava tukea hänen sosiaalista, fyysistä ja psyykkistä toimintakykyään, ja ymmärrettävä tämän tilanne. Ympäristö joko tukee tai rajoittaa munuaispotilaan toimintakykyä esimerkiksi elinpiirin esteettömillä liikkumismahdollisuuksilla. Potilas tarvitsee sopeutumisvalmennusta, tietoa sairaudesta ja tukea. (Hyväri 2008a, 158 – 159.)

Hyvällä ja varhaisella kuntoutuksella pyritään tukemaan sairastunutta ja ylläpitämään toiminta- ja työkykyä. Aikuisikäisen munuaispotilaan kuntoutuksessa tavoitellaan työssä jaksamista, tai jos se ei ole mahdollista, pyritään löytämään potilaalle mielekkäitä elämänalueita. Ikääntyneillä munuaispotilailla kuntoutumisen tavoitteena voi olla esimerkiksi elämänilon, toimintakyvyn ja sosiaalisten suhteiden ylläpito. Kuntoutumisen osa-alueet; lääkinnällinen, ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen puoli huomioidaan osana toimintakyvyn tukemista.

(Hyväri 2008a, 159 – 161.)

Työpaikka saattaa asettaa työntekijälle vaihtelevasti fyysisiä vaatimuksia. Jotkin ammatit vaativat päivittäistä fyysistä harjoittelua, ja toiset saattavat olla fyysisiltä kuormittavuudeltaan hyvinkin yksipuolisia. (Kettunen ym. 2002, 137 – 138.)

Munuaisten vajaatoiminta vaikuttaa toiminta- ja työkykyyn merkittävästi, mutta oikealla ruokavalio-, lääke- ja dialyysihoidolla voidaan ylläpitää nykyistä tasoa jopa vuosia. Toisaalta, jos hoitotasapaino järkkyy, voivat vaikutukset potilaan toimintakykyyn ja vointiin olla suuriakin. Riittämätön dialyysihoito heikentää toimintakykyä aiheuttaen väsymystä, pahoinvointia, päänsärkyä, verenpaineen nousua, sydän- ja verisuonihäiriöitä. Toimintakyky voidaan kuitenkin palauttaa tasapainottamalla ja tehostamalla hoitoa, jolloin saadaan potilaan vakavat oireet häviämään. (Groop 2004, 308 – 310.)

Munuaisten vajaatoiminta aiheuttaa sekä lyhyt- että pitkäaikaista työkyvyttömyyttä, mutta sitä pystytään ylläpitämään nykyään yhä helpommin. Potilaan työkykyä pyritään arvioimaan jatkuvasti varsinkin, jos hoidot pitkittyvät tai munuaisensiirteen saanti pitkittyy. Dialyysihoidon suunnittelussa huomioidaan myös potilaan työt, esimerkiksi peritoneaaldialyysi asettaa rajoituksia työjärjestelyille hygieniavaatimusten takia. Mahdollisimman nopea paluu työhön ylläpitää työkykyä ja ehkäisee työkyvyttömyyttä. Joustavilla työ- ja hoitojärjestelyillä voidaan siis tukea potilaan työssä jaksamista. (Groop 2004, 308 – 310.)

5.4 Elämänlaatumittarit

Elämänlaatua voidaan kartoittaa erilaisten elämänlaatumittareiden, esimerkiksi 15D, NHP ja RAND - 36 mittarin avulla. 15D-mittari on professori Harri Siitosen kehittämä elämänlaatumittari, joka kuvaa terveyteen liittyvän elämänlaadun eri ulottuvuuksia. Näitä ulottuvuuksia ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys sekä sukupuolielämä. Mittari on herkkä ja se on osoittautunut käytännössä luotettavaksi ja helppokäyttöiseksi. Vastauksilla voidaan verrata yksilön tai ryhmän terveydentiloja eri aikoina ja nähdä millä ulottuvuuksilla muutoksia on tapahtunut. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.)

Nottingham Health Profile (NHP) on koettujen terveyshaittojen ja -ongelmien standardoitu mittari. Tämän mittarin avulla potilaat itse arvioivat sairauden tai sairauksien aiheuttamaa elämänlaadun huononemista. Kysely muodostuu kaksiosaisesta kysymyslomakkeesta, jossa I osa muodostuu kuudesta ulottuvuudesta: tarmokkuus, uni, tunnereaktiot, liikkuminen, kipu ja sosiaalinen eristyneisyys. II osassa selvitetään, onko potilaan terveydentila aiheuttanut ongelmia osion I:n ulottuvuuksilla. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim.)

RAND-36 kartoittaa hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveys, fyysinen -, psyykkinen - ja sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, roolitoiminta/fyysinen sekä roolitoiminta/psyykkinen. Tämä mittari on kehitetty ryhmätason vertailuja varten ja useat tutkimukset tukevat mittarin luotettavuutta. Mittari on käytössä eri puolilla maailmaa muun muassa Ruotsissa, Saksassa, Ranskassa, Hollannissa, Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.)

Peter B. DeOreo MD on kirjoittanut American Journal-lehteen artikkelin tutkimuksestaan ”Hemodialysis patient – assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance.” Tutkimuksessa tutkittiin kahden vuoden aikana 1000 hemodialyysipotilaan avul-

la heidän omia arvioita terveydestään ja elämänlaadustaan. Tarkoituksena oli selvittää koettua terveyttä ja sen vaikutusta suhteessa hengissä selviämiseen, sairaalaan joutumiseen ja dialyysihoidoissa käymisen aktiivisuuteen. He vertasivat RAND-36-elämänlaatumittarin tuloksia kliinisen tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuksessa selvisi, että elämänlaatumittarin fyysisessä osiossa keskiarvoa huonomman arvion saaneet olivat kaksi kertaa todennäköisemmin kuolemassa ja puolitoista kertaa todennäköisemmin joutumassa laitokseen kuin ne potilaat, jotka arvioivat oman vointinsa mediaania paremmaksi. Potilaat, jotka jättivät hoitokertoja väliin, tunsivat oman vointinsa paremmaksi. Tutkimuksen mukaan hemodialyysipotilaat arvioivat fyysisen kuntonsa matalaksi, mutta mieltä ja tunteita arvioivat tulokset olivat parempia.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutustua täysi-ikäisen potilaan näkökulmasta dialyysihoidon sitoutuneisuuteen, arjen toimintakykyyn sekä hoidon vaikutuksista lääkehoitoon ja ravitsemukseen. Työelämästä tulleen idean myötä opinnäytetyöhön lisättiin ruokailun ja lääkehoidon osiot.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi dialyysipotilaat kokevat toimintakykynsä arjessa?
 - 1.1 Miten munuaisten vajaatoiminta ja dialyysihoidot vaikuttavat ravintotottumuksiin?
 - 1.2 Miten munuaisten vajaatoiminnan lääkehoito vaikuttaa arjessa?
2. Miten sitovana/ millaisena hoidoissa käynti koetaan?

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön idean työstäminen alkoi syksyllä 2011. Idean saimme selailemalla Internetissä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden sivuja mieltien mielenkiintoista aihealuetta. Aihealueen muotouduttua otimme yhteyttä Etelä-Karjalan keskussairaalaan dialyysi- ja munuaispoliklinikalle, josta saimme työelämänohjaajat. Heiltä on tullut tarvittavia tietoja, ideoita ja huomioita teoriaosuuteen ja kyselytutkimuksen toteuttamiseen. Työelämän ohjaajat lainasivat myös tarvittavaa lähdemateriaalia työtä varten.

Opinnäytetyösuunnitelman työstäminen alkoi syyskuussa 2011, sen jälkeen kun olimme saaneet työelämän ohjaajat. Työelämän ohjaajilta saimme idean lisätä opinnäytetyöhön ravitsemuksen ja lääkehoidon osuudet, ja ne otettiin osaksi teoriaa ja tutkimuskysymyksiä. Suunnitelma, kyselylomake ja saate valmistuivat maaliskuussa 2012. Kyselylomakkeeseen ja tutkimussuunnitelmaan tehtiin toukokuussa 2012 sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä että eettiseltä lautakunnalta tulleet pari korjauspyyntöä. Lisäsimme esimerkiksi englanninkielisen tutkimusartikkelin ja teoriaa elämänlaatumittareista teoriaosuuteen. Tutkimusosuus toteutettiin kesäkuussa 2012.

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyön tutkimusosuuden toteutimme Etelä-Karjalan keskussairaalaissa Dialyysi- ja munuaispoliklinikalla. Tutkimuksen kohderyhmäksi valitsimme hemodialyysihoidoissa käyvät potilaat, koska tutkimme toimintakyvyn, lääkehoidon ja ravintotottumusten lisäksi hoidoissa käynnin sitovuutta. Tutkimukseen osallistuvien tuli olla myös täysi-ikäisiä. Alaikäisiltä olisi tarvittu holhoojien lupa tutkimukseen osallistumiseksi, lisäksi kyselytutkimuksessa selvitimme myös työssäkäyntiin liittyviä asioita.

7.2 Tutkimusluvut

Toimitimme tutkimuslupahakemuksen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunnan kirjasto- ja tutkimuskeskukseen sen jälkeen, kun ohjaava opettaja ja yliopettaja olivat hyväksyneet opinnäytetyösuunnitelman, saateen ja kyselylomakkeen. Kyselytutkimusta varten annoimme lupaa sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiltä että eettiseltä lautakunnalta, koska kyselytutkimukseemme vastaajina oli potilaita. Luvat saimme pienten korjauspyyntöjen jälkeen kesäkuussa 2012.

7.3 Tutkimusaineiston hankinta

Aineisto, joka kerätään kyselyn avulla, on usein kvantitatiivinen. Kyselytutkimuksen avulla voidaan tehokkaasti saada paljon henkilöitä ja kyseltäviä asioita. Huolellisesti suunniteltu lomake voidaan helposti analysoida tietokoneen avulla. Toisaalta kyselytutkimuksen haittana saattaa olla vastaajien kato, vastausvaihtoehtojen onnistuminen vastaajien mielestä sekä vastaajien suhtautuminen kyselyyn. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2000, 189–190.) Opinnäytetyömme toteutettiin kyselytutkimuksena. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Etelä-Karjalan keskussairaalan dialyysi- ja munuaispoliklinikalla hemodialyysihoidoissa käyvät täysi-ikäiset potilaat. Kesäkuussa 2012 potilaita kävi hoidettavana 41.

Kyselytutkimuksen kysymyksiä voi muotoilla avoimina, monivalinta sekä asteikkoihin perustuvina kysymyksinä. Jos strukturoidun kysymyksen jälkeen esitetään avoin kysymys, on kysymys strukturoidun ja avoimen välimuoto. (Hirsjärvi, ym. 2000, 193–194.) Kyselylomakkeeseen tuli pääosin monivalintaisia kysymyksiä sekä muutama avoin kohta. Lomake on siis kvantitatiivinen eli määrällinen, ja se toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella

Kyselylomake oli hyvä vaihtoehto, koska halusimme selvittää laajasti, miten potilaat kokevat hoidon sitovuuden ja toimintakyvyn arjessa. Osastolla käy paljon potilaita, joten haastattelemalla ei olisi voinut huomioida kuin muutaman heistä. Haastattelussa ei olisi voinut riittävästi huomioida potilaan yksityisyyttä, sillä dialyysikoneet ovat lähekkäin. Valmiit, standardoidut elämänlaatua mittaavat

kyselylomakkeet eivät vastanneet suoraan tutkimuskysymyksiin, joten oman kyselylomakkeen teko oli sopivin vaihtoehto.

Laitoimme saatteen ja kyselylomakkeen kirjekuoreen, ja veimme ne osastolle jaettavaksi potilaille. Osastolla työskentelevät hoitajat antoivat hoitoon tulevalle potilaalle saatekirjeemme ja kyselylomakkeen. Saatteessa kerrottiin opinnäytetyömme ja kyselytutkimuksen tarkoitus ja tutkittavat asiat. Saatteessa painotettiin, että vastaaminen on vapaaehtoista eikä vaikuta potilaiden hoitoon mitenkään. Saatteessa kerroimme myös, että vain me opinnäytetyöntekijät näemme vastaukset ja hävitämme ne asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Jos potilaat vastasivat kyselyyn, pidimme sitä osallistumisena tutkimukseemme. Potilaat saivat vastata kyselyyn esimerkiksi samalla, kun olivat saamassa hoitoa. Kyselyyn sai palauttaa suljetussa kirjekuoreessa pahvilaatikkoon.

Strukturoidut kysymykset analysoimme SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for the Social Sciences). SPSS-ohjelma oli toiselle opinnäytetyön tekijälle tuttu edellisistä opinnoista, siksi tämä vaihe ei tuntunut liian haastavalta. Hirsjärven ym.(2000) mukaan avoimet kysymykset antavat uusia näkökulmia kyselyyn, joita tutkija ei ehkä ole havainnut. Avointen kysymysten avulla saattoi tulla esille asioita, joita emme osanneet ajatella strukturoituja kysymyksiä tehdessä. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle myös mahdollisuuden kertoa aiheeseen liittyvää tietoa. Kyselylomakkeen viimeiseksi kysymykseksi teimme avoimen kysymyksen, jossa vastaaja sai vielä mahdollisuuden kertoa vapaasti muuta mieleen tulevaa aiheeseen liittyvää asiaa.

Lomakkeen valmistelussa on hyvä käyttää apuna esitutkimusta. Sen avulla voidaan tarkistaa muun muassa kyselylomakkeen sanavalintoja, kysymysten määrää ja järjestystä sekä kysymysten ymmärtämistä, niin kuin on ajateltu. Tämän jälkeen kysymyslomaketta voidaan vielä muokkailla varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–204.) Emme tehneet esitutkimusta, koska asia tuli esiin vasta siinä vaiheessa, kun kysely oli ollut jo potilaiden vastattavana.

7.4 Tutkimuksen analysointi

Ensin jokainen vastattu kyselylomake numeroitiin, jotta analysoinnissa olisi helppo palata uudestaan samaan lomakkeeseen. Lomakkeiden vastaukset tarkistettiin, jotta liian puutteellisesti vastatut olisi voitu hylätä. Kyselylomakkeen strukturoidut osiot analysoitiin SPSS-ohjelmalla (Statistical Package of social sciences).

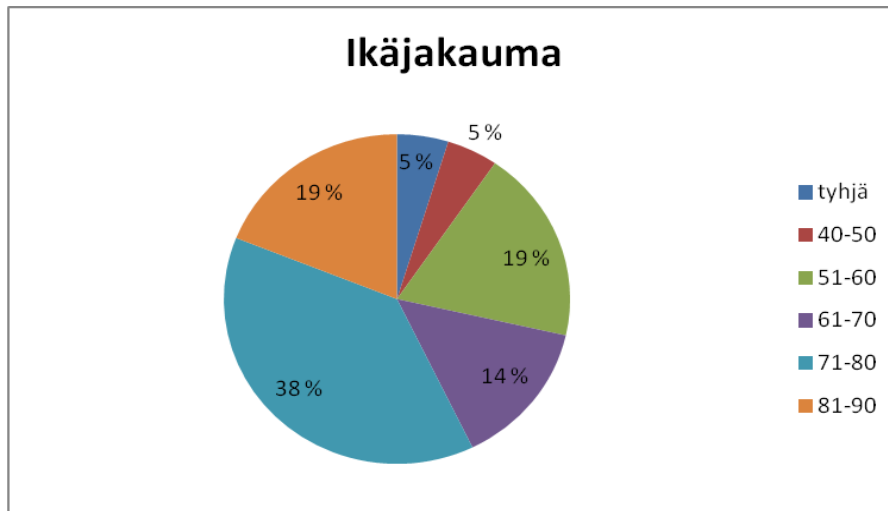
Avoimia kysymyksiä emme varsinaisesti analysoineet, vaan kirjoitimme ne sellaisenaan puhtaaksi, ja laitoimme niitä oikeiden kysymysten alle pääsanoina ja teemoina. Kysyttäessä esimerkiksi vastaajien käyttämiä vitamiinivalmisteita etsimme valmisteiden nimien perusteella niiden sisällön ja käyttötarkoituksen.

8 Kyselytutkimuksen tulokset

8.1 Perustiedot

Opinnäytetyön toteutuksen aikana poliklinikalla oli 41 dialyysihoidoissa käyvää potilasta, joista tutkimukseen osallistui 21 (n=21). Yhtään kyselylomaketta ei tarvinnut hylätä liian puutteellisten vastauksien takia, mutta joissakin kysymyksissä oli vajaita vastauksia, ja varsinkin avoimiin kysymyksiin ei oltu paljon vastattu. Vastausprosentiksi muodostui näin ollen 51,2 %. Vastaajista 57,1 % (n=12) oli naisia ja 42,9 % (n=9) oli miehiä.

Vastaajista 57,1 % (n=12) asuu yksin. 42,9 % (n=9) asuu yhdessä jonkun kanssa, ja he kertovat asuvansa joko puolison tai lapsen kanssa samassa asunnossa. Vastaajista 57,1 % (n=12) oli 71 vuotta tai vanhempia, ja vain 23,8 % oli 60 vuotta tai alle. Yksi vastanneista (4,8 %) ei ollut kertonut ikäänsä.



Kuvio1. Ikäjakauma

Vastaajat kertovat syyksi hoidossa käymiseen muun muassa munuaisten vajaatoiminnan, diabeteksen aiheuttaman munuaisten vajaatoiminnan, Wegenerin granulomatoosin sekä rakkulataudin. Kaksi vastaajaa kertoi käyvänsä dialyysihoidoissa, jotta kestäisi hengissä ja elämänlaatu paranisi. Kaksi vastaajaa kertoi puolestaan, että ongelmat johtuivat tulehduksesta ja toimimattomista munuaisista.

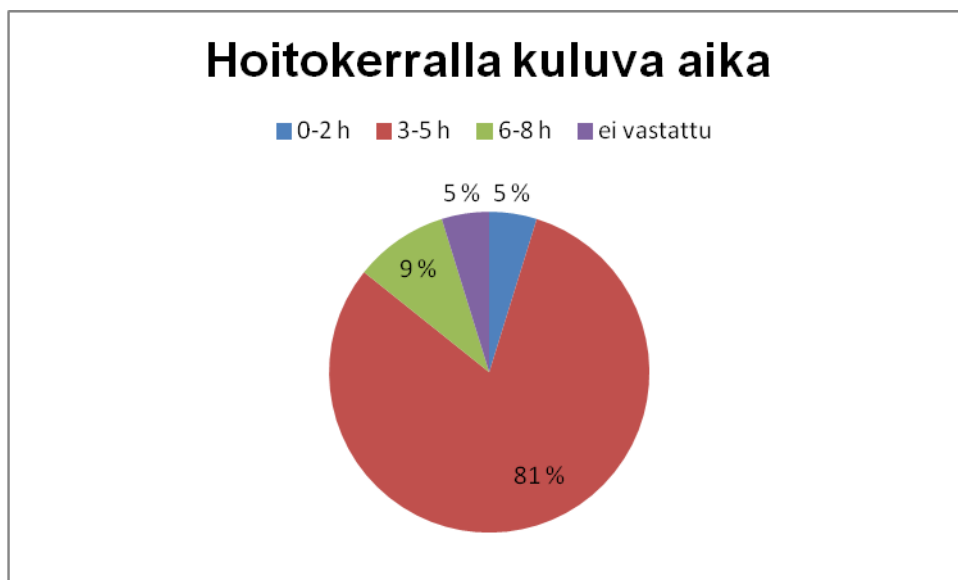
Vastaajilla oli munuaisten vajaatoiminnan lisäksi muitakin perussairauksia. 42,9 % (n=9) vastasi sairastavansa sydän- ja verisuonisairautta, 28,6 % (n=6) kertoi perussairaudekseen diabeteksen, 9,5 % (n=2) maksasairauden ja 9,5 % (n=2) aivoverenkiertohäiriön. Muiksi perussairauksiksi vastattiin syövät, kihti, kilpirauhasen vajaatoiminta sekä osteoporoosi.

Tutkimukseen vastanneista potilaista 23,8 % (n=5) oli käynyt dialyysihoidoissa yli 5 vuotta, mutta 14,3 % (n=3) on käynyt hoidoissa vasta puoli vuotta tai alle.



Kuvio2. Dialyysihoidoissa käytetty aika.

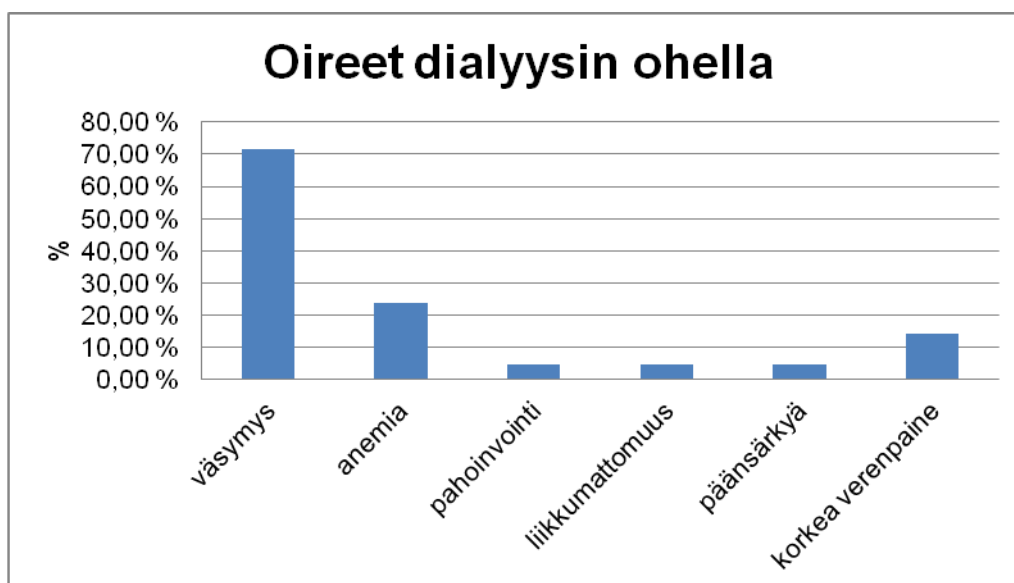
Kaikki vastaajat käyvät vähintään kolme kertaa viikossa dialyysihoidossa; 81 % (n=17) vastaajista käy 3 – 4 kertaa ja 19 % (n=4) 5 – 6 kertaa viikossa. Suurimmalla osalla vastaajista (81 %, n=17) yksi hoitokerta vei aikaa 3 – 5 tuntia. 9,5 %:lla (n=2) hoitokerta vei aikaa 6 – 8 tuntia ja 4,8 %:lla (n=1) 0 – 2 tuntia.



Kuvio3. Hoitokerralla kuluva aika.

8.2 Hoidon kokeminen

Dialyysin ohella koettiin myös elämiseen vaikuttavia oireita. Vastajat kertoivat kärsivänsä mm. matalasta verenpaineesta, suonenvedosta, erilaisista kiputiloista, heikosta olost. Kaikki eivät tunteneet dialyysin ohella oireita, sillä yhteen lomakkeeseen oli vastattu: *"ei mitään jaksan käydä lenkillä jne."*. Väsymystä koettiin eniten 74,1 % (n=15), ja anemiasta kärsi 23,8 % (n=5).



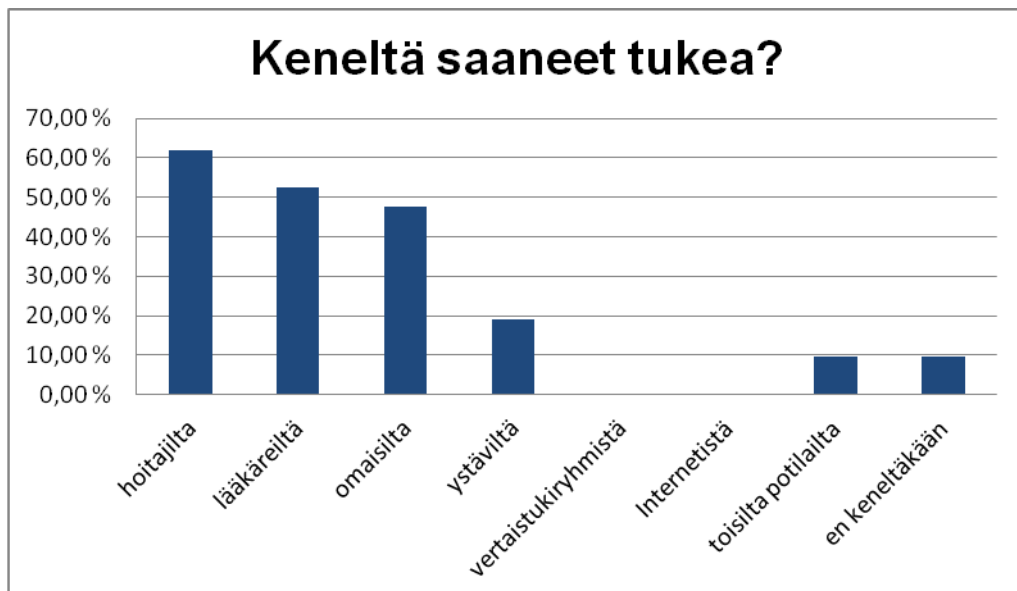
Kuvio4. Dialyysin ohella ilmenevät oireet.

Hoidoissa käymistä pidettiin pääosin melko raskaana (61,9 %, n=13). Silti potilaista 9,5 % (n=2) koki hoidoissa käymisen melko mukavana, ja 28,6 % :n (n=6) mielestä hoidoissa käyminen ei tunnu miltään. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat, että dialyysihoidoissa käymisen kokemiseen vaikuttaa pitkä matka, alhainen verenpaine ja pistosten onnistuminen. Kahden vastaajan mielestä yksityiselämän ja menojen järjestäminen on vaikeaa tai mahdotonta. Yksi vastaajista puolestaan kertoi, että: *"mukava henkilökunta sujuva taksikytyi hoitoaikoja saa tarpeen tullen muuteltuna vierasdialyysihoitoihin on päässyt hyvin muille paikkakunnille"*. Joustavuutta koettiin, kun saatiin mahdollisuus toteuttaa hoito oma-toimisesti.



Kuvio5. Dialyysihoidoissa käyntien sitovuus.

Dialyysihoidot koettiin sitoviksi, jopa 52,4 % (n= 11) mielestä hoidot ovat erittäin sitovia. Niistä vastaajista (17 vastaajasta), jotka käyvät 3-4 kertaa viikossa hoidoissa, 52,9 % kokee hoidoissa käynnin erittäin sitovaksi ja 47,1 % melko sitovaksi. Puolestaan niistä vastaajista (4 vastaajaa), jotka käyvät 5–6 kertaa viikossa hoidoissa 50 % koki käynnit erittäin sitovaksi, 25 % melko sitovaksi ja 25 % ei yhtään sitovaksi.



Kuvio6. Saatu tuki.

Tutkimukseen vastanneet kokivat saaneensa eniten tukea sairautensa hoidossa hoitajilta (61,9 %) ja lääkäreiltä (52,4 %). Vertaistukiryhmistä ja Internetistä ku-

kaan ei kokenut saaneensa tukea. Tukemiseksi koettiin henkinen apu, hyvä hoito, seuranta ja hoitajat, tietoa ja ohjeita hoidosta sekä apua esimerkiksi kotiaskareissa. Eräs vastaajista kertoi saaneensa apua myös mielenterveyshoitajalta ja konsultaatiopoliklinikalta. Lisäksi 9,5 % (n=2) vastanneista koki, että ei ole saanut tukea keneltäkään.

8.3 Arjen sujuminen ja toimintakyky

Tutkimukseen vastanneista suurin osa, 57,1 % (n=12) tunsi toimintakykynsä kohtalaiseksi. Kukaan vastanneista ei tuntenut toimintakykyään erittäin hyväksi tai erittäin huonoksi. Vastanneista 9,5 % (n=2) jätti tyhjät vastaukset kysyttäessä terveydentilaa, arjessa jaksamista ja arjessa pärjäämistä. Suurin osa tunsi myös terveydentilansa kohtalaiseksi, 61,9 % (n=13), ja vain 9,5 % (n=2) tunsi terveydentilansa huonoksi. 19,1 % (n=4) tunsi terveydentilansa erittäin hyväksi tai hyväksi.

Miten koettu:	Erittäin hyvä	Hyvä	Kohtalainen	Huono	Erittäin huono	Tyhjä
Toimintakyky	0 %	19 %	57,1 %	23,8 %	0 %	0 %
Terveydentila	4,8 %	14,3 %	61,9 %	9,5 %	0 %	9,5 %
Arjessa jaksaminen	0 %	14,3 %	61,9 %	14,3 %	0 %	9,5 %
Arjessa pärjääminen	4,8 %	23,8 %	52,4 %	9,5 %	0 %	9,5 %
Liikkuminen	9,5 %	23,8 %	42,9 %	19 %	4,8 %	0 %

Taulukko1. Koettu toimintakyky ja arjen sujuminen.

Vastaajista 76,2 % (n=16) koki jaksavansa arjessa hyvin tai kohtalaisesti, ja vain 14,3 % (n=3) koki jaksavansa arjessa huonosti. Arjessa pärjäämisessä oli enemmän hajontaa. 28,6 % (n=6) vastanneista koki pärjäävänsä arjessa erittäin hyvin tai hyvin, ja 52,4 % (n=11) pärjää mielestään kohtalaisesti. Vain 9,5 % (n=2) koki pärjäävänsä huonosti. Liikkuminen koettiin hyvin eri tavoin, kuitenkin niin, että 42,9 % (n= 9) koki liikkumisen kohtalaisena. Kysyimme, kuinka monta kertaa viikossa vastaajat harrastavat liikuntaa (1 kerta = vähintään 30 minuuttia

liikuntaa). Vastaajista 14,3 % (n=3) ei harrasta liikuntaa lainkaan ja 14,3 % (n=3) liikkuu 5 – 7 kertaa viikossa. Suurin osa eli 47,6 % (n=10) liikkuu 1 – 4 kertaa viikossa. Kyselyyn vastanneet harrastavat kävelyä, puiden tekoa, pyöräilyä, sauvakävelyä, hyötyliikuntaa mm. marjastaen, puutarhaa hoitaen, joogaten, hiihtäen, soutaen ja luistellen.

Kyselyyn vastanneista 38,1 % (n=8) on matkustellut dialyysihoitojen aikana, heistä 23,8 % (n=5) kotimaassa, ja 14,3 % (n=3) on matkustanut sekä koti- että ulkomailla. Vastanneista 66,7 % (n=14) on vanhuuseläkkeellä, eikä siksi käy töissä. Sairauseläkkeellä on 19,0 % (n=4) ja työkyvyttömyyseläkkeellä 4,8 % (n=1). Vastanneista 4,8 % (n=1) on tällä hetkellä työttömänä ja vain yksi on työelämässä (4,8 %).



Kuvio7. Ystävien, tuttavien ja sukulaisten tapaaminen.

Kyselyyn vastanneista 66,7 % (n=14) jaksaa tavata ystäviä, tuttuja ja sukulaisia aina tai usein. Vain 4,8 % (n=1) koki, että jaksaa tavata läheisiään vain harvoin. Kaikki kyselyyn vastanneista kokivat mielensä pirteäksi ainakin joskus. Vastanneista 57,1 % (n=12) koki mielensä pirteäksi usein, 9,5 % (n=2) aina ja 33,3 % (n=7) joskus.

8.4 Ravitseminen

Kysyimme, keneltä kaikilta vastaajat ovat saaneet ravitsemukseen ohjausta. Kysymykseen sai rastittaa niin monta vaihtoehtoa kuin halusi. Suurin osa kyselyyn vastanneista, 57,1 % (n=12) sai ravitsemukseen ohjausta ravitsemusterapeutilta. 9,5 % (n=2) ilmoitti, että kukaan ei ole ohjannut heitä ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Hoitajilta ohjausta oli saanut 47,6 % (n=10) ja lääkäreiltä 28,6 % (n=6). Internetistä tietoa oli saanut 9,5 % (n=2). Kaksi kyselyyn vastanneista kertoi saaneensa ohjausta lisäksi puolisoltaan ja itseltään.

66,7 % (n=14) vastanneista koki, että saatu ohjaus oli riittävää, ja 28,6 % (n=6) ei osannut sanoa. Yksi vastanneista (4,8 %) olisi kaivannut lisää ohjausta ravitsemuksesta, hän oli saanut sitä vain ravitsemusterapeutilta. Kahdeksan (66,7 %) niistä, jotka olivat saaneet ohjausta ravitsemusterapeutilta, koki ohjauksen riittäväksi ja kolme (25 %) ei osannut sanoa. Yhdeksän niistä, jotka olivat saaneet ravitsemukseen ohjausta hoitajilta, kokivat saadun ohjauksen riittäväksi.



Kuvio8. Ravitsemukseen saatu ohjaus

Vastanneista 95,2 % (n=20) on joutunut dialyysihoidon myötä muuttamaan ruokavaliotaan. Heistä 57,1 % (n=12) on kokenut voinnin parantuneen muutoksen

myötä. Vastanneista 28,6 % (n=6) ei huomannut eroa voinnissa ruokavalion muuttuessa ja 9,5 % (n=2) ei osannut sanoa. 4,8 % (n=1) koki, että vointi ei ole parantunut uuden ruokavalion myötä. Tutkimukseen osallistuneista 71,4 % (n=15) koki, että hänelle on löytynyt sopiva ruokavalio. 28,6 % (n=6) ei osannut vastata.

Vastanneista 23,8 % (n=5) on saanut suosituksen energiansaantimäärästä, 19,0 % (n=4) puolestaan ei ollut saanut suositusta ja 57,1 % (n=12) ei osannut sanoa. Vain yksi vastasi avoimeen kysymykseen päivittäisestä energiansaantisuosituksesta. Hän kertoi, että hänen energiansaantisuosituksensa on 1600kcal/vrk.

Proteiinin määrää ruoassa on vähennetty kahdella (9,5 %) vastanneista, neljän vastaajan (19,0 %) mielestä sitä on lisätty. Peräti 57,1 % (n=12) ei tiennyt, onko proteiinin määrässä tapahtunut muutoksia munuaisten vajaatoiminnan myötä. Kyselyyn vastanneista lähes kaikki, (90,5 %, n=19) ilmoittivat, että suolan määrää ruoassa on vähennetty munuaisten vajaatoiminnan myötä. 9,5 % (n=2) ei osannut sanoa, onko suolan osuus ruoassa muuttunut. Kaliumin saannissa oli hajontaa. 47,6 %:lla (n=10) kaliumin määrää oli vähennetty, mutta 14,3 % :n (n=3) mielestä sen määrää on lisätty. Fosforin määrää ruoassa oli suurimmalla osalla vastaajista vähennetty (76,2 %, n=16). Loput 23,8 % (n=5) ei osannut sanoa. Nesteen saantia oli rajoitettu jopa 81 %:lla (n=17) vastanneista.

Osuus ruokailussa	vähennetty	lisätty	ei muutosta	ei osaa sanoa
Proteiinin määrä	9,5 %	19,0 %	14,3 %	57,1 %
Rasvojen määrä	57,1 %	0 %	14,3 %	28,6 %
Hiilihydraattien määrä	23,8 %	9,5 %	19,0 %	47,6 %
Suolan määrä	90,5 %	0 %	0 %	9,5 %
Fosforin määrä	76,2 %	0 %	0 %	23,8 %
Kaliumin saanti	47,6 %	14,3 %	0 %	38,1 %
Nesteen saanti	81,0 %	0 %	4,8 %	14,3 %

Taulukko2. Ravintoaineiden muutokset ruokailussa.

Ruoka-aineiden ja energiansaannin lisäksi vastanneista 76,2 % (n=16) käyttää vitamiini- ja/ tai hivenainelisiä. Vain 9,5 % (n=2) vastanneista ei käytä mitään ravintoainelisiä. Vastanneet kertoivat, että heillä on käytössään esimerkiksi B- ja C-vitamiinia, B-vitamiinin saantia parantava valmiste, kalsiumin ja D-vitamiinin yhdistelmä, täydennysravintolisiä, joissa on energiaa, proteiinia, rasvaa, hiilihydraatteja, D-vitamiinia, rautaa, magnesiumia, nivelille tarkoitettu ravintolisäyhdistelmä, jossa mm. inkivääriä, omega3 rasvahappoja ja D-vitamiinia. Kaksi vastanneista kertoi käyttävänsä useammanlaisia vitamiini- ja hivenainelisiä kertomatta tarkemmin. Ruokavalioon kuuluvien rajoitusten, lisäysten tarkkailu ja noudattaminen ei 52,4 %:n (n=11) mielestä ollut helppoa. Toisaalta 28,6 % (n=6) vastanneista piti ruokavalioasioita helppoina. 19 % (n=4) ei osannut sanoa tai ei vastannut kysymykseen.

8.5 Lääkitys

Kyselyyn vastanneista kaikilla oli vähintään yksi lääke käytössä. 19 % (n=4) käyttää jatkuvasti vähintään 10:tä erilaista lääkevalmistetta. Suurin osa vastanneista 42,9 % (n=9) käyttää 7 – 9 eri lääkevalmistetta. Lähes kaikki, 85,7 % (n=18) vastanneista hoitaa itse lääkkeenoton sairaalan ulkopuolella. 81,0 % (n=17) kokee saaneensa lääkkeenottoon riittävästi ohjeistusta. 19 % ei osannut sanoa tai ei hoitanut itse lääkkeenottoa. 13 (76,5 %) niistä, jotka kokivat ohjeistuksen riittäväksi, koki myös lääkkeiden hallinnan helpoksi. Toisaalta kaksi (11,8 %) omasta mielestään riittävästi ohjeistusta saaneista ei pitänyt lääkkeiden ottoa helppona.

Monta eri lääkevalmistetta käytössä	%
0	0 %
1-3	4,8 %
4-6	33,3 %
7-9	42,9 %
10 /enemmän	19 %

Taulukko3. Lääkevalmisteiden määrä.

71,4 % (n=15) vastasi, että munuaisten vajaatoiminnan myötä heille on lisätty lääkkeitä. 38,1 % :n (n=8) lääkeannoksia on pienennetty. Toisaalta 38,1 % (n=8) vastasi, ettei lääkeannoksia ole pienennetty. 57,1 % (n=12) vastasi, että joidenkin lääkkeiden käyttö on heiltä nyt kielletty. 28,6 % (n=6) puolestaan vastasi, ettei heiltä ole vähennetty lääkitystä. Kaksi (9,5 %) ei tiennyt, onko heiltä kielletty joidenkin lääkkeiden käyttöä. Vain kahdella (9,5 %) oli luontaistuotteita käytössä. Jopa 71,4 % (n=15) koki lääkkeiden hallinnan helpoksi.

Munuaisten vajaatoiminnan myötä:	kyllä	ei	ei osaa sanoa	tyhjä
lisätty lääkkeitä	71,4 %	9,5 %	9,5 %	9,5 %
pienennetty lääkeannoksia	38,1 %	38,1 %	19 %	4,8 %
lääkkeenottokertoja vähennetty	28,6 %	47,6 %	19 %	4,8 %
joidenkin lääkkeiden käyttöä kielletty	57,1 %	28,6 %	9,5 %	4,8 %
luontaistuotteita käytössä	9,5 %	61,9 %	19,0 %	9,5 %
lääkkeiden hallinta helppoa	71,4 %	14,3 %	4,8 %	9,5 %

Taulukko 4. Lääkehoidossa tapahtuneet muutokset.

8.6 Muuta lisättävää

Viimeisessä kohdassa tutkimukseen osallistuneille annettiin mahdollisuus kertoa vapaasti, jos tuli mieleen muuta asiaan liittyvää, joka vaikuttaa heidän hoidossa käymiseensä ja päivittäisiin toimintoihinsa. Tähän kohtaan vastasi vielä seitsemän (33,3 %) kyselyyn osallistunutta. Yhden vastaajan mielestä hoitajat eivät ole potilaille tasapuolisia. Toinen puolestaan kertoi, että joutuu toimimaan kellon kanssa kilpaa. Yksi vastaajista kirjoitti, että: *"no ei dialyysipotilaan ja terveenä olemista voi ikinä verrata niin erilaista elämä on."* Yhden vastanneen mielestä nesterajoitusten pitäminen on vaikeaa, ja eräs kertoi hoidon olevan sitovaa. Myös kulkuvaikeuksista hoitoon, hoitojen jälkeisestä huonosta kunnosta sekä huonosta taloudellisesta tilanteesta kerrottiin.

9 Pohdinta

9.1 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tutkittavilla tulee olla mahdollisuus valita osallistumisen ja osallistumattomuuden välillä. Myös tutkimuksesta annettava informaatio on tärkeää, koska se saattaa ratkaista tutkittavan halun osallistua tutkimukseen. Informaatiosta tulee ilmetä tutkimuksen tekijä/tekijät, ja heidän yhteystietonsa, tutkimuksen tavoite, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, aineiston keruutapa, luottamuksella annettujen tietojen suojaaminen sekä kerättyjen tietojen käyttötarkoitus, käyttäjät ja käyttöaika. (Kuula 2006, 89 – 89, 91, 101–102.)

Kuulan (2006) mukaan luottamus tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuja voi luottaa siihen, että hänen antamiaan tietoja käytetään, käsitellään ja säilytetään sovitusti. Myös vaitiolovelvollisuus koskee Kuulan (2006) mukaan kaikkia henkilötietoja sisältäviä tutkimusaineistoja kerääviä henkilöitä.

Saatekirjeessä kerroimme potilaille opinnäytetyöhömme liittyvän kyselytutkimuksen tarkoituksesta ja käytettävyydestä, sekä mitä kyselemme ja miksi. Saatteessa oli myös yhteystietomme, jotta kyselytutkimuksen kohderyhmällä oli mahdollisuus ottaa meihin yhteyttä halutessaan esimerkiksi lisätietoja. Saatteessa toimme ilmi, että osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta millään tavalla potilaan saamaan hoitoon tai kohteluun ja että se on vapaaehtoista.

Kyselyyn vastanneet palauttivat kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa dialyysiosaston hoitohenkilökunnan luona olevaan pahvilaatikkoon. Samaan pahvilaatikkoon oli palautettu myös täyttämättömiä lomakkeita, joten hoitohenkilökunta ei voinut tietää, ketkä kaikki kyselytutkimukseen olivat osallistuneet. Vastatut kyselylomakkeet haettiin vastausajan umpeuduttua, ja niitä ei ole päässyt kukaan ulkopuolinen käsittelemään tai tarkastelemaan. Tutkimustulosten raportoinnin ja tulkitsemisen jälkeen kyselylomakkeet, saatteet sekä kirjekuoret hävitettiin.

Vastaajien henkilöllisyyttä tai nimeä ei tule ilmi missään kohtaa, koska toteutimme kyselyn nimettömänä. Esitiedoissa kysyimme taustatietoina vain sukupuolta, ikää, ja asuuko yksin vai yhdessä jonkun kanssa. Avoimena kysymyksenä kysyimme myös, kenen kanssa asuu. Pyrimme huomioimaan kyselytutkimuksen tuloksissa potilaiden anonymiteetin poistamalla liian yksityiskohtaisia tietoja ja kertomalla vain pääteemoittain tutkimustuloksista, jotta vastaajia ei voi vastausten perusteella tunnistaa.

Lähdemateriaalina käytimme tuttuja alan kirjoja, ja esimerkiksi yhteistyöosastolta lainaksi saatua kirjaa ja muuta lähdemateriaaliksi suositeltua. Opinnäytetyösämme on myös hyödynnetty esimerkiksi Duodecimin julkaisemia artikkeleita sisältävää kirjaa. Toisaalta, taloudellisista syistä emme voineet tutkimustulosten tueksi kaukolainata aiheeseen liittyvää pro gradua. Lähdemateriaalissa on myös yli kymmenen vuotta vanhaa tekstiä englanninkielisessä tutkimuksessa, mutta sen tulokset ovat verrattavissa omiimme ja tutkimusluvan saamisen vuoksi huomioituihin elämänlaatumittareihin.

9.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tutkimusosuuteen vastasi 21 hoidoissa käyvää potilasta, ja vastausprosentiksi muodostui 51,2 %. Tätä voidaan pitää hyvänä, koska kysely oli kuusi sivua pitkä. Potilaat saivat vastata kyselyyn dialyysihoidossa ollessaan, joten jo hoidon tuoma väsymys on voinut poistaa mahdollisia vastaajia. Kyselylomakkeessa oli myös paljon avoimia kysymyksiä, eikä niihin olut vastattu kovin aktiivisesti. Avoimet kohdat vaativat mielenkiintoa kirjoittaa, ja sitä ei ehkä näin pitkässä strukturoidussa lomakkeessa enää ole. Vastaajien antama otos koostui melko tasaisesti miehistä (42,9 %) ja naisista (57,1 %).

Kysyimme syitä hoidoissa käymiseen, ja vastaukset vaihtelivat melko kovasti. Osa kertoi syyksi perussairauden tuoman vajaatoiminnan, osa munuaisiin tulleen taudin. Osa ymmärsi vastauksen niin, että syiksi lueteltiin mm. elämänlaadun paraneminen. Tämän kysymyksen saattoi siis tulkita eri tavoin, ja jos olisimme tehneet esitestauksen, tämä olisi ollut erilainen. Vastaajista lähes puolet

(42,9 %) sairasti sydän ja verisuonisairauksia ja vain 9,5 % kertoi sairastavansa diabetesta. Peter B. DeOreon (1997) kirjoittamassa tutkimusartikkelissa todettiin 38 % tutkimukseen osallistuneista olleen diabeetikkoja.

Kyselyyn vastanneista n. 86 % oli käynyt dialyysihoidossa yli puoli vuotta, ja suurin osa käy dialyysihoidossa vähintään kolme kertaa viikossa. Aikaa hoitoon kuluu pääosin n. 3 – 5 tuntia. Hoidot vievät viikosta siis paljon aikaa, ja niiden ohella esiintyy myös erilaisia oireita, kuten väsymystä, anemiaa ja matalaa verenpainetta. Hoidoissa käyminen koettiin yleisesti melko raskaana. Toisaalta ne koettiin joustavina, toisaalta myös yksityiselämää rajoittavina. Dialyysihoidot ovat erittäin sitovia lähes kaikkien mielestä. Peter B. Oreon (1997) artikkelissa sitoutuneisuus hoitoihin näkyi hoitojen väliin jättämisessä, joita oli vain 6 % tutkimuksen 1000 potilaasta. Hoitokertoja väliin jättävät kokivat vointinsa hyväksi.

Kyselyymme vastanneista arkea, liikkumista, terveydentilaa ja toimintakykyä arvioineet antoivat eniten vastauksia kohtaan ”kohtalainen”. Vain yksi arvioi kohtaan ”erittäin huono” liikkumisen. Arjen pärjäämiseen sekä terveydentilaan liittyvät kysymykset sekä liikkuminen saivat pari vastausta kohtaan ”erittäin hyvä”. Jälkeenpäin ajateltuna kohta ”liikkuminen” on hieman epäselvä, ja siinä olisi pitänyt mainita selvemmin liikuntakyky tai urheilu. Samaan taulukkoon laitettuihin arkeen, toimintakykyyn ja terveyteen liittyvät kysymykset saattoivat sotkea joitakin vastauksia, sillä osaan ruudukoista oli jäänyt tyhjiä kohtia. Vastaaja on saattanut luulla, että jos vastaa yhteen ruutuun kokemuksensa, se on kaikkiin sama. Nämä tyhjät ruudut kuitenkin tulkittiin tyhjinä vastauksiksi, koska ei voi tietää, mitä vastaajat ovat ajatelleet.

Kyselyyn vastaajista lähes puolet harrasti 1 – 4 kertaa viikossa vähintään puolen tunnin ajan liikuntaa. Kolme liikkui 5 – 7 kertaa, ja kolme ei harrastanut liikuntaa ollenkaan. Liikunnan harrastaminen on mielekästä dialyysipäivien välipäivinä, joten jos käy kolme kertaa viikossa dialyysissä, niin välipäiviä on neljä. Vastaajat olivat harrastaneet muun muassa dialyysipotilaille suositeltuja kestävyysliikunta lajeja, kuten kävelyä, pyöräilyä, hiihtoa ja soutua. Peter B. DeOreon (1997) tutkimusartikkelissa puolestaan selvisi, että hemodialyysipotilaat arvioivat fyysisen kuntonsa matalaksi, mutta mieltä ja tunteita arvioivat tulokset olivat

parempia. Samassa artikkelissa kerrotaan, että fyysiset arviot otetaan enemmän huomioon voinnin arvioissa kuin mieltä ja tunteita koskevat arviot.

Tukea sairautensa hoidossa saatiin hoitajilta, lääkäreiltä, omaisilta, ystäviltä, ja muutama sai tukea myös toisilta potilailta. Tueksi koettiin niin henkinen tuki kuin konkreettinen tieto. Jos kyselyä olisi kehitetty lisää, olisi ollut mielenkiintoista tietää koettiinko saatu tuki riittäväksi. On erinomaista, että vastaajista noin kaksi kolmasosaa sai tukea hoitajilta. Dialyysihoidoissa hoitajien rooli on isossa asemassa, joten etenkin heidän huomionsa potilaan tukemisessa on tärkeää. Kuukaan vastaajista ei ole saanut tukea vertaistukiryhmistä tai Internetistä. Nykyisin Internetin käyttö on aika yleistä, ja sieltä etsitään paljon tietoa sairauksiin ja niiden hoitoon. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli hieman iäkkäämpää väestöä, joten tämä on saattanut vaikuttaa siihen, että tukea Internetin kautta ei ole saatu. Kaksi vastaajaa ei ole saanut tukea keneltäkään. Tähän olisi voinut lisätä kysymyksen, millaista tukea ja keneltä potilaat omasta mielestään tarvitsisivat lisää. Näin olisi mahdollisesti saanut käytännön työhön uutta näkökulmaa ja potilaiden sairauden hoidon tukeminen kasvanut.

Ravitsemukseen vastaajat olivat saaneet ohjausta suurimmaksi osaksi ravitsemusterapeutilta, hoitajilta ja lääkäriltä. Lähes kaikki olivat joutuneet muuttamaan ruokavaliotaan munuaisten vajaatoiminnan myötä, joten ravitsemukseen liittyvän ohjauksen tarve on suuri. Kyselyyn vastanneista 14 tunti saaneensa riittävästi ohjausta, 6 ei osannut sanoa ja yksi olisi kaivannut lisää ohjausta ravitsemukseen. Lisää ohjausta kaivannut oli saanut ohjausta vain ravitsemusterapeutilta. 90 % niistä vastanneista, jotka olivat saaneet hoitajilta ohjausta, koki ohjauksen riittäväksi. Tästä voisi päätellä, että potilaat tarvitsevat ravitsemukseen ohjausta niin ravitsemusterapeutilta, hoitajilta kuin lääkäriltäkin. Ammattilaisista jokainen tuo oman tietämyksensä ja näkökulmansa esille tavallaan. Tässäkään asiassa kertaus ei ole pahitteeksi, koska ruokavaliossa on niin paljon ravintoaineiden rajoituksia ja lisäyksiä.

Munuaisten vajaatoimintapotilailla on käytössä useita lääkevalmisteita ja 15 vastasi, että lääkkeitä on lisätty sairauden myötä. Vähintään seitsemää eri lääkevalmistetta ilmoitti käyttävänsä 13 vastaajaa. Vastaajista 15 oli sitä mieltä,

että lääkkeiden hallinta on helppoa ja loput eivät vastanneet, eivät osanneet sanoa tai eivät pitäneet lääkkeiden hallintaa helppona. Toisaalta 17 vastasi kuitenkin saaneensa tarpeeksi ohjausta lääkehoidossa. Lääkitykseen ja sen hallintaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Jos lääkkeitä otetaan väärin, niin esimerkiksi elimistön lääkeainepitoisuudet voivat nousta tai laskea sekä jotkin lääkkeet voivat olla vaarallisia munuaisille.

9.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Kyselylomake ja tutkimustulosten anti ei ole yleistettävissä, vaan se antaa vain opinnäytetyön tekijöille ja lukijoille tietoa ja taitoa esimerkiksi ohjata vastaan tulevia munuaisten vajaatoimintapotilaita. Opinnäytetyömme teoriaosuus antaa myös hyvin tietoa munuaisten vajaatoimintaan liittyvissä asioissa sitä tarvitseville. Toivomme, että tuloksista on hyötyä myös Etelä-Karjalan keskussairaalan, dialyysi- ja munuaispoliklinikan hoitajille oman työnsä kehittämisessä ja palautteen saannissa.

Opinnäytetyömme kyselyosuus keskittyi aikuisiin hemodialyysipotilaisiin, joten jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tietää, millaisia tuloksia samanlainen kyselylomake antaisi esimerkiksi konservatiivista hoitoa saaville vajaatoimintapotilaille tai peritoenaalidialyysipotilaille. Saamiemme tulosten perusteella nousi selkeästi esiin, että lääkehoidon ja ravitsemuksen ohjaukseen voisi kiinnittää enemmän huomiota. Niinpä ehdotammekin jatkotutkimusaiheeksi myös esimerkiksi jonkinlaisen ohjaustilanteen muistilistan tekoa, sillä erilaisia oppaita sekä lääkehoitoon että ravitsemukseen on jo potilaiden saatavilla.

9.4 Oma oppiminen

Olemme opinnäytetyön teossa saaneet paljon tietoa munuaisten toiminnasta, ja siitä, miten munuaisten vajaatoiminta vaikuttaa potilaiden elämään hyvin kokonaisvaltaisesti ruokailusta liikkumiseen ja jopa aikataulutukseen. Olemme myös oppineet hakemaan luotettavaa tietoa ja olemaan yhteistyössä niin työelämän, tutkimuslupien myöntäjän sekä koulun kanssa. Yhteistyömme on sujunut koko prosessin ajan hyvin, ja työemme on edennyt melko tasaisesti, vaikka prosessissa on ollut paljon eteen tulleita haasteita. Opimme hyödyllisiä taitoja siitä, miten lukea tutkimuksia ja toteuttaa kyselylomake. Myös esitestauksen tärkeys tuli prosessissa esille.

Toivomme, että opimme omassa työssämme paremmin ohjaamaan ja tukemaan potilaita, sekä kiinnittämään enemmän huomiota heidän liikkumiseensa ja ravitsemukseensa. Myös vanhempien potilaiden ohjaaminen omaa sairautta koskevan tiedon etsintään esimerkiksi vertaistukiryhmistä tai Internetistä nousi voimakkaasti esille, ja osaamme kiinnittää nyt myös tähän huomiota työelämässä.

10 Lähteet

Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M. & Ekola S. 2012 Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Sanoma Pro, 613.

Alahuhta, M. 2008. Munuaissairaahan hoidon historia ja tulevaisuus. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita, 8–15.

DeOreo Peter B. 1997. Hemodialysis patient – assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance. Lehdessä American Journal. s.204 – 211. http://ac.els-cdn.com/S0272638697900536/1-s2.0-S0272638697900536-main.pdf?_tid=920e65fd609a78bc26012431ea4b4643&acdnat=1338314280_470da6fea3d9c0499908a0281d5fe3e5 Luettu 29.5.2012.

Baxter Suomi. Lääkkeet ja munuainen. <http://www.dialyysi.fi/Doc.aspx?id=1140> Luettu 14.11.2011.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto. Dialyysi- ja munuaisspoliklinikka. <http://www.eksote.fi/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=216&NakymaID=23> Luettu 12.10.2011.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto, EKKS. Dialyysi- ja munuaisspoliklinikka 2012

Groop P-H. 2004. Dialyysihoito ja munuaisensiirto. Teoksessa Matikainen E., Aro T. Huunari-Seppälä A., Kivekäs J., Kujala S. & Tola S. (toim.) Toimintakyky arviointi ja kliininen käyttö. Duodecim Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 304–310.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P., 2000 Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 189–190, 193–194.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P., 2009 Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi, 202–204.

Holmia S., Murtonen I., Myllymäki H. & Valtonen K., 2008 Sisätauti, kirurgisten sairauksien ja syöpätauti hoitotyö. 4.– 6. painos. WSOY, 657.

Hyväri, T. 2008a. Munuaisspotilaan toimintakyky ja kuntoutuminen. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita, 158–161.

Hyväri, T. 2008b. Peritoneaaldialyysi. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita, 90–106.

Jahren Kristoffersen N., Nordvedt F. & Skaug E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska; Edita, suomennos Paula Nieminen 38–40

Jäntti, M. 2008. Munuaispotilaan ravitsemus. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 114–131.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY, 20–22, 30–39, 53–59, 135–138.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 87, 89, 91, 101–102.

Kylliäinen, S. 2005a. Hemodialyysipotilaan ruokavalio ja ravitsemushoito. Munuais- ja maksaliitto ry.

Kylliäinen, S. 2005b. Fosfori munuaispotilaan ruokavaliossa. Munuais- ja maksaliitto ry.

Kylliäinen, S. 2005c. Nestetasapaino ja suola. Munuais- ja maksaliitto ry.

Kylliäinen, S. 2005d. Kalium munuaispotilaan ruokavaliossa. Munuais- ja maksaliitto ry.

Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Hemodialyysi. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 76-89.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit 17, 23–26, 36–39.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY, 13.

Laurila, M. 2008. Munuaisten anatomia ja fysiologia. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 16–34.

Linnanvuo, M. 2008. Munuaistaudit. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 36-46.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 13, 21.

Pakonen, P. 2008. Munuaispotilaan liikunta. Teoksessa Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. (toim.) Munuaissairaanhoidon hoito. Helsinki: Edita, 132–142.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Duodecim 123(5), 501–502.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92543&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero Luettu 31.5.2012

THL verkkojulkaisut <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Tu101.pdf> Luettu 1.5.12

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/7E8D8525-85A7-4AA5-BED9-6392FF5F2727/0/1996_TAinfo_2.pdf Luettu 31.5.2012

THL kansanterveyslehden julkaisu 6/1998
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1998/6_1998/viitearvot_vaeston_terveyteen_liittyvalle_elamanlaadulle:_rand-36_laajimmin_kaytetty_mittari/ Luettu 1.5.12

Kevät 2012

Hyvä dialyysihoidossa käyvä

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää dialyysihoidossa käyvien kokemuksia munuaisten vajaatoiminnan ja sen hoidon vaikutuksista arjessa selviytymiseen ja jaksamiseen. Toteutamme kyselyn Etelä-Karjalan keskussairaalassa dialyysihoidoissa käyville potilaille.

Toivomme, että opinnäytetyömme tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää dialyysipotilaiden hoidon kehittämisessä. Osallistumisenne on meille tärkeää, jotta saisimme mahdollisimman laajan kuvan potilaiden kokemuksista. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä siihen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuta hoitoonne millään tavalla.

Tutkimukseen on mahdollista osallistua täyttämällä kyseinen kyselylomake kesäkuun 2012 aikana. Kyselyn voi palauttaa hoitajilla olevaan laatikkoon, suljetussa kirjekuoressa. Tutkimukseen vastataan nimettömästi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, ja ne jäävät vain opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Valmis opinnäytetyö tullaan toimittamaan dialyysiosastolle ja ammattikorkeakoulujen verkkokirjastoon Internetiin osoitteeseen www.theseus.fi.

Kiitos vastauksestanne!

Lisätietoja halutessanne, saat meihin yhteyden:

Johanna Puroharju
040-8305305
j.puroharju@student.saimia.fi

Laura Turunen
050-3558381
laura.turunen@student.saimia.fi

9. Millaisia oireita Teillä esiintyy dialyysin ohella (jos Teillä on useampia oireita, voitte rastittaa useamman kohdan)?

väsymys___ anemia___ pahoinvointi___
liikkumattomuus___ päänsärky___ korkea verenpaine___

Muita oireita, millaisia? _____

10. Millaisena Te koette dialyysihoidossa käynnin?

erittäin mukava ___ melko mukava___ ei tunnu mitään ___
melko raskas___ erittäin raskas___

Mitkä asiat vaikuttavat Teidän kokemukseenne hoidossa käymiseen?

11. Miten sitovaksi Te koette dialyysihoidot?

erittäin sitovaksi ___ melko sitovaksi ___
ei kovinkaan sitova ___ ei yhtään sitova ___

12. Oletteko Te saaneet tukea sairautenne hoidossa (jos olette saaneet tukea useammilta, voitte rastittaa useamman kohdan):

hoitajilta___ lääkäreiltä___ omaisilta___
ystäviltä___ vertaistukiryhmistä___ Internetistä ___
toisilta potilailta ___ en keneltäkään ___

jos olette, niin millaista tukea Te olette saaneet?

13. Rastittakaa ruutuun, miten Te koette seuraavat asiat:

	erittäin hyvä	hyvä	kohtalainen	huono	erittäin huono
Toimintakyky					
Terveydentila					
Arjessa jaksaminen (tuttavien tapaaminen, seurustelu, tapahtumissa käyminen...)					
Arjessa pärjääminen (ruuanlaitto, peseytyminen, kotiaskareet...)					
Liikkuminen					

14. Kuinka monta kertaa viikossa Te harrastatte liikuntaa (väh. ½tuntia)?

0 ___

1-2 ___

3-4 ___

5-7 ___

Jos harrastatte, niin millaista liikuntaa?

15. Oletteko Te matkustelleet dialyysihoitojen aikana?

ei ___

kyllä, kotimaassa ___

kyllä, ulkomailla ___

16. Käyttekö Te työssä dialyysihoidon ohella? kyllä___ ei___

a. Jos Te käytte töissä, millaista työtä teette?

b. Jos Te ette käy töissä, oletteko:

työtön___ opiskelija___ sairauslomalla___ sairauseläkkeellä___

työkyvyttömyyseläkkeellä___ vanhuuseläkkeellä___

17. Jaksatteko Te tavata ystäviä, sukulaisia, tuttavvia?

aina ___ usein___ joskus___

harvoin___ ei koskaan___

18. Koetteko Te mielialanne pirteäksi?

aina___ usein ___ joskus___

harvoin___ ei koskaan___

19. Keneltä Te olette saaneet ravitsemukseen ohjausta (jos Te olette saaneet ohjausta monelta, voitte rastittaa useamman kohdan)?

lääkäriltä ___ hoitajilta ___ ravitsemusterapeutilta ___

potilasjärjestöstä ___ Internetistä ___ en keneltäkään ___

joku muu, keneltä? _____

20. Oletteko Te kokeneet ohjauksen riittäväksi?

kyllä ___ ei ___ en osaa sanoa ___

21. Oletteko Te joutuneet muuttamaan ruokavaliotanne dialyysihoidon myötä?

kyllä___ ei___ en osaa sanoa___

jos olette, niin koetteko Te sen parantaneen vointianne?

kyllä___ ei___ en huomannut eroa___ en osaa sanoa___

22. Onko Teille löytynyt sopiva ruokavalio?

kyllä ___ ei ___ en osaa sanoa ___

23. Onko Teillä suositusta energiansaantimäärästä?

kyllä___ ei ___ en osaa sanoa___

jos on niin millainen suositus? _____

24. Rastittakaa ruutuun, miten Teidän mielestänne seuraavien asioiden osuus ruokailussa on muuttunut munuaisten vajaatoiminnan myötä?

	vähennetty	lisätty	ei muutosta	en osaa sanoa
Proteiinin määrä				
Rasvojen määrä				
Hiilihydraattien määrä				
Suolan määrä				
Fosforin määrä				
Kaliumin saanti				
Nesteen saanti				

25. Käytättekö Te vitamiini- ja/ tai kivennäisainelisiä?

kyllä___ ei___ en osaa sanoa___

jos käytätte, niin mitä?

26. Onko ruokavalion rajoitusten, lisäysten tarkkailu ja noudattaminen Teidän mielestä helppoa?

kyllä___ ei___ en osaa sanoa___

27. Kuinka monta eri lääkevalmistetta Teillä on jatkuvassa käytössä?

0 ___ 1-3 ___ 4-6 ___ 7-9 ___ 10 tai enemmän ___

28. Hoidatteko Te itse lääkkeittenne oton sairaalan ulkopuolella?

kyllä___ ei___ en osaa sanoa___

jos hoidatte, niin oletteko Te mielestänne saaneet riittävästi ohjeistusta lääkkeiden käyttöön?

kyllä___ ei___ en osaa sanoa___

29. Onko Teillä munuaisten vajaatoiminnan myötä:

	kyllä	ei	en osaa sanoa
lisätty lääkkeitä			
pienennetty lääkemannoksia			
lääkkeenottokertoja vähennetty			
joidenkin lääkkeiden käyttöä kielletty			
luontaistuotteita käytössä			
lääkkeiden hallinta helppoa			

30. Tuleeko Teille mieleen muita munuaisten vajaatoimintaan liittyviä asioita, jotka vaikuttavat Teidän päivittäisiin toimintoihinne tai dialyysihoidoissa käymiseenne?

Lämmin kiitos arvokkaasta vastauksestanne!

Voitte antaa kirjekuoren suljettuna hoitajille.