



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HEMODIALYYSIASIAKKAIDEN INTERNET- SIVUSTO

Hämeenkyrön dialyysiyksikkö

Milla Niinen

Rosa-Maria Paloniemi

Outi Teinilä

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

NIININEN MILLA, PALONIEMI ROSA-MARIA & TEINILÄ OUTI:
Hemodialyysiasiakkaiden Internet-sivusto
Hämeenkyrön dialyysiyksikkö

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Marraskuu 2017

Tuotoksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Internet-sivusto, joka sisältää tietoa ja video-ohjausmateriaalia hemodialyysiasiakkaille. Sivusto laadittiin yhteistyössä Hämeenkyrön dialyysiyksikön kanssa osana X SOTE -kanavaa. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, miten dialyysihoito toteutettiin asiakkaan näkökulmasta. Tämän lisäksi selvitettiin, miten asiakas hyötyy ohjausmateriaalista ja miten se tukee omatoimisuutta. Internet-sivuston tavoitteena on helpottaa asiakkaan tiedonsaantia hemodialyysihoidosta sekä lisätä omatoimisuutta. Tuotetun materiaalin avulla asiakkaalla on mahdollisuus toteuttaa hemodialyysihoitoa hoitajan tukemana tai itsenäisesti dialyysiyksikössä. Tämä vapauttaa hoitajien aikaa myös muihin hoitotoimenpiteisiin.

Opinnäytetyön tuotosta hyödynnetään asiakkaan omatoimisuuden tukemisessa, ohjauksessa ja tiedonsaannissa. Video-ohjausmateriaali on nykyaikainen keino oppia oman sairauden hoitoa sekä saada tietoa sairauden hoitoa tukevista elämäntavoista. Internet-sivustolla on mahdollisuus perehtyä ohjausmateriaaliin ajasta tai paikasta riippumatta. Se on kaikille avoin, joten sen sisältöön voivat tutustua myös asiakkaan läheiset sekä muut asiasta kiinnostuneet. Lisäksi hoitohenkilökunta voi hyödyntää sivustoa asiakkaan ohjaustilanteissa, kuten ensitiedon antamisessa.

Hemodialyysiasiakkaiden määrä on kasvanut viimeisten vuosien aikana. Asiakasmäärän kasvaessa tiedonsaannin tärkeys ja helppous korostuvat entisestään. Opinnäytetyön tuotos vastaa tiedonsaannin tarpeeseen tarjoamalla kokonaisvaltaisen ohjausmateriaalin toteutettuna asiakkaan näkökulmasta.

Kehittämistehtäviksi nousivat Internet-sivuston laajentaminen peritoneaaldialyysiasiakkaille ja munuaisensiirtopotilaille, jotka rajattiin tämän työn ulkopuolelle. Sen lisäksi Internet-sivusto voisi sisältää laajemmin tietoa ja ohjausmateriaalia, kuten esimerkiksi ravitsemus- ja fysioterapeutin ohjeita. Sivustolla voisi olla myös mahdollisuus kysyä lisätietoja, joihin ammattilainen vastaisi sähköisesti.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme of Nursing and Health Care

NIININEN MILLA, PALONIEMI ROSA-MARIA & TEINILÄ OUTI:
Website for Haemodialysis Clients
Hämeenkyrö's Dialysis Centre

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 4 pages
November 2017

In Finland, the occurrence of renal diseases is increasing because the number of elderly people is growing. As a result the need for haemodialysis treatment gets bigger. The purpose of this study was to create a website which includes information and video instruction materials for haemodialysis clients. This study was carried out as a project in cooperation with Hämeenkyrö Dialysis Unit. The website is part of the Hämeenkyrö X SOTE -channel.

The aim was to find out how the haemodialysis treatment is performed from clients' point of view, how the guidance material benefits clients and how it supports the independency of the clients. The purpose of the website was to make it easier for clients to get access to information and to increase their independency. In this case more time is released for nurses to do other tasks in the hospital.

The website gives clients information about haemodialysis treatment, renal diseases and choices of daily lifestyle, for example relating to diet. Clients can get the information regardless of the time and place. The content of the website is versatile, it includes photos, videos and text. The website is open for everyone: so the information is also available to relatives and other people interested in the subject.

Key words: renal insufficiency, haemodialysis, guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MUNUAISTEN VAJAATOIMINTA JA HEMODIALYYSIHOITO	7
2.1	Munuaisten vajaatoiminta.....	7
2.1.1	Diabeettinen nefropatia	9
2.1.2	Munuaisten monirakkulatauti	11
2.1.3	Glomerulonefriitti	13
2.1.4	Iskeeminen nefropatia	13
2.2	Hemodialyysi	15
2.2.1	Veritiet.....	16
2.2.2	Hoidon toteutus	18
3	ASIAKKAAN ELÄMÄNTAPAOHJAUS	20
3.1	Asiakkaan ohjaus	20
3.1.1	Ravitsemus	21
3.1.2	Lääkehoito.....	24
3.1.3	Liikunta	25
3.1.4	Sosiaaliturva.....	26
3.2	Elämänlaatu	28
4	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	30
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	31
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	31
5.2	Aineistonkeruu.....	31
6	TYÖN ETENEMINEN	32
7	POHDINTA.....	34
7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	34
7.2	Tuotoksen tarkastelu	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	40
	Liite 1. Tietoinen suostumuslomake sairaanhoitajille	40
	Liite 2. Tietoinen suostumuslomake asiakkaalle.....	42

1 JOHDANTO

Eletään vuotta 2017, jolloin tuleva sote-uudistus ja siihen liittyvä digitalisaatio ravistelevat terveyspalvelujen rakennetta. Digitalisaatiolla pyritään lisäämään muun muassa asiakkaiden omahoitoa ja yhdenvertaisuutta sekä ehkäisemään hyvinvointiongelmia. (Sote- ja maakuntauudistus n.d.) Tällä opinnäytetyöllä halutaan tukea digitalisaation ajatusta ja olla osana rakenteen muutosta. Internet-sivustolla mahdollistetaan tiedonsaannin helppo, kaikille avoin saavutettavuus.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Internet-sivusto, josta asiakas löytää tarvitsemansa tiedon hemodialyysistä videoiden, kuvien ja tekstien muodossa. Internet-sivusto on osa Hämeenkyrön kunnan X SOTE -kanavaa. Opinnäytetyö on tehty asiakkaiden näkökulmasta yhteistyössä Hämeenkyrön dialyysiyksikön kanssa. Internet-sivustolle tuotettiin materiaalia hemodialyysihoidosta, munuaissairauksista ja niihin liittyvistä elämäntavoista. Tällöin asiakas voi valita tarvitsemansa tiedon, tavan ja ajankohdan sen saantiin. Internet-sivusto luovutettiin Hämeenkyrön dialyysiyksikön käyttöön.

Aihe on ajankohtainen, koska Suomessa hemodialyysiasiakkaiden määrä lisääntyy, johon väestön ikääntymisestä. Useat ikääntyvien pitkäaikaissairaudet aiheuttavat munuaisten kroonisen vajaatoiminnan, lisäksi sitä voivat aiheuttaa itsenäiset munuaissairaudet. Munuaissairauksien lisääntyessä tarve hemodialyysihoidolle kasvaa. (Alahuhta, Hyväri, Linnanvuori, Kylmäaho & Mukka 2008, 13.) Vuoden 2015 loppuun mennessä Suomessa oli 1836 dialyysiasiakasta ja 2833 munuaissairautopotilasta (Suomen munuaistautirekisteri 2015). Suomessa hemodialyysihoidon järjestävät sairaalat sekä sateelliittiyksiköt, mutta hoitoa voidaan toteuttaa myös itsenäisesti kotona (Vauhkonen & Holmström 2012, 469). Tällä työllä pyritään tukemaan itsenäistä hemodialyysihoidon toteutusta dialyysiyksikössä.

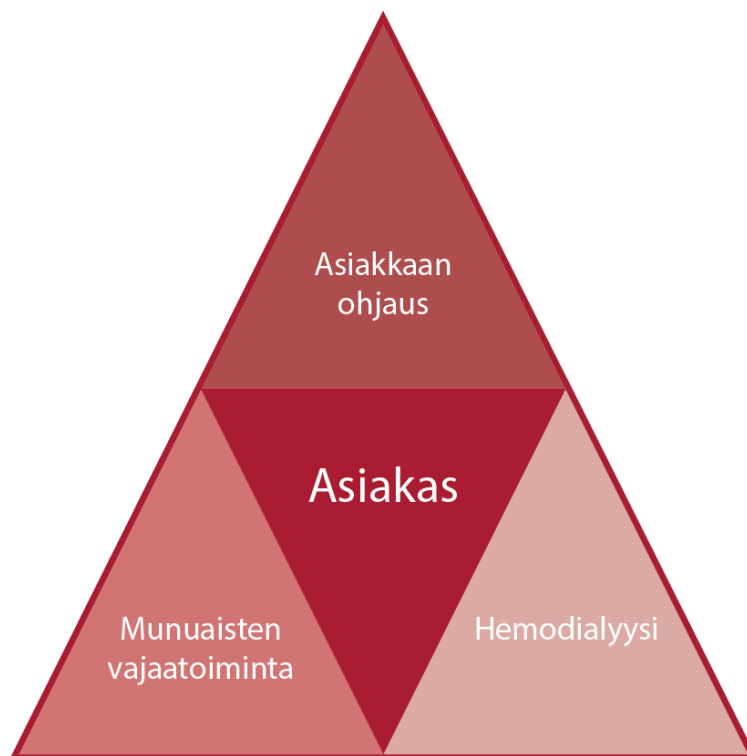
Hoitoalan ammattilaisille opinnäytetyö antaa valmiuksia kannustaa asiakkaita mahdollisimman itsenäiseen hemodialyysihoidon toteuttamiseen. Asiakkaalla on mahdollisuus tutustua materiaaliin valitsemallaan tavalla. Lisäksi läheiset tai aiheesta kiinnostuneet voivat löytää haluamansa tiedon sivustolta. Ammattilaiset voivat hyödyntää video-ohjausta asiakkaan ohjaustilanteissa sekä neuvoa heitä käyttämään Internet-sivustoa tiedon hankintaan. Tämä edistää asiakkaan oppimista, jolloin hemodialyysihoidon toteutuksen

osuus sairaanhoitajan osalta pienenee. Tämän seurauksena hoitajien työtaakka pienenee asiakasta kohden ja aikaa jää enemmän muille hoitotoimenpiteille .

2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTA JA HEMODIALYYSIHOITO

Valitsimme työelämäpalaverin pohjalta keskeisiksi käsitteiksi työtämme ajatellen; munuaisten vajaatoiminta, hemodialyysi sekä asiakkaan ohjaus. Nämä käsitteet muodostavat työmme viitekehysten (kuvio 1).

KUVIO 1. Viitekehys



2.1 Munuaisten vajaatoiminta

Ihmisellä on normaalisti kaksi munuaista, jotka sijaitsevat vatsaontelon takana alimpien kylkiluiden edessä (Saha 2017). Niiden tehtävänä on poistaa verestä kuona-aineita sekä säädellä neste-, suola- ja happo-emästasapainoa. Ne tuottavat myös hormoneja; erytropoietiinia ja reniiniä. Erytropoietiinia tarvitaan punasolujen muodostamiseen. Reniinihormoni on osa verenpaineen säätelyjärjestelmää. (Munuais- ja maksaliitto n.d a.) Munuaiset osallistuvat myös elimistön D-vitamiinin aktivointiin, jota tarvitaan luuston muodostumi-

seen. Kuona-aineiden poisto elimistöstä tapahtuu virtsanmuodostuksen avulla. Munuaisissa on miljoonia nefroneita, joiden tehtävänä on muodostaa virtsaa ja näin poistaa elimistöstä kuona-aineita. (Alahuhta ym. 2008, 16-17.)

Munuaisten vajaatoiminnassa munuaiset eivät enää suoriudu tehtävistään elimistössä, jolloin veri ei puhdistu kuona-aineista ja nestettä ei poistuta riittävästi (Munuais- ja maksaliitto n.d b). Munuaisten vajaatoiminta voi syntyä nopeasti, kuten myyräkuumeen seurauksena, tai hitaasti edeten, kuten diabeettisessa nefropatiassa. Kun vauriot munuaisten toiminnassa ovat pysyviä, tilaa kutsutaan krooniseksi munuaisten vajaatoiminnaksi. (Vauhkonen & Holmström 2012, 459.) Vauriot ovat silloin molemminpuoliset ja toimivien nefronien määrä on vähentynyt (Alahuhta ym. 2008, 36). Usein kroonisen munuaisten vajaatoiminnan taustalla on vuosia kestänyt tautiprosessi, joka on hitaasti vaurioittanut munuaisten toimintaa (Vauhkonen & Holmström 2012, 462).

Krooninen munuaisten vajaatoiminta etenee yleensä hitaasti, jolloin elimistö ehtii sopeutua moniin aineenvaihdunnallisiin häiriöihin, joten oireita vajaatoiminnasta voi olla vaikea havaita (Munuais- ja maksaliitto n.d b; Alahuhta ym. 2008, 36). Oireiden esiintyminen alkaa vasta kun huomattava osa nefroneista on lopullisesti tuhoutunut (Vauhkonen & Holmström 2012, 462). Oireet vaihtelevat eri munuaissairauksien ja yksilöiden välillä. Oireita ovat muun muassa turvotus, hengenahdistus, virtsamäärän vähentyminen, väsymys, pahoinvointi, oksentelu, iho-oireet, lihaskrampit ja anemia. (Munuais- ja maksaliitto n.d b; Alahuhta ym. 2008, 36-37.) Munuaisten vajaatoiminnan astetta voidaan arvioida glomerulusten suodatusnopeudella eli GFR- tutkimuksen avulla. GFR-tutkimuksella munuaisten vajaatoiminta voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa GFR on yli 90ml/h ja munuaisten toiminta on normaalia, eikä vajaatoiminnan oireita ole. Viidennessä vaiheessa munuaiset eivät pysty enää suoriutumaan tehtävästään puhdistaa verta, jolloin GFR on alle 15ml/h ja hoidoksi tarvitaan dialyysihoitoa tai munuaisensiirto. (Alahuhta ym. 2008, 38; Vauhkonen & Holmström 2012, 462.) Tätä elimistön tilaa voidaan kutsua myös uremiaksi, eli virtsamyrkytykseksi. Tällöin elimistöön kertyy haitallisia, sekä myrkyllisiä kuona-aineita, jotka aiheuttavat vajaatoiminnan oireita. (Alahuhta ym. 2008, 37-38.)

Merkittävimmät kroonisen munuaisten vajaatoiminnan konservatiiviset hoitomuodot ovat munuaistaudin kehityksen hidastaminen, sekä aineenvaihdunnan häiriöiden korjaaminen (Munuais- ja maksaliitto n.d b; Saha 2017; Vauhkonen & Holmström 2012, 464).

Tiiviillä seurannalla ehkäistään munuaisten lisävaurioiden syntyminen ja huolehditaan oireenmukaisesta hoidosta (Vauhkonen & Holmström 2012, 464). Kun munuaiset eivät enää suoriudu tehtävistään, on hoitokeinoina munuaisensiirto tai dialyysihoito (Saha 2017; Vauhkonen & Holmström 2012, 466).

2.1.1 Diabeettinen nefropatia

Diabeettinen nefropatia on diabeteksen aiheuttama munuaissairaus (Vauhkonen & Holmström 2012, 383). Se on yleisin syy joutua aktiivihoitoon munuaisten vajaatoiminnan vuoksi (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 12). Aktiivihoidolla tarkoitetaan munuaisensiirtoa tai dialyysihoitoa (Vauhkonen & Holmström 2012, 383). Diabeettiseen nefropatiaan sairastuu noin kolmasosa tyypin 1 diabeetikoista ja noin 40 % tyypin 2 diabeetikoista (Forsblom 2014, 5). Suomessa toteutettavista hemodialyysihoidoista puolet johtuvat diabeettisesta nefropatiasta (Vauhkonen & Holmström 2012, 383).

Diabeettisen nefropatian ensimmäinen vaihe on mikroalbuminuria. Tällöin virtsaan erittyy verestä liikaa proteiinia eli albumiinia. Normaalisti virtsaan erittyy vähän albumiineja, vain muutamia kymmeniä milligrammoja vuorokaudessa. (Vauhkonen & Holmström 2012, 382.) Mikroalbuminuriassa albumiinin erityys on yövirtsaista 20-200 mikrogrammaa minuutissa tai 30-300 milligrammaa vuorokausikeräyksessä (Mustajoki 2017). Mikroalbuminuria saa aikaan muutoksia munuaisten rakenteisiin, vaikka niiden toimintakyky on lähes normaali. Verenpaineen pieni kohoaminen saattaa myös liittyä tähän vaiheeseen. (Vauhkonen & Holmström 2012, 382.)

Toisessa vaiheessa eli proteinuriassa, albumiinia erittyy jo enemmän virtsaan jolloin se ylittää yövirtsaista mitatun albumiinin enimmäismäärän (Käypä hoito 2007). Verenpaine nousee tällöin entisestään, mutta munuaiset suoriutuvat vielä tehtävistään. Jos albumiinin ja muiden valkuaisaineiden erityys on lisääntynyt paljon, potilaaseen kertyy nestettä. Nesteen kertyminen aiheuttaa turvotuksia ja verenpaineen nousua. Tätä tilaa kutsutaan nefroottiseksi oireyhtymäksi. Tässä vaiheessa munuaiset toimivat lähes normaalisti, mutta runsas valkuaisen määrä virtsassa altistaa krooniselle munuaisten vajaatoiminnalle. (Vauhkonen & Holmström 2012, 82.) Taulukosta 1. nähdään, mitkä ovat albumiinin raja-arvot vuorokausikeräyksessä, yökeräyksessä sekä kertanäytteessä (Käypä hoito 2007).

TAULUKKO 1. Eri laboratorioilla erilaisia viitearvoja (Käypä hoito 2007).

	Vuorokausikeräys dU- Alb (mg/vrk)	Ajastettu yökeräys cU- Alb (µg/min)	Kertanäyte Alb/Krea-suhde (mg/mmol) ¹⁾
Normaali	< 30	< 20	< 2.5 (miehet) ja < 3.5 (naiset)
Mikroalbu- minuria	30 – 300	20 – 200	2.5 – 25 (miehet) ja 3.5 – 35 (naiset)
Proteinuria	> 300	> 200	> 25 (miehet) ja > 35 (naiset)

Diabeettisen nefropatian viimeinen vaihe on munuaisten vajaatoiminta. Munuaisten vajaatoiminta voi tulla myös ilman nefrootista oireyhtymää. (Vauhkonen & Holmström 2012, 382.)

Diabeetikoilla seurataan säännöllisesti albumiinin määrää virtsassa, koska lisääntynyt erityys ei aiheuta välttämättä oireita. Diagnoosia ei voida tehdä yhden näytteen perusteella, koska albumiinia voi erittyä virtsaan vähäisiä määriä myös muista syistä. (Mustajoki 2017.) Muita syitä ovat muun muassa kuume, kuukautiset ja fyysinen rasitus (Vauhkonen & Holmström 2012, 383). Tämän vuoksi näytteitä otetaan kolme, jotta saadaan luotettava tulos. Jos kahdessa näytteessä on liikaa albumiinia, se viittaa mikroalbuminuriaan. (Mustajoki 2017.) Yleensä näyte otetaan yövirtsaasta, mutta on kehitetty myös kertavirtsasta otettava albumiini- kreatiniinisuhdetesti, joka voi antaa viitteitä tuloksesta. Mikäli tulos on positiivinen, diagnoosi tulee varmistaa yökeräyksellä. (Vauhkonen & Holmström 2012, 383.) On myös mahdollista, että munuaisten toiminta heikentyy diabeetikoilla, vaikka albumiinin erityys virtsaan olisi normaali. Tämän vuoksi on hyödyllistä tehdä arvio hiussuonikerästen eli glomerulusten suodatusnopeudesta (GFR) vuoden välein. (Käypä hoito 2007.)

Diabeettisen nefropatian riskitekijöitä ovat huono verensokerin tasapaino, kohonnut verenpaine ja tupakointi. Myös perinnölliset tekijät voivat vaikuttaa diabeettisen nefropatian syntymiseen. (Käypä hoito 2007.)

Ehkäisykeinot diabeettiselle nefropatialle ovat verensokeritason pitäminen normaalina, kohonneen verenpaineen hoito ja elämäntapamuutokset. Elämäntapamuutoksissa tärkeänä osana ovat tupakoimattomuus sekä terveellinen ravinto. Terveellisellä ravinnolla ehkäistään valtimotaudin, ateroskleroosin syntymistä ja kolesterolilääkitystä käytetään tarvittaessa. (Mustajoki 2017.) Verenpainetavoite on diabeetikoilla alle 130/80 mmHg ja 125/75 mmHg, jos albumiinia erittyy virtsaan yli 1 g/vrk. Merkittävin lääkitys diabeettiseen nefropatiaan ja sen ehkäisyyn on ACE:n estäjät ja angiotensiinireseptorin salpaajat. (Käypä hoito 2007.)

2.1.2 Munuaisten monirakkulatauti

Munuaisten monirakkulatauti (ADKPD) on yleisin geneettinen munuaissairaus. Sitä sairastaa maailmanlaajuisesti neljästä seitsemään miljoonaan ihmistä. Globaalisti munuaisten monirakkulatautia sairastavista 7-15 prosenttia on aktiivihoidossa. (Akoh 2015.) Suomessa munuaisten monirakkulatauti on neljänneksi yleisin syy joutua aktiivihoidon (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 12). Puolet tautia sairastavista siirtyy aktiivihoidon jo 60 ikävuoteen mennessä (Lumiaho 2011).

Taudissa potilaan molempiin munuaisiin tulee nestemäisiä rakkuloita sekä niiden toiminta heikkenee (Lumiaho 2011). Rakkulat alkavat kehittyä jo sikiöaikana ja ne lisääntyvät sekä suurenevat kohti aikuisikää mentäessä (Alahuhta ym. 2008, 53). Sairastuneilla voidaan havaita myös aivoaneurysmia, verenpainetautia, sydämen läppävikoja sekä vasemman kammion hypertrofiaa (Lumiaho, 2011). On myös mahdollista, että rakkuloita löytyy munuaisten lisäksi muista elimistä kuten haimasta, maksasta, munasarjoista sekä kiveksistä (Akoh 2015; Alahuhta ym. 2008, 54).

85-90%:ssa tapauksista munuaisten monirakkulatauti syntyy PKD1-mutaation seurauksena. Loput 10-15 % tulevat PKD2-geenin mutaatiosta. (Akoh 2015.) Tavallisesti tauti

on lievempi, kun mutaatio sijaitsee PKD2-geenissä. Puolestaan sairauden nopeaa etenemistä enteilee mutaatio PKD1-geenissä, miessukupuoli, nuori ikä taudin toteamisvaiheessa, verenpainetauti sekä munuaisten suuri koko. (Alahuhta ym. 2008, 54.) Munuaisten monirakkulatauti ei ole este lasten hankkimiselle, vaikka sairaus on periytyvä. Sairaudella ei yleensä ole vaikutusta raskauden etenemiseen. Munuaisten monirakkulataudin voi saada myös ilman vanhemmilta saatua perimää, koska osalle sairastuneista geenivirhe syntyy itsestään. (Munuais- ja maksaliitto ry 2016, 5.)

Munuaisten monirakkulataudin diagnosoinnissa ovat osana ultraäänitutkimukset, tietokonekerroskuvaukset sekä magneettikuvaukset (Gradzik, Niemczyk, Golebiowski, & Paczek, 2016). Ultraäänitutkimuksilla voidaan havaita yli 10 mm kokoiset rakkulat munuaisissa. Tietokonekerroskuvauksilla ja magneettikuvauksissa, voidaan nähdä pienemmät, yli 2 mm kokoiset rakkulat, mutta niiden toteuttaminen on kalliimpaa. (Lumiaho 2011.) Taudin perinnöllisen luonteen vuoksi suurin osa potilaista tietää, että tautia on esiintynyt heidän suvussaan aiemmin (Alahuhta ym. 2008, 54). Taudin diagnostiikka ei ole vaikeaa, silloin kun sitä esiintyy suvussa (Lumiaho 2011).

Oireina munuaisten monirakkulataudissa ovat verenpaineen nousu ja munuaisten koosta sekä rakkuloista johtuvat vaivat (Alahuhta ym. 2008, 54). Munuaisten koko kasvaa rakkuloiden lisääntyessä, jolloin ne aiheuttavat vatsalle täyttymisen tunnetta ja kipua (Alahuhta ym. 2008, 54). Rakkuloiden puhjetessa voi ilmaantua verivirtsaisuutta, sekä ne voivat tulehtua. Virtsatieinfektiot ja munuaiskivet ovat myös yleisiä sairastaneilla. Muita oireita voi ilmetä rakkuloiden levitessä muihin elimiin. (Munuais- ja maksaliitto ry 2016, 7.)

Parantavaa hoitoa munuaisten monirakkulatautiin ei ole. Tautiin liittyvää verenpaineen nousua hoidetaan lääkkeellisesti sekä elintavoilla, jotta välttyttäisiin liitännäissairauksilta, kuten aivoaneyrystyiltä. (Alahuhta ym. 2008, 54.) Verenpainetta hoidetaan ensisijaisesti ACE-estäjillä ja angiotensiinireseptorin salpaajilla (Lumiaho 2011). Rakkuloiden tyhjentämisellä voi olla vaikutusta koettuun kipuun. Sairaus etenee munuaisten vajaatoimintaan, sekä sen aktiivihoitoihin. (Munuais- ja maksaliitto ry 2016, 8.)

2.1.3 Glomerulonefriitti

Glomerulonefriitit ovat tulehduksellisia munuaissairauksia, joissa munuaiskerästen rakenne ja toiminta on muuttunut (Munuais- ja maksaliitto n.d b). Suomessa glomerulonefriitit ovat kolmanneksi yleisin syy siirtyä aktiivihoidoihin (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 12). Munuaiskeränen on osa nefronia, joissa virtsaa muodostuu ja sen mukana elimistöstä poistuu kuona-aineita (Alahuhta ym. 2008, 16-17). Munuaiskerästen muuttunut toiminta voi näkyä esimerkiksi lisääntyneenä läpäisevyytenä sekä munuaiskerästen suodattamisen heikkenemisenä (Pasternack 2012, 245; Aaltonen 2016). Tulehdukselliset munuaissairaudet ovat yleensä immunologisia sairauksia, jotka johtuvat elimistön reaktiosta sisäisiä ja ulkoisia taudinaiheuttajia vastaan. Glomerulonefriitteihin voi liittyä myös muita systeemisiä sairauksia, kuten vaskuliitteja. (Alahuhta ym. 2008, 50.) Glomerulonefriitit jaotellaan kliinisen oireyhtymän mukaan, joita ovat esimerkiksi nefriittinen taudinkuva, nopeasti etenevä glomerulonefriitti, nefroottinen oireyhtymä sekä oireeton hematuria ja/tai proteinuria. Diagnoosi tehdään yleensä munuaisbiopsialla, jolloin saadaan selville kliinisen oireyhtymän tyyppi. (Aaltonen 2016.)

Glomerulonefriitit voivat olla nopeasti eteneviä, johtaen akuuttiin munuaisten vajaatoimintaan tai lieväoireisia ja kroonistuvia (Alahuhta ym. 2008, 50). Hoitamattomana glomerulonefriitit johtavat krooniseen munuaisten vajaatoimintaan ja sen aktiivihoidon. Yleistä kaikissa glomerulonefriiteissä on näkyvä verenpaineen nousu ja turvotukset, mutta sairaus voi olla myös oireeton. (Aaltonen 2016.) Hematuriaa ja proteinuriaa ilmenee useassa eri oireyhtymässä (Alahuhta ym. 2008, 50). Muutoin taudinkuva voi olla vaihteleva riippuen oireyhtymästä (Aaltonen 2016).

Glomerulonefriittejä hoidetaan verenpaineennousun ehkäisyllä, sekä oireyhtymän mukaan yleensä glukokortikoidihoidolla. Turvotuksia ehkäistään suolarajoituksilla sekä nesteenpoistolääkityksellä. (Aaltonen 2016.)

2.1.4 Iskeeminen nefropatia

Iskeemisellä nefropatialla tarkoitetaan tilaa, jossa munuaisten vajaatoiminta on syntynyt ikääntymisen sekä ateroskleroosin myötä (Mustonen & Wirta 2006, 208; Alahuhta ym.

2008, 57). Noin 10-15 prosenttia dialyysihoidossa kävijöistä sairastaa iskeemistä nefropatiaa (Mustonen & Wirta 2006, 208). Choncholin ja Linasin (2006, 179) tekemän tutkimuskatsauksen mukaan iskeeminen nefropatia tulee edelleen lisääntymään väestön ikääntyessä.

Iskeemisessä nefropatiassa ateroskleroosin aiheuttama ahtauma sijaitsee tavallisesti munuaisvaltimoissa tai niiden suurissa haaroissa. Tämän johdosta munuaisten verenkierto häiriintyy ja munuaiskerästen suodatusnopeus pienenee. (Mustonen & Wirta 2006, 208.) Usein näillä potilailla on monia riskitekijöitä valtimonkovettumatautiin kuten verenpaineauti, korkea ikä, diabetes, rasva-aineenvaihdunnan häiriö sekä tupakointi (Alahuhta ym. 2008, 57).

Diagnosointi aloitetaan kliinisellä epäilyllä. Potilaalta tulee löytyä yksi tai useampi kliininen löydös, mikä antaa syyn epäillä iskeemistä nefropatiaa. Kliinisiä löydöksiä ovat korkea verenpaine ja erilaiset poikkeavat munuaislöydökset. Näiden lisäksi muita löydöksiä voivat olla valtimoiden suhinat, vaikea hypertensiivinen retinopatia, tiedossa oleva valtimonkovettumatauti ja selittämätön sydämen vajaatoiminta. (Mustonen & Wirta 2006, 209-210.) Tämän jälkeen varsinainen diagnosointi tehdään kuvantamistutkimusten avulla. Kuvantamistutkimuksissa mitataan molempien munuaisten kokoa, munuaiskudoksen ohentumista sekä niiden verenkierron muutoksia. (Chonchol & Linas 2006, 175-176.)

Kuvantamistutkimuksissa ensimmäisenä käytetään dopplerkaikututkimusta. Sillä voidaan osoittaa munuaisten tois- tai molemminpuolinen kutistuminen, munuaiskudoksen ohentuminen sekä verenkierron muutoksia munuaisten päävaltimoissa sekä niiden suurimmissa haaroissa. (Chonchol & Linas 2006, 176.) Sen jälkeen voidaan käyttää magneettiangiografiaa, tietokoneangiografiaa sekä isotooppitutkimuksia lisäselvityksiin (Mustonen & Wirta 2006, 210). Diagnoosi- tai hoitovaiheessa on käytössä tavanomainen angiografia, joka lopulta vahvistaa ahtauman vaikeusasteen (Chonchol & Linas 2006, 177; Mustonen & Wirta 2006, 211).

Iskeeminen nefropatia voi aiheuttaa verenpaineen nousua sekä sydämen vajaatoimintaa. Näitä oireyhtymiä hoidetaan yleisten hoito-ohjeiden mukaisesti. (Alahuhta ym. 2008, 58.) Mustonen & Wirta (2006) toteavat, että iskeemisen nefropatian hoidossa usein pelkkä seuranta ja ateroskleroosin vaaratekijöiden hoito on riittävää. Vaaratekijöiden hoidossa

otetaan huomioon asiakkaan korkean verenpaineen, hyperlipidemian sekä diabeteksen riittävä hoito sekä vältetään tupakoimista. Jos munuaisvaltimon ahtauma on huomattava ovat hoitovaihtoehdot lääkitys sekä revaskularisaatio pallolaajennuksella ja mahdollisesti stentillä tai leikkauksella. Korkeaa verenpainetta voidaan hoitaa ACE:n estäjillä tai angiotensiinireseptorin salpaajilla. (Mustonen & Wirta 2006, 211-212.)

2.2 Hemodialyysi

Hemodialyysillä tarkoitetaan veren puhdistamista kuona-aineista ja ylimääräisestä nesteestä (Munuais- ja maksaliitto n.d d). Sillä korjataan elimistön kalsium-fosfori, kalium- sekä happo-emästasapainoa (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 15). Hemodialyysihoito lievittää munuaisten vajaatoiminnan oireita, joita ovat esimerkiksi turvotus, hengenahdistus ja iho-oireet (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 8). Näiden lisäksi hoidolla voidaan ehkäistä lisäsairauksien syntymistä sekä pitää asiakkaan elämänlaatu suotuisana (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 15). Hemodialyysin avulla tapahtuva veren puhdistus vaatii erillisen veritien, jotta hoitoa voidaan toteuttaa (Alahuhta ym. 2008, 77).

Hemodialyysiasiakkaan verta kierrätetään dialyysilaitteen avulla dialyssaattorin, filtterin läpi. Dialyssaattori jaetaan kahteen eri tilaan, jotka on erotettu puoliläpäisevällä kalvolla. Puoliläpäisevän kalvon toisella puolella on dialyysineste ja toisella puolella asiakkaan veri, jotka kiertävät vastakkaisiin suuntiin dialyssaattorissa. Asiakkaan veressä olevat kuona-aineet siirtyvät filtterin avulla dialyysinesteeseen, jolloin veri puhdistuu. (Munuais- ja maksaliitto n.d d.) Tätä ilmiötä kutsutaan diffuusioksi. Diffuusiassa pitoisuudet pyrkivät tasoittumaan väkevämmästä konsentraatiosta miedompaan. (Alahuhta ym. 2008, 76.)

Asiakkaille määritellään dialyysin jälkeinen kuivapainotavoite. Sen perusteella hemodialyysiasiakkaalle määritellään yksilöllisesti nesteenpoistomäärä hoidon alussa, jotta tähän tavoitteeseen päästään. Määrä riippuu siitä, kuinka paljon asiakkaalle on tullut lisää painoa hoitojen välissä. Nesteenpoistoa kutsutaan ultrafiltraatioksi. (Munuais- ja maksaliitto n.d d.) Ultrafiltraatiossa asiakkaan ylimääräinen vesi siirtyy puoliläpäisevän kalvon läpi dialyysinesteeseen paine-erojen seurauksena (Vauhkonen & Holmström 2012, 468).

Hemodialyysihoidoa toteutetaan keskimäärin kolmena päivänä viikossa. Sen kesto on asiakkaasta riippuen 4-5 tuntia. (Munuais- ja maksaliitto n.d.d.) Hoitojen alussa hemodialyysia voidaan tarvita päivittäin (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 22). Hemodialyysi toteutuu useimmiten sairaaloiden dialyysiyksiköissä, jossa sitä voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla; kokonaan itse, osittain avustettuna tai sairaanhoitajan tekemänä. Pyrkimyksenä on tukea asiakkaan omatoimisuutta, jotta hän pystyy toteuttamaan mahdollisimman itsenäisesti omaa hemodialyysihoidoa. (Kuopion yliopistollinen sairaala 2015.) Hemodialyysia on myös mahdollista toteuttaa kotidialyysinä (Munuais- ja maksaliitto n.d.d.).

2.2.1 Veritiet

Hemodialyysihoidon toteuttamiseen tarvitaan veritie, joka voi olla AV-fisteli, grafti eli keinosuoni tai keskuslaskimokatetri. Veritie suunnitellaan ja rakennetaan kirurgisesti ennen hoitojen aloitusta. (Alahuhta ym. 2008, 77-80.)

AV- fisteli

AV-fistelin tekeminen suoritetaan pienellä päiväkirurgisella verisuonileikkauksella, joka tehdään puudutuksessa. Toimenpiteessä verisuonikirurgi yhdistää kaksi suonta; valtimon eli arteria ja laskimon eli vena, joista tulee nimi AV- fisteli. (Alahuhta ym. 2008, 77; Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 21.) Tavallisimmin suonet yhdistetään yleensä ranteen tai kyynärtaipeen alueelta (Vaasan keskussairaala 2015). Suonien yhdistämisen jälkeen valtimoveri kulkeutuu laskimosuoniin ja valtimoverenpaine laajentaa laskimosuonia. Tällöin hemodialyysilaitteen vaatima verenvirtaus kasvaa. Verenvirtauksen kasvu helpottaa dialyysineulojen pistämistä asiakkaan suoneen. (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 21.) AV-fisteli tulisi tehdä heikompaan käteen, jolloin dominoiva käsi säästyy ja hemodialyysiasiakas pystyy elämään mahdollisimman normaalia elämää. AV-fisteliä pidetään turvallisimpana vaihtoehtona, koska infektoituminen on vähäisempää ja niiden tukkeutumisen riski on pienempi verrattuna muihin veriteihin. (Alahuhta ym. 2008, 77-78.)

Leikkauksen jälkeen fistelin tulee kehittyä ja se on käyttövalmis kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Leikkauksen jälkeen fistelin tarkkailu on tärkeää. Fistelistä tulee kuulua trilli eli suhina. Jos trilli ei kuulu tai se heikentyy, asiakkaan tulee olla yhteydessä hoitavaan tahoon. (Alahuhta ym. 2008, 78.) Kädestä johon on asetettu AV-fisteli ei saa ottaa verenpainetta, verinäytteitä tai laittaa kanyyliä (Tertti 2017; Vaasan keskussairaala 2015).

AV-grafti

AV-grafti eli keinosuoni voidaan asentaa kirurgisesti hemodialyysiasiakkaalle, jos AV-fisteliä ei saada rakennettua (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 21). AV-grafti on keino-materiaalista valmistettu putki, jonka toinen pää yhdistetään laskimoon ja toinen valtimoon (Alahuhta ym. 2008, 79; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2014). Toimenpide tehdään poliklinikalla tai sairaalassa. Yleensä toimenpiteen jälkeen asiakas voi kotiutua samana päivänä. AV-graftia voidaan käyttää 2-3 viikon kulluttua leikkauksesta. AV-grafti on alttiimpi infektioille ja tukoksille kuin AV-fisteli, mutta hyvin hoidettu grafti voi toimia monia vuosia. (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2014.)

Tunneloitu dialyysikatetri

Pitkäaikaiset dialyysikatetrit ovat tunneloituja katetreja. Näitä käytetään hemodialyysiasiakkaille, joiden suonet eivät kestä AV- fisteliä tai graftia. Kirurgi asettaa katetrin sisemmästä solis- tai kaulalaskimosta, mieluiten asiakkaan oikealta puolelta. Katetrin ulostuloaukko on tällöin oikean puolen rinnan yläosassa. Jotta katetrin riittävästä virtauksesta voidaan varmistua, tulee sen pään sijaita sydämen oikeassa eteisessä. Dialyysikatetreja on monia erilaisia, joiden joukosta asiakkaalle valitaan sopivin. (Alahuhta ym. 2008, 80.)

Tunneloidun hemodialyysikatetrin ongelmakohtia ovat sen tukkeutuminen ja infektoituminen. Tukkeutumisen estämiseksi katetri tarvitsee lukkoaineen. Yleisimpänä lukkoaineena käytetään hepariinia. Hoidon alkaessa hepariini poistetaan katetrin lumenista aspiroimalla. (Alahuhta ym. 2008, 80; Kaakinen, Laurila, & Ala-Kokko, 2013.) Hemodialyysikatetri kiinnitetään ompeleilla ja se tulee pitää puhtaana (Alahuhta ym. 2008, 80).

Väliaikainen dialyysikatetri

Väliaikaista dialyysikatetria käytetään silloin, jos hoidon tarve on äkillinen tai tiedetään, että asiakas ei tarvitse pitkäaikaista hoitoa. Väliaikaisen katetrin käyttöikä on alle yksi kuukausi ja se on herkkä infektioille. Väliaikaisen katetrin asennus on toimenpiteenä helppompi ja nopeampi, kuin tunneloidun katetrin. Väliaikainen katetri asennetaan kaulan alueen verisuoniin. (Alahuhta ym. 2008, 81.)

2.2.2 Hoidon toteutus

Itsenäisen hemodialyysihoidon toteuttaminen on mahdollista ja toivottavaa. Ikä ei ole esteenä itsenäisen hemodialyysihoidon toteuttamiselle, jos asiakas on muuten siihen kykeneväinen. On myös mahdollista, että asiakas tekee osan hoidosta itse ja dialyysihoitaja tekee ne hoidon vaiheet, joita asiakas ei mahdollisesti itse pysty toteuttamaan. On todettu, että asiakkaiden osallistuminen oman hoidon toteutukseen on myönteistä heidän kannaltaan. (Honkanen & Ekstrand 2006.) Dialyysihoitajan kannustus ja ohjaus ovat erityisen tärkeitä itsenäisen hemodialyysin toteutuksessa. Omahoitoon kannustaminen ja motivointi parantavat asiakkaan omia voimavaroja, hänen toimiessaan itse itsensä hoitajana. (Kuohula 2008, 44.)

Lääkäri tekee asiakkaalle määräykset hemodialyysihoidon toteuttamisesta. Määräyksistä ilmenee hoidon kesto, ulko- sekä korvausnesteen laatu ja määrä ja hyytymisenestolääkitys. Näiden lisäksi määräyksistä käy ilmi veren virtausnopeus sekä kuinka paljon nestettä halutaan poistaa, jotta saavutetaan kuivapainotavoite. (Mikonsaari, Kokki & Salakari 2017.)

Hoidon aloitus

Hoitoon saapuessa asiakas pesee ja desinfioi kädet huolellisesti, käy vaa'alla ja mittaa verenpaineen. Tämän jälkeen asiakas kirjaa tiedot ylös, koska hoito toteutetaan senhetkisten tarpeiden mukaan. Asiakas kerää hoitoon tarvittavat välineet omalle paikalleen ja asettaa koneen käyttökuntoon itsenäisesti tai hoitajan avustuksella. (Alahuhta ym. 2008, 82-83.) Eri merkkisillä hemodialyysikoneilla on erilaiset kokoamis- ja käyttöohjeet (Mikonsaari, Kokki & Salakari 2017). Tämän jälkeen koneeseen asetetaan hoitoarvot (Alahuhta ym. 2008, 82).

Asiakas puhdistaa fistelin pistoskohdat 70-prosenttisella alkoholiliuoksella ja raaputtaa vanhat ruvet pistoskohdista pois steriileillä injektioneuloilla. Tämän jälkeen pistoskohta puhdistetaan uudelleen. (Alahuhta ym. 2008, 83.) Kanyylit pistetään pistoskohtiin ja liitetään dialyysikoneen letkustoon (Munuais- ja maksaliitto n.d d). Kanyyleita pistetään kaksi; arteriakanyylin kautta veri ohjautuu asiakkaasta dialyysikoneeseen ja venakanyylin kautta puhdistettu veri palautetaan asiakkaaseen (Alahuhta ym. 2008, 83).

Hoidon aikana

Hoidon aikana asiakkaan tulee seurata omaa vointia. Hoito saattaa aiheuttaa verenpaineen laskua, päänsärkyä, pahoinvointia sekä lihaskrampeja. Näitä oireita pyritään ehkäisemään sekä hoitamaan hoidon aikana. (Munuais- ja maksaliitto n.d d.) Hemodialyysihoidon aikana asiakas voi esimerkiksi katsella televisiota, lukea kirjoja tai nukkua. Osassa hemodialyysyksiköissä järjestetään ohjattua vuodejumbppaa asiakkaille. (Alahuhta ym. 2008, 83.) Asiakkaille tarjotaan usein lounas dialyysyksikössä ennen hoitoa tai sen jälkeen (Kuopion yliopistollinen sairaala 2015).

Hoidon lopetus

Kun hoito on saatu päätökseen asiakas poistaa kanyylit. Arteriakanyyli tulee poistaa ensimmäiseksi. Tämän jälkeen puhdistunut veri palautetaan venakanyyliä pitkin takaisin verenkiertoon. (Weselius & Hartman 2009.) Kun kanyylit on poistettu, asiakas painaa pistospaikkoja puhtailla taitoksilla 5-10 minuutin ajan, jotta verenvuoto tyrehtyy. Hoidon onnistumisen mittareina ovat asiakkaan oma vointi ja saavutettu kuivapainotavoite. Tämän lisäksi verenpaineen tulee olla normaalirajoissa. Dialyysikone puhdistetaan ja desinfioidaan laitevalmistajan ohjeiden mukaisesti. (Alahuhta ym. 2008. 83, 89.)

3 ASIAKKAAN ELÄMÄNTAPAOHJAUS

Tässä osiossa esittelemme munuaisten vajaatoimintaa sairastavan asiakkaan elämäntapoihin liittyviä erityishuomioita. Näitä ovat ravitsemus, liikunta sekä lääkehoito. Käsittelemme myös sosiaaliturvaan liittyviä etuuksia sekä elämänlaatua sairauden ja hoitojen aikana.

Asiakkaan ohjaaminen on opinnäytetyössä keskeisessä osassa, koska työ on toteutettu asiakkaiden näkökulmasta. Valitsimme asiakkaiden ohjaamisen tavaksi video- ja tekstimateriaalin. Video-ohjaus on nykyaikainen ohjauksen muoto. Internet-sivusto tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden perehtyä itsenäisesti oman sairauden hoitoon ajasta ja paikasta riippumatta.

3.1 Asiakkaan ohjaus

Ohjaukselle on olemassa monia eri määritelmiä. Se voidaan määritellä muun muassa asiakkaan johdatukseksi johonkin tai hänen toimintaansa vaikuttamiseksi. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Ohjauksen tavoitteena on tukea ja motivoida asiakasta hoidon sekä tähän liittyvien ongelmien hallinnassa. Ohjauksen onnistuessa, sillä on vaikutusta asiakkaan voimaantumiseen, itseohjautuvuuteen, elämänlaatuun, kuntoutumiseen sekä hoitojen kliinisiin tuloksiin. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

Ohjaus on osa hoitotyön ammatillista toimintaa, hoito- ja oppimisprosessia (Sairaanhoitajat 2014). Asiakkaan ohjauksessa henkilö saa tietoa, neuvoja sekä ohjeita hoitoonsa liittyen. Näiden avulla hän oppii, pohtii sekä arvioi omaa tilannettaan. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.) On todettu, että video-ohjaus sopii hyvin hoitotyöhön vuorovaikutteisen luonteensa vuoksi. Sen on myös todettu auttavan voimavarojen tunnistamista. (Häggman-Laitila, Pietilä, Seppänen & Vehviläinen-Julkunen 2007, 15.)

Videoilla on todettu olevan paljon asiakkaiden oppimiseen liittyviä hyötyjä. Asiakkailta on mahdollisuus toistaa videoita uudestaan ja katsoa niitä silloin kun itselleen sopii. (Surround Health 2013.) Lisäksi niiden avulla voidaan esitellä kokemuksia, paikkoja, ohjeita

sekä tilanteita (Kyngäs ym. 2007, 122). Erityisesti video-ohjaus hyödyttää asiakkaita, joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia tai heitä jotka tulevat eri kulttuureista ja yhteistä kieltä ei ole (Surround Health 2013; Kyngäs ym. 2007, 122).

Nykyään monet sairaalat ja muut terveydenhuollon yksiköt kannustavat asiakkaita käyttämään mobiililaitteita kuten iPadeja sekä älypuhelimia, joilla heidän on helppo toistaa videoita (Surround Health 2013). Videoiden käyttö on taloudellista (Kyngäs ym. 2007, 122). Ne voivat myös lopulta tulla esitteitä halvemmaksi. Videoiden tekeminen maksaa, mutta lopulta useiden katsomiskertojen jälkeen kustannukset ovat pienemmät kuin ohjevihkojen tulostaminen. Videoilla voidaan myös luoda johdonmukaiset ja kattavat ohjeet asiakkaalle, vastaanotolla helposti unohtuu kertoa tai kysyä jotakin. (Surround Health 2013.)

Videomateriaalilla voidaan lisätä oppimista, joka taas lisää hemodialyysissä asiakkaan omatoimisuutta (Kuopion yliopistollinen sairaala 2015). Omatoimisuuden lisääntyessä asiakas voi itse suunnitella sekä toteuttaa hemodialyysihoitoaan. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on mahdollista toteuttaa itsenäisesti hemodialyysiä Oma-Hemossa. Tällöin asiakas tekee ajanvarauksen sähköisesti sekä suunnittelee, toteuttaa, arvioi ja kirjaa hoitoaan. Tällöin asiakas saa valita hemodialyysille sopivan ajankohdan, mikä lisää hoitoon sitoutumista. Ajankäytön helpottuessa ja vastuun lisääntyessä omasta hoidostaan myös asiakkaan elämänlaatu paranee. (Järvinen 2016.) Itsenäistä hemodialyysiä tehdessä sairaalassa dialyysiasiakkaalla on kuitenkin käytössä hoitajien tuki ja turva, jolla taataan hyvä potilasturvallisuus (Kuopion yliopistollinen sairaala 2015). Tämä hemodialyysin muoto siirtää tekemistä hoitajilta muualle, jolloin kustannustehokkuus paranee (Järvinen 2016).

3.1.1 Ravitseminen

Ravitsemushoito sekä ohjaus ovat tärkeä dialyysiasiakkaan hoitomenetelmä lääke- ja dialyysihoidon lisäksi (Alahuhta ym. 2008, 114). Hemodialyysiasiakkaan täytyy tehdä ruokavaliossaan sekä ruoka-aineiden lisäyksiä, että rajoituksia. Asiakkaan on tärkeää huolehtia riittävästä energian sekä proteiinien saannista. Hemodialyysihoidon aikana elimistöstä ei poistu tarpeeksi nestettä, kaliumia ja fosforia, tämän vuoksi asiakas tarvitsee näiden ruoka-aineiden rajoituksia. (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 24.)

Onnistuneen ravitsemustilan saavuttaminen tukee fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista hyvinvointia (Alahuhta ym. 2008, 114). Ravitsemushoidon päämääränä on hyvän voinnin ja ravitsemustilan ylläpito, oman ravitsemuksen hallinta ja sairaudesta johtuvien oireiden vähentäminen (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 23). Ruokavaliorajoitukset ovatkin iso osa asiakkaan elämää. Erään tutkimuksen mukaan asiakkaan voinnin lisäksi, hänen toivonsa sairauden suhteen paranee, kun ruokavaliomuutoksissa onnistutaan. Konkreettisesti vointi voi parantua esimerkiksi hengityksen helpottumisella, kun ylimääräinen neste poistuu kehosta. (Kuohula 2008, 18.)

Energia

Hemodialyysiasiakkaan täytyy huolehtia riittävästä energian saannista (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 145). Kun asiakas saa riittävästi energiaa, se esimerkiksi turvaa hyvän proteiiniravitsemuksen eikä ravinnon tai elimistön proteiineja ei tarvitse muuttaa aiheettomasti energianlähteiksi (Munuais- ja maksaliitto ry 2009, 10). Suositus saatavalle energialle on 30–35 kcal/kg/vrk. Tämä silloin, kun asiakkaan painoindeksi on 22–24. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 145.) Painona käytetään asiakkaan hemodialyysin jälkeistä kuivapainoa (Munuais- ja maksaliitto ry 2009, 10). Monien hemodialyysiasiakkaiden ruokahalu voi olla huono (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Jos energiamäärä ei ole riittävä, asiakas voi lisätä sitä sokeilla, rasvalla, kasvikermalla sekä kermankaltaisilla kaura- ja soijavalmisteilla. Mikäli taas asiakkaan on tarvetta laihtuttaa, se täytyy toteuttaa maltillisesti, ravintoterapeutin ohjauksen alla. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 145–156.) Maltillisella laihtuoksella tarkoitetaan enintään 0.5-1 kg pudotusvauhtia viikossa (Alahuhta ym. 2008, 117).

Proteiini

Hemodialyysihoidossa olevan asiakkaan elimistön proteiinin tarve on suurentunut. Eräs tärkeimmistä, huolehdittavista asioista on proteiinin riittävä ja laadukas saanti. Hemodialyysin aikana asiakas menettää proteiinia dialyysinesteeseen. Tämän lisäksi kudospoteiinin hajoaminen on kiihtynyt. Tällöin asiakkaan täytyy saavuttaa tila, jossa kudoksia rakentuu enemmän kuin hajoaa. (Alahuhta ym. 2008, 117–118.) Jotta positiivinen typpitasapaino saavutetaan, hemodialyysin aikana proteiinin saantisuositus on 1-1.2 g/kg/vrk (Munuais- ja maksaliitto ry 2009, 15). Hyviä proteiinin lähteitä hemodialyysiasiakkaalle ovat esimerkiksi liha, kala, broileri, liha- ja kalaleikkelet, munanvalkuainen, raejuusto ja tarvittaessa täydennysravintovalmisteet (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 146). Asiakkaan tulisi välttää prosessoituja lihatuotteita, sillä ne sisältävät tarpeetonta

natriumia sekä fosforia (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 2016).

Fosfori

Munuaisten vajaatoiminnan edetessä elimistöön alkaa kerääntyä fosforia (Alahuhta ym. 2008, 119). Hemodialyysiasiakkaan fosforin saanti tulisi olla enintään 800–1000 milligrammaa vuorokaudessa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 146). Yleensä siinä vaiheessa, kun asiakkaan fosforin saamista aletaan rajoittaa, aloitetaan myös fosforia sitovan lääkityksen käyttö (Alahuhta ym. 2008, 120). Fosforia pitävät runsaasti sisällään maitovalmisteet, liha, kala, kanamuna sekä palkokasvit. Tämän lisäksi sitä on fosfaatin muodossa eräissä lisäaineissa E338-343 ja E450-452. (Alahuhta ym. 2008, 119.)

Erään tutkimuksen mukaan suuri määrä fosforia ruokavaliossa lisää jopa kuolleisuuden riskiä hemodialyysiasiakkaiden keskuudessa. Tämän lisäksi fosforin suuri määrä proteiinin saantiin nähden ruuassa lisää myös kuolleisuuden riskiä. (Noori, Kalantar-Zadeh, Kovesdy, Bross, Benner & Kopple 2010.)

Kalium

Kaliumilla on elimistössä monia tehtäviä. Näitä ovat neste- ja suolatasapainon sekä happo- emästatapainon säätely, proteiini- ja hiilihydraattiaineenvaihdunta, hermoimpulsien siirto ja lihasten supistuminen. (Alahuhta ym. 2008, 120.)

Munuaisten vajaatoimintaa sairastavalla henkilöllä veren kaliumpitoisuus pyrkii nousemaan liian korkeaksi, jonka takia hemodialyysiasiakkaan täytyisi rajata kaliumin saanti 2000–2500 mg/vrk (Munuais- ja maksaliitto ry 2009, 22; Alahuhta ym. 2008, 121). Liiallinen kaliumin saanti voi vaikuttaa asiakkaan sydämen sykkeeseen ja pahimmassa tapauksessa aiheuttaa kuoleman (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Kaliumia löytyy melkein kaikista ruoka-aineista. Varsinkin peruna, kasvikset, marjat, hedelmät, liha, kala ja nestemäiset maitovalmisteet sisältävät runsaasti kaliumia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 146.) Kasvien, marjojen sekä hedelmien kaliumpitoisuutta on mahdollista vähentää keittämällä (Alahuhta ym. 2008, 121). Vähän kaliumia sisältäviä tuotteita puolestaan ovat metsämarjat, säilyke- ja pakastetuotteet sekä vaaleat viljatuotteet. Hemodialyysiasiakkaan kannattaa suosia kahvin sijasta teetä ja perunan korvikkeeksi riisiä tai pastaa. (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 24.)

Neste- ja suolarajoitus

Hemodialyysiasiakkaan virtsaneritys vähenee, joten nesterajoitus on välttämätön (Alahuhta ym. 2008, 122). Ylimääräinen neste kehossa voi aiheuttaa muun muassa turvotusta ja painon nousua hemodialyysihoitojen välissä, verenpaineen kohoamista, nesteen kerääntymistä keuhkoihin sekä asiakkaan sydän joutuu työskentelemään tavallista kovemmin. Tämän lisäksi liiallinen neste saattaa huonontaa hemodialyysin tehoa ja asiakkaalla voi myös ilmetä suonenvetoja sekä pahoinvointia. (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016.) Asiakkaan täytyy rajoittaa neste virtsan määrään + 500-700 ml nestettä. Neste määrään sisältyy ns. näkyvä neste eli paljon nestettä sisältävät ruuat ja juomat kuten kiisselit, vellit, jogurtit, keittojen liemet ja viilit. Tämän lisäksi todella runsas kasvien käyttö voi lisätä nesteen saantia, sillä ne sisältävät nestettä yli 80 prosenttia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 146-147; Alahuhta ym. 2008, 123.) Asiakas voi itsenäisesti seurata nesteiden saantia kirjaamalla saamansa nesteet ylös (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016).

Nesterajoituksen myötä suolarajoite on olennaista asiakkaalle, sillä suola sitoo elimistöön nestettä ja lisää turvotusta (Alahuhta ym. 2008, 123). Tämän lisäksi runsas suolan nauttaminen lisää janon tunnetta, jolloin asiakas voi saada tarpeeseensa nähden liikaa nestettä (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016). Suolan määrän olisi suositeltavaa olla alle 5 grammaa tai alle 2 grammaa natriumia per vuorokausi (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 24). Suolan määrää ruokavaliossa voidaan rajoittaa suosimalla vähäsuolaisia tai suolattomia elintarvikkeita ja korvata ruoanlaitossa suola mausteilla (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 147).

3.1.2 Lääkehoito

Monet lääkeaineet poistuvat joko kokonaan tai osittain elimistöstä munuaisten kautta. Munuaisten vajaatoiminnassa munuaiset eivät pysty poistamaan lääkeaineita elimistöstä. Silloin lääkeaineet alkavat kertyä elimistöön, jolloin niiden vaikutukset voimistuvat. (Saha & Mäkelä, 2014.) Toisaalta lääkeaineita myös poistuu elimistöstä hemodialyysihoidon aikana. Lääkehoitoa käytetään munuaisten vajaatoiminnan hoidossa, joten annokset ja antoajat täytyy arvioida huolellisesti, jotta lääkehoidosta saadaan tarvittava hyöty. (Pasternack 2012, 515, 517.) Lääkehoitoon voidaan tehdä muutoksia vaihtamalla lääkkeen kerta-annosta, annosväliä tai molempia yhtäaikaaisesti (Saha & Mäkelä 2014).

Munuaisten vajaatoimintaan liittyy usein verenpaineen nousu. Korkea verenpaine vaurioittaa munuaisia entisestään, joten yleensä tarvitaan lääkehoitoa alentamaan verenpainetta. (Saha & Mäkelä 2014.) Munuaispotilailla verenpaineen tavoitetaso on 130/80mmHg, tai jos proteinuriaa yli 1g vuorokaudessa on tavoitetaso 125/75mmHg. Ensisijaisesti käytetään ACE-estäjiä tai angiotensiinireseptorin salpaajia alentamaan verenpainetta. Nämä lääkkeaineet saattavat vaikuttaa hoidon alussa hoidettavan kreatiniiniarvoihin sekä veren kaliumpitoisuuteen, joita seurataan laboratoriotutkimuksilla. (Pasternack 2012, 542-543.) Diureetteja voidaan käyttää myös alentamaan verenpainetta sekä poistamaan ylimääräistä nestettä elimistöstä. Diureeteista furosemidin teho säilyy pisimpään munuaisten vajaatoiminnassa. (Saha & Mäkelä 2014.)

Särkylääkkeeksi munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle sopii parasetamoli, joka poistuu elimistöstä maksan kautta (Saha & Mäkelä 2014). Munuaisten vajaatoiminta aiheuttaa usein anemiaa, johtuen erytropoietiinin tuotannon vähenemisestä. Anemiaa hoidetaan antamalla erytropoietiinia (EPO) injektioina ihon alle tai laskimon sisäisesti. Hemoglobiinin tavoitetaso on 100-120g/l käytettäessä EPO:a. (Kaartinen 2016.) Munuaistautipotilailla huolehditaan myös riittävästä raudan saannista (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017).

Munuaisten vajaatoiminta voi aiheuttaa elimistöön happamuustilan eli asidoosin, koska munuaisten kyky erittää happoja on heikentynyt (Kaartinen 2016). Happamuustilan korjaamiseen voidaan käyttää kalsiumkarbonaattia tai -asetaattia sekä tarpeen vaatiessa bikarbonaattia. Näillä lääkkeillä voidaan myös korjata kalsium-fosfaattitasapainoa. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

3.1.3 Liikunta

Hemodialyysiasiakkaat saattavat usein kuvitella, että he eivät voi enää harrastaa liikuntaa, mutta tämä oletamus on päinvastainen (Davita n.d). Liikunnan säännöllisyys ja monipuolisuus auttavat hemodialyysiasiakkaan kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Fyysinen suorituskyky laskee 35-60 prosenttiin normaalista sekä hapenotto- ja keuhkoheikkyyttä.

nee huomattavasti ja nopeat lihassolut vähenevät. Tämän vuoksi on tärkeää, että hemodialyysiasiakas harrastaisi kohtuullisen rasittavaa liikuntaa. (Munuais- ja maksaliitto ry n.d, 7.)

Kestävyysliikunta parantaa lihasvoimaa ja fyysistä suorituskyykyä, lisäksi se myös parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa. Parhaimmat tulokset syntyvät asiakkaan säännöllisellä ja kohtuullisesti rasittavalla liikunnalla. (Munuais- ja maksaliitto ry n.d, 7.) Alussa asiakkaan kannattaa aloittaa liikunta rauhallisesti. Suositeltavaa olisi harrastaa liikuntaa 15-20 minuuttia päivässä kolmesti tai neljästi viikossa. (Davita n.d.) Fistelikäteen ei tule aiheuttaa painetta tai puristusta. Kun asiakas harrastaa liikuntaa dialyysikatetrin kanssa, uinti on kiellettyä ja liiallisia venytyksiä katetrin puolelle tulee välttää. (Munuais- ja maksaliitto ry n.d, 7.) Asiakkaan on tärkeää käydä lääkärin kanssa läpi mikä liikuntamuoto voisi olla hänelle sopivin (Davita n.d).

Hemodialyysissä on myös mahdollista harjoittaa liikuntaa esimerkiksi voimistelemalla kuminauhalla, käsipainolla tai erilaisilla kuntopyörillä hoidon aikana. Liikuntaa olisi tehokkainta harrastaa ensimmäisten tuntien aikana, jolloin olo on vielä virkeä. Myös verenpainetaso on usein hyvä hoidon alussa. Sykettä ja verenpainetta tulee seurata liikunnan aikana. Hemodialyysin aikana suoritettu liikunta tehostaa kuona-aineiden poistumista. (Munuais- ja maksaliitto n.d, 8.)

3.1.4 Sosiaaliturva

Hemodialyysiasiakkaat ovat oikeutettuja saamaan taloudellista tukea sairauden hoitoon. Näiden tukien on tarkoitus helpottaa asiakkaiden selviytymistä arjessa hemodialyysihoidon aikana. Näitä tukia saa muun muassa lääke- ja matkakuluihin, sekä hoitomaksuihin. (Munuais- ja maksaliitto n.d c.)

Sairauspäiväraha ja työkyvyttömyyseläke

Sairauspäiväraha korvaa asiakkaan ansion menetystä työkyvyttömyyden aikana. Saman sairauden perusteella sairauspäivärahaa voidaan maksaa 300 arkipäivältä. (Kela 2017 a.) Osasairauspäivärahalla voidaan tukea työhön paluuta pitkän sairausloman jälkeen. Tällöin töihin palataan osa-aikaisesti, jolloin ansiot vähenevät ja on mahdollisuus saada osa-

sairauspäivärahaa. Jos työkyvyttömyys jatkuu yli 300 arkipäivän jälkeen, siirrytään työkyvyttömyyseläkkeeseen. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää asiakkaalle toistaiseksi tai osaeläkkeenä. (Alahuhta ym. 2008, 168-169.)

Lääkekorvaus

Suomessa Kela voi korvata osan lääkkeiden, perusvoiteiden ja kliinisten ravintovalmisteiden kuluista, jotka lääkäri on määrännyt reseptillä sairauden hoitoon. Korvauksen saa apteekkeista esittämällä Kela-kortin. (Munuais- ja maksaliitto n.d c.) Korvausta voi saada ainoastaan lääkkeiden hintalautakunnan hyväksymistä lääkkeitä. Korvauksien määrä riippuu lääkkeen korvausluokasta. Korvausluokkia on kolme, jotka ovat peruskorvaus 40%, alempi erityiskorvaus 65 % sekä ylempi erityiskorvaus 100%. (Kela 2017 b.)

Vuoden 2017 alusta lähtien korvauksen saa vasta kun on maksanut lääkkeitä vuosittaisen 50€ omavastuun. Tämän jälkeen korvaus vähennetään apteekissa suoraan lääkkeen hinnasta. Lääkekulujen vuosittainen omavastuu on 605,13€, vuonna 2017. Jos vuosittainen omavastuu täyttyy, on oikeutettu lisäkorvaukseen. Tällöin asiakas maksaa korvattavasta lääkkeestä vain omavastuuosuuden, eli 2.5€/lääke. (Kela 2017 b.)

Matkakorvaus

”Kela korvaa osan julkiseen tai yksityiseen terveydenhuoltoon tehdyn matkan kustannuksista, kun matka on tehty sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi.” (Kela 2017 c). Hemodialyysihoidoissa käyminen kuuluu Kelan korvaamiin matkoihin. Kela korvaa yleensä matkakustannukset halvimman matkustustavan mukaan, mutta jos taksilla tai omalla autolla liikkuminen on terveydentilan vuoksi tarpeellista, on siitä mahdollista saada korvausta. Korvausta saa vain omavastuun ylittävältä osuudelta. (Munuais- ja maksaliitto n.d c.)

Matkakulujen omavastuuosuus on 300€ vuonna 2017, jonka jälkeen Kela korvaa terveydenhuoltoon liittyvät matkat kokonaan loppuvuoden ajan. Taksi tulee tilata keskitetystä tilausnumerosta, jotta se kerryttäisi vuosittaista matkakulujen omavastuuosuutta. Kela huolehtii omavastuuosuuksien vuosittaisesta täyttymisestä. Kun osuus täyttyy, lähettää Kela vuosiomavastuukortin asiakkaalle. Korttia näyttämällä matkustaminen on asiakkaalle maksutonta. (Kela 2017 c.)

Vammaistuki ja eläkkeensaajan hoitotuki

Kela tukee pitkäaikaissairaita erilaisilla vammaishoitotuilla, joita ovat alle 16-vuotiaan vammaistuki, 16-vuotta täyttäneen vammaistuki ja eläkettä saavan hoitotuki. Pitkäaikais-sairauden tulee aiheuttaa haittaa, erityiskustannuksia, toimintakyvyn laskua sekä avun ja ohjauksen tarvetta potilaalle, jotta hän olisi oikeutettu saamaan tukea. Tuki on verotonta ja tuen saajan varallisuus ei vaikuta sen määrään. Tuen tavoitteena on auttaa tuen saajaa jokapäiväisessä elämässä. (Kela 2017 d.)

Vammaistuki on jaettu kolmeen korvausluokkaan, jotka ovat perusvammaistuki, korotettu vammaistuki ja ylinvammaistuki (Kela 2017 d). Hemodialyysiasiakkaat ovat oikeutettuja korotettuun vammaistukeen heti hoitojen alkaessa (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 47). Eläkkeensaajan hoitotuki on jaettu kolmeen korvausluokkaan. Korvausluokat ovat perushoitotuki, korotettu hoitotuki ja ylin hoitotuki. (Kela 2017 e.) Hemodialyysiasiakkaat ovat oikeutettuja perushoitotukeen heti hoitojen alkaessa (Munuais- ja maksaliitto ry 2010, 47).

3.2 Elämänlaatu

Hemodialyysihoidon aloittaminen on elämää muuttava tapahtuma. Elliotin, Gessertin, Larsonin ja Russin (2013) tekemän tutkimuksen mukaan monet osallistujat kuvailivat dialyysihoidon muuttaneen heidän elämänsä totaalisesti. Osallistujien mukaan, he ovat hyvin sidoksissa hemodialyysihoidoissaan, mikä rajoittaa heidän elämänsä. (Elliot ym. 2013, 1500.) Dialyysihoidossa käydään kolmesti viikossa 4-5 tunnin hoitajaksoilla (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 145). Toisaalta, hemodialyysi on tehnyt asiakkaiden elämän jatkumisen mahdolliseksi pidempään, joten se voidaan kääntää myös positiiviseksi asiaksi (Elliot ym. 2013, 1500).

Kousoula, Lagou, Lena, Alikari, Theofilou ja Polikandrioti (2015) puolestaan totesivat tutkimuksessaan, että hemodialyysiasiakkaiden paremman elämänlaadun kanssa korreloivat korkeampi ikä, korkeampi koulutustaso, hyvä tiedonsaanti sairaudesta, läheiset ihmissuhteet, sairaudesta avoimesti kertominen muille sekä avun saaminen kotoa jokapäiväiseen elämään. Myös Kuohula (2008, 25, 71) totesi tutkimuksessaan, että toivon yllä-

pitämiseen hemodialyysihoidojen aikana auttavat läheiset ihmissuhteet. Hän myös havaitsi, että vertaissuhteet auttavat asiakasta. Vertaissuhteella tarkoitetaan tuen saamista joltain, kuka elää saman sairauden tai hoitojen kanssa.

Eräänä tärkeänä seikkana hemodialyysiasiakkaan jaksamista ja elämänlaatua voi pitää toivon ylläpitämistä. Sinikka Kuohula on tutkinut Pro gradu tutkielmassaan dialyysiasiakkaiden toivoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan toivo on dialyysiasiakkaan elämää kannatteleva voimavara. Se on positiivinen voimavara asiakkaiden elämässä, mutta toisaalta sen luonne on hyvin dynaaminen. Tällä tarkoitetaan jopa päivittäistä vaihtelua, joinain päivinä toivoa on enemmän, kun taas huonoina päivinä sitä on vähemmän. Dynaamisuuteen vaikuttaa myös asiakkaan ikä ja elämänvaiheet. ”Kroonisesti sairaitten potilaiden kanssa puhuttiin sitten dialyysipotilaasta tai muistakin potilaista niin se on nimenomaan sitä uskoa huomiseen ja sitä että jaksaa käydä läpi näitä raskaita hoitoja”. (Kuohula 2008, 22-28.)

Kuohula (2008) myös kertoo tutkimuksessaan, että hoitosuhteessa dialyysihoitajan tehtävä on auttaa ylläpitämään potilaan toivoa. Tämän lisäksi potilaan muistot hänen elämästään vaikuttavat toivon ylläpitoon. Monet dialyysihoidossa olevat toivovat myös pääsevänsä munuaisen siirtoon. Arkielämä eri aktiviteetteineen kuvattiin vapaa-ajaksi dialyysihoidoista. (Kuohula 2008, 22, 30, 36, 41.)

Elliotin ym. (2013) tutkimuksessa eräs osallistuja haluaa dialyysistä huolimatta ottaa ilon irti elämästään: “It’s my job. Yeah, Tuesdays and Thursdays off. I got Tuesday, Thursday, Saturday and Sunday, 4 days a week when I don’t have to be there! (Chuckles) And, so when I’m not on dialysis, I just forget about it and go about my living!” (Elliot ym. 2013, 1500).

Elämänlaatua tarkastellessa tulee muistaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), joka määrittelee, että potilaalla on oikeus häntä koskeviin hoitopäätöksiin ja näiden ratkaisujen tueksi potilas tarvitsee tietoa miten eri hoitovaihtoehdot vaikuttavat hänen elämän pituuteen ja sen laatuun. Jos asiakas kieltäytyy jostain hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

4 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Internet-sivusto, josta asiakas löytää tarvitsemansa tiedon hemodialyysista videoiden, kuvien ja tekstien muodossa. Internet-sivusto on osa Hämeenkyrön Tarkastelemme aihetta asiakkaiden näkökulmasta yhteistyössä Hämeenkyrön dialyysiyksikön kanssa.

Kehittämistehtävät ovat:

1. Miten hemodialyysihoito toteutetaan yksikössä asiakkaan näkökulmasta?
2. Millaista tietoa asiakas tarvitsee omatoimisen hoidon tueksi?

Opinnäytetyön tavoitteena on helpottaa asiakkaan tiedonsaantia hemodialyysihoidosta ja tukea heidän omatoimisuutta. Tuotetun materiaalin avulla asiakkaalla on mahdollisuus toteuttaa hemodialyysihoitoa hoitajan tukemana tai itsenäisesti. Tavoitteena on myös vähentää hoitajien työmäärää, jolloin heille vapautuu lisää aikaa muihin hoitotoimenpiteisiin.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyön menetelmä on toiminnallinen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoituksena tuottaa konkreettinen lopputyö, joka voi olla esimerkiksi ohjeistus, portfolio tai Internet-sivusto. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön on suositeltavaa kuulua työelämätaho, joka lisää tekijöiden vastuuntuntoa työstä sekä opettaa opinnäytetyöprosessin hallintaa. Lopullinen tuotos muodostuu tekijöiden resurssien, työelämätahon mieltymysten sekä kohderyhmän tarpeiden mukaisesti. Yhdistävä tekijä toiminnallisille opinnäytetöille on, että päämäärät ja kokonaiskuva luodaan visuaalisin ja viestinnällisin keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 51, 56-57, 16-17.)

Toiminnallisen opinnäytetyön konkreettinen tuotos ei vielä yksinään riitä opinnäytetyöksi. Tämän lisäksi opinnäytetyössä täytyy yhdistää ammatillinen teorian tieto ja käytäntö. Ammatillinen teorian tieto tulee ilmi kirjallisesta tuotoksesta. Lisäksi kirjallisen tuotoksen raportissa kuvataan kehittämistyön prosessin kulku. Tämä sisältää osiot mitä, miksi ja miten olemme työtä tehneet. Raportista käy ilmi millaisiin johtopäätöksiin olemme päätyneet sekä arvioimme oppimistamme ja tuotosta. (Vilka & Airaksinen 2003, 41-42, 65.)

5.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruussa käytettiin elektronisia tietokantoja. Näitä olivat muun muassa Terveystietokanta, PubMed ja Medic. Lisäksi käytimme lähteinä alan kirjallisuutta sekä artikkeleita. Henkilöhaastattelut asiakkaille ja sairaanhoitajille olivat myös osa tuotoksen aineistoa. Haastatteluissa selvitimme asiakkaan ja sairaanhoitajien omakohtaisia kokemuksia hemodialyysihoidosta. Liitteenä on tietoinen suostumuslomake osallistumisesta työhön (ks. liite 1 ja 2).

6 TYÖN ETENEMINEN

Tässä osiossa esittelemme työn etenemisprosessin kuvion sekä tekstin avulla (kuvio 2). Työn tekeminen alkoi syksyllä 2016 aiheen valinnalla. Aihe valikoitui työharjoittelun jälkeisestä mielenkiinnosta munuaissairauksia kohtaan. Tämän lisäksi halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, jotta työmme pääsisi asiakkaiden saataville. Hämeenkyrön dialyysiyksiköllä oli tarve tavoitteidemme mukaiselle opinnäytetyölle. Aiheen valittua aloimme ideoida opinnäytetyön toteutusta yhdessä työelämätahon kanssa. Pidimme työelämäpalaverin tammikuussa 2017 Hämeenkyrössä, jolloin työn rakenne ja sisältö selkeytyivät. Päätimme yhdessä Internet-sivuston sekä videoiden sisällöstä. Tämän palaverin jälkeen aloitimme tekemään opinnäytetyön suunnitelmaa.

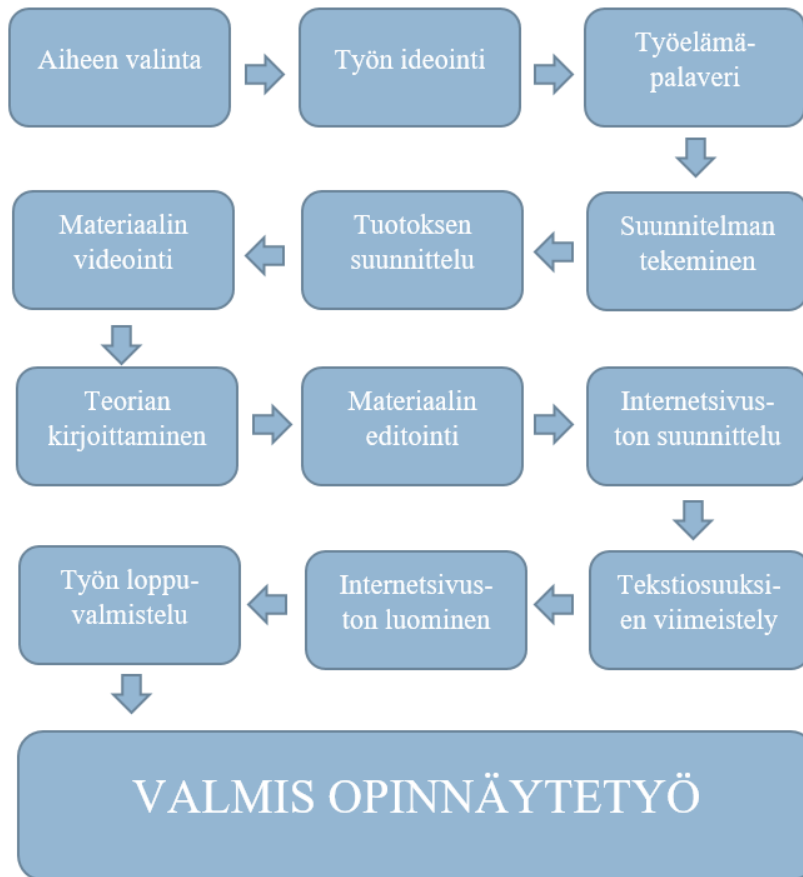
Suunnitelman valmistuessa aloimme ideoida kuvien ja videoiden sisältöä. Halusimme että videoissa tulee näkymään asiakkaiden omatoimisuus, mutta sen toteuttaminen oli ajoittain hankalaa. Pidimme suunnittelupalaverin Hämeenkyrössä, sekä samalla tutustuiimme dialyysiyksikön toimintaan ja henkilökuntaan.

Kuvasimme videotoukokuussa 2017 Hämeenkyrön dialyysiyksikössä. Kuvauksiin osallistui dialyysiyksikön asiakas sekä henkilökuntaa, jotka esiintyivät videoilla. Otimme myös valokuvia havainnollistamaan tulevaa Internet-sivustoa. Kuvauksien jälkeen aloitimme hiljalleen editoimaan materiaalia. Editointiin saimme apua ystävältä.

Aloitimme keväällä kirjoittamaan työmme teoriaosuutta, jonka sisältö oli ennalta sovittu työelämätahon kanssa. Kirjoitimme keväällä ja kesällä yhdessä sekä erikseen. Aikatauluun tuli viivästystä, johtuen yhteisen ajan puutteesta. Tämän vuoksi jatkoimme teoriaosuuksien kirjoittamista vielä syksyllä 2017. Teoriaosuudet valmistuivat syyskuussa. Tapasimme syyskuun alussa Hämeenkyrössä IT-vastaavan, jonka kanssa sovimme Internet-sivuston luomisesta. Internet-sivusto tulee olemaan osa Hämeenkyrön kunnan X SOTE -kanavaa. Meille luotiin Internet-sivuston alusta, jonne saimme muokkausoikeudet.

Lokakuussa teimme hienosäätöä tekstiosuuksiin ja loimme tekstimateriaaleja Internet-sivustolle. Marraskuussa lisäsimme tekstimateriaalit Internet-sivustolle ja visualisoimme sitä videoilla ja kuvilla. Tämän jälkeen opinnäytetyö valmistui.

KUVIO 2. Työn etenemisprosessin kuvaus.



7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä käytäntö edellyttää työltä ja sen tekijöiltä rehellisyyttä ja vilpittömyyttä työtä ja siihen käytettyä aineistoa kohtaan. (Vilka 2015, 41-42.) Hyvä tieteellinen käytäntö näkyy työssämme esimerkiksi valinnan vapauden kunnioittamisella. Annoimme videoilla ja kuvissa näkyvälle asiakkaalle sekä sairaanhoitajille tarkat tiedot työstämme sekä videoiden sisällöstä, jotta he saivat valita, osallistuvatko he työhön. Suostumuksen jälkeen allekirjoitimme heidän kanssaan suostumuslomakkeet (Liitteet 1. ja 2.) Hyvä tieteellinen käytäntö näkyy myös ammattimaisena lähteiden käytöllä kirjoittajaa kunnioittaen (Vilka 2015, 42).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähteiden laatu korvaa määrän. Lähteiden tulisi palvella työtä ja sen tuotosta. Lähteiksi voi valita esimerkiksi artikkeleita, kirjoja, tutkimuksia, haastatteluja sekä elektronisia lähteitä. Lähdeaineistoa voi arvioida muun muassa ajantasaisuudella, uskottavuuden asteella sekä julkaisutaholla. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73.) Omasta aiheestamme löytyi monipuolisesti lähteitä, joissa aihetta oli tarkasteltu useammasta eri näkökulmasta. Arvioimme lähdeaineistoa ja sen luotettavuutta melko kriittisesti. Yritimme valita mahdollisimman ajankohtaisia lähteitä työhömmme, joten lähteet sijoituivat vuosille 2006-2017. Murto-osa lähteistä ovat tätä vanhempia, mutta ne eivät käsittele hoitotyön näkökulmaa. Käyttämämme lähteet ovat suomalaisia sekä osa ulkomaalaisia. Ulkomaalaisten lähteiden suomentamisessa olimme huolellisia, jotta tekstin sisältö ei muuttuisi tekstiä käännettäessä. Löysimme keskeisiä kirjoittajia, jotka toistuvat eri lähteissä, jolloin perehdyimme heidän tekemiin tuotoksiin tarkemmin.

7.2 Tuotoksen tarkastelu

Opinnäytetyömme tuotoksena oli Internet-sivusto, jonne kokosimme monipuolisesti tietoa hemodialyysihoidosta. Tämän lisäksi sivusto tarjoaa video-ohjausmateriaalia ja kuvia asiakkaalle, tukien tämän omatoimisuutta. Kirjallisessa osiossa käymme laajemmin läpi Internet-sivuston aiheita. Näin lukijan on helpompi ymmärtää miksi valitsimme kyseiset aihealueet Internet-sivustolle. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten dialyysihoito

toteutettiin asiakkaan näkökulmasta ja miten asiakas hyötyy ohjausmateriaalista ja miten se tukee omatoimisuutta. Opinnäytetyö vastaa asetettuihin tehtäviin.

Halusimme Internet-sivuston olevan helppokäyttöinen ja selkeä kokonaisuus. Fonttivai-
lennalla ja koolla pyrimme lisäämään lukijaystävällisyyttä. Videoilla ja kuvilla halusimme
lisätä sivuston visuaalista ilmettä sekä konkretisoida työmme aihetta. Emme käyttäneet
Internet-sivustolla lääketieteellisiä termejä, jotta se olisi asiakkaille helposti ymmärrettä-
vää. Valmis Internet-sivusto vastasi kokonaisuudessaan haluamaamme.

Aihe on tärkeä, koska hemodialyysiasiakkaiden määrä on kasvanut. Asiakasmäärän kas-
vaessa, korostuvat tiedonsaannin tärkeys ja helppous. Tämän seurauksena myös hoitajien
työmäärä lisääntyy. Tuotos helpottaa asiakasohjaustilanteita ja asiakkaiden omatoimisuus-
den lisääntyessä hoitajien aikaa vapautuu muihin hoitotoimenpiteisiin.

Opinnäytetyöprosessin tekeminen on ollut mielekästä ja innostavaa. Olemme kehittyneet
tiedonhakutaidoissa sekä oppineet lisää lähdekriittisyydestä. Ajoittain luotettavan tiedon
löytäminen oli haastavaa, mutta koimme onnistuneemme siinä hyvin. Työn tekeminen on
lisännyt tietotaitoamme munuaissairauksista ja hemodialyysihoidosta. Ohjaava opettaja
ja työelämätahto ovat olleen mukana koko prosessin ajan. Lisäksi olemme saaneet heiltä
kehittämisehdotuksia.

Kehittämissideoina ehdotamme Internet-sivuston laajentamista peritoneaalidialyysiasiak-
kaille sekä munuaisensiirtopotilaille. Tämän lisäksi sivusto voisi sisältää muun muassa
ravitsemus- ja fysioterapeutin ohjeita. Asiakas voisi myös kysyä sähköisesti lisätietoa
ammattilaisilta.

Internet-sivusto löytyy osoitteesta www.hameenkyro.fi → Palvelut → Terveys- ja sosi-
aalipalvelut → Vuodeosastot, dialyysi → Hemodialyysi.

LÄHTEET

Aaltonen, S. 2016. Glomerulonefriitit. Lääkärin käsikirja, Duodecim. Päivitetty 16.6.2016. Luettu 26.8.2017.

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=glomerulonefriitti

Akoh, J. 2015. Current management of autosomal dominant polycystic kidney disease. World Journal of Nephrology. 4 (4), 468-479.

Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008. Munuais-sairaahan hoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Chonchol, M. & Linas, S. 2006. Diagnosis and Management of Ischemic Nephropathy. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 1 (1), 172-181.

Davita. N.d. Exercise for Dialysis Patients. Luettu 3.9.2017.

<https://www.davita.com/kidney-disease/dialysis/life-on-dialysis/exercise-for-dialysis-patients/e/5295>

Elliot, B. Gessert, C. Larson, P. & Russ, T. 2013. Shifting responses in quality of life: People living with dialysis. Quality of Life Research. 23 (5), 1497-1504.

Forsblom, C. 2014. Nefropatian yleisyys yllätti. Diabetes ja Lääkäri 43 (1), 5.

Gradzik, M. Niemczyk, M. Golebiowski, M. & Paczek, L. 2016 Diagnostic Imaging of Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. Polish Journal of Radiology. 81, 441-453.

Honkanen, E. & Ekstrand, A. 2006. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. Suomen Lääkärilehti 61 (15-16), 1699-1704. Lääkärin tietokannat. Luettu 14.9.2017.

Häggman-Laitila, A., Pietilä, A-M., Seppänen R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Video-ohjauksen edellytyksiä ja hyötyjä ehkäisevässä perhehoitotyössä. Tutkiva hoitotyö. 5 (2), 12-15.

Järvinen, M. 2016. Tays omaHemo – yhdessä kehitetty täysi omatoiminen dialyysi. Lu-entonsarja. 15.9.2016. FinnMedi – innovation for life.

Kaakinen, T., Laurila, J. & Ala-Kokko T. 2013. Hepariinilukko - tukoksen estäjä, mutta verenvuodon aiheuttaja? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 129 (18), 1928-1931. Luettu 29.8.2017.

Kaartinen, K. 2016. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito. Lääkärin käsikirja, Duodecim. Päivitetty 8.6.2016.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00277&p_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta

Kela. 2017 a. Sairauspäiväraha. Päivitetty 6.7.2017. Luettu 16.8.2017. <http://www.kela.fi/sairauspaivaraha>

Kela. 2017 b. Lääkekorvaukset. Päivitetty 28.8.2017. Luettu 30.8.2017.
<http://www.kela.fi/laakkeet>

Kela. 2017 c. Matkakorvaukset. Päivitetty 28.8.2017. Luettu 30.8.2017.
<http://www.kela.fi/matkat>

Kela. 2017 d. 16 vuotta täyttäneen vammaistuki. Päivitetty 18.9.2017. Luettu 19.9.2017.
<http://www.kela.fi/vammaistuki-aikuiselle>

Kela. 2017 e. Eläkettä saavan hoitotuki. Päivitetty 18.9.2017. Luettu 19.9.2017.
<http://www.kela.fi/elaketta-saavan-hoitotuki>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Potilasohjaus. Julkaistu 27.5.2014. Päivitetty 30.9.2016. Luettu 21.1.2017.
[http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Nayttoon_perustuvat_hoitotyön_ydintoiminnot/Ohjaus\(44756\)](http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Nayttoon_perustuvat_hoitotyön_ydintoiminnot/Ohjaus(44756))

Kousoula, G. Lagou, L. Lena, M. Alikari, V. Theofilou, P. & Polikandrioti, M. 2015. Quality of life in hemodialysis patients. *Materia Socio Medica*. 27 (5), 305-309.

Kuohula, S. 2008. Dialyysipotilaan toivon elävöittäminen hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2015. Dialyysipotilaiden omatoimisuus lisääntyy Kaari-sairaalassa. Luettu 16.2.2017.
https://www.psshp.fi/uutiset/-/asset_publisher/ItzobiK4GOx1/content/dialyysipotilaiden-omatoimisuus-lisaantyy-kaarisairaalassa/11427

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito. 2007. Diabeettinen nefropatia. Julkaistu 22.8.2007. Luettu 23.8.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50060>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lumiaho, A. 2011. ADPKD – kuinka diagnosoin, hoidan ja seuran. *Lääkärilehti*. 66 (23), 1911-1914.

Mikonsaari, A., Kokki, K., & Salakari, J. 2017. Munuaiskorvaushoidon aloittaminen ja toteuttaminen, teho- ja valvontahoitotyön opas. Akuutinhoidon tietokannat, Duodecim. Päivitetty 2.10.2017. Luettu 1.11.2017.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/aho/koti>

Munuais- ja maksaliitto ry. 2010. Munuaispotilaan opas. Julkaistu 18.6.2007. Päivitetty 10.3.2010. Luettu 10.08.2017.
http://www.muma.fi/files/458/munuaispotilaan_opas.pdf

Munuais- ja maksaliitto ry. 2016. Polykystinen munuaissairaus. Luettu 10.4.2017.
http://www.muma.fi/files/2311/Polykystinen_munuaissairaus_esite.pdf

- Munuais- ja maksaliitto ry. N.d. Munuaisten vajaatoimintaa sairastavan liikuntaopas. Luettu 25.3.2017.
http://www.muma.fi/files/475/Munuaisten_vajaatoimintaa_sairastavan_liikuntaopas.pdf
- Munuais- ja maksaliitto ry. 2009. Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito. Julkaistu 29.01.2009. Luettu 5.8.2017. http://www.muma.fi/files/512/munuaisten_vajaatoiminta_ja_kliininen_ravitsemushoito.pdf
- Munuais- ja maksaliitto. N.d a. Munuaisten toiminta ja tehtävät. Luettu 6.4.2017.
http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/munuaisten_tehtavate
- Munuais- ja maksaliitto. N.d b. Munuaisten vajaatoiminta. Luettu 22.4.2017.
http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/munuaisten_vajaatoiminta
- Munuais- ja maksaliitto. N.d c. Sosiaaliturva, aikuiset. Luettu 22.4.2017.
http://www.muma.fi/kuntoutus_ja_sosiaaliturva/sosiaaliturva/aikuiset
- Munuais- ja maksaliitto. N.d d. Hemodialyysi. Luettu 3.6.2017.
http://www.muma.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/hemodialyysi
- Mustajoki, P. 2017. Diabeteksen munuaissairaus. Lääkärikirja, Duodecim. Päivitetty 27.9.2017. Luettu 10.10.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00563
- Mustonen & Wirta. 2006. Iskeeminen munuaissairaus. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 122 (2), 208-214.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2016. Eating & Nutrition for Hemodialysis. Julkaistu 09/2016. Luettu 26.8.2017.
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/hemodialysis/eating-nutrition>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2014. Vascular access for hemodialysis. Julkaistu 7/2016. Luettu 5.6.2017.
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/hemodialysis/vascular-access>
- Noori, N. Kalantar-Zadeh, K. Kovesdy, CP. Bross, R. Benner, D. & Kopple, JD. 2010. Association of dietary phosphorus intake and phosphorus to protein ratio with mortality in hemodialysis patients. Clinical journal of the American Society of Nephrology. 5(4), 683-692.
- Pasternack, A. 2012. Nefrologia. Helsinki: Duodecim.
- Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. 2017. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito Pohjois-Suomessa. Hoitoketjut, Duodecim. Päivitetty 9.8.2017. Luettu 10.8.2017.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00786&p_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille. 7. uudistettu painos. Helsinki: Dieettimedia Oy.

- Saha, H. 2017. Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia). Lääkärikirja, Duodecim. Päivitetty 2.10.2017. Luettu 15.11.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00587
- Saha, H. & Mäkelä, S. 2014. Munuaisten vajaatoiminta vaikuttaa lääkeannosteluun. Potilaan lääkärilehti. 69 (9), 628-633.
- Sairaanhoitajat. 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Luettu 21.1.2017.
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- Sote- ja maakuntauudistus. N.d. Digitalisaatio. Luettu 15.9.2017.
<http://alueuudistus.fi/soteuudistus/digitalisaatio>
- Suomen munuaistautirekisteri. 2015. Vuosiraportti. Luettu 10.4.2017.
http://www.muma.fi/files/2610/Suomen_munuaistautirekisteri_vuosiraportti_2015.pdf
- Surround Health. 2013. See, hear, do: How videos improve patient education. Julkaistu 14.3.2013. Päivitetty 14.3.2013. Luettu 23.1.2017.
<http://surroundhealth.net/Topics/Education-and-Learning-approaches/Health-Communication/Articles/See,-hear,-do-How-videos-improve-patient-education.aspx>
- Tertti, R. 2017. Dialyysipotilas perusterveydenhuollossa. Lääkärin käsikirja, Duodecim. Päivitetty 3.10.2017. Luettu 4.10.2017.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=hemodia
- Vaasan keskussairaala. 2015. Ciminofisteli / A-V fisteli. Luettu 28.8.2017
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/erikoisalut/munuaissairaudet/ciminofisteli--a-v-fisteli/>
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Weselius, E-M. & Hartman, J. 2009. Veritiekirurgia- tekniikkaa ja tiimityötä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 125 (4), 415-423. Luettu 29.8.2017.

LIITTEET

Liite 1. Tietoinen suostumuslomake sairaanhoitajille

Liite 1: 1 (2)



TIEDOTE

13.02.2017

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on tuottaa ohjausmateriaalia hemodialyysipotilaille videoilla ja valokuvilla sekä Internet-sivuilla.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Hämeenkyrön terveysasemalta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla sekä video- ja valokuvaamalla. Työmme toteutukseen tarvitsemme kahta sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät Hämeenkyrön dialyysiyksikössä. Kuvaukset ja haastattelut järjestetään Hämeenkyrön dialyysiyksikössä yhdessä sovittuna ajankohdaksi. Aikaa varaamme yhden päivän tutustumiseen dialyysiyksikköön ja kuvauksiin kaksi työpäivää. Haastattelut sisältävät kysymyksiä dialyysihoidon toteuttamisesta ja potilaan ohjauksesta työn aikana. Videokuvaamme hemodialyysihoidon, jonka sairaanhoitaja toteuttaa valitulle potilaalle. Valokuvia käytämme hoidon eri vaiheiden havainnollistamiseen, sekä Internet-sivujen visuaalisen ilmeen luomiseen.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Valmis työ on Hämeenkyrön dialyysiyksikön sekä opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön materiaali käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Hämeenkyrön terveysaseman kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijät

Milla Niinen
Rosa-Maria Paloniemi
Outi Teinilä
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

SUOSTUMUS

Hemodialyysi Hämeenkyrössä

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tuottaa ohjausmateriaalia hemodialyysipotilaille videoilla ja valokuvilla sekä Internet-sivuilla. Minulla on ollut mahdollisuus esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Ymmärrän että opinnäytetyön valmistuttua videot, kuvat ja haastattelut ovat julkisia Internet-sivuilla.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Tietoinen suostumuslomake asiakkaalle



Liite 2: 1 (2)

TIEDOTE

13.02.2017

Hyvä hemodialyysipotilas!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on tuottaa ohjausmateriaalia hemodialyysipotilaille videoiden, kuvien ja Internet-sivujen muodossa. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Hämeenkyrön terveysasemalta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan videoimalla ja haastatteleamalla hemodialyysipotilasta. Videokuvaamme hemodialyysihoidon, jonka sairaanhoitaja toteuttaa valitulle potilaalle. Valokuvia käytämme hoidon eri vaiheiden havainnollistamiseen, sekä Internet-sivujen visuaalisen ilmeen luomiseen. Osallistujat on valittu Hämeenkyrön dialyysiyksikön toimesta.

Olemme varanneet yhden tutustumispäivän sekä kaksi kuvauspäivää, johon sisältyy potilaan ja sairaanhoitajan haastattelu sekä ohjausmateriaalin kuvaus. Potilaan kuvaus ja haastattelu suoritetaan potilaan varaamana aikana hemodialyysihoidon. Kuvaus ja haastattelut suoritetaan Hämeenkyrön terveysaseman tiloissa.

Opinnäytetyön valmistuttua valmiit videot, haastattelut ja Internet-sivujen tekijänoikeudet siirtyvät Hämeenkyrön dialyysiyksikön käyttöön. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanelä suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Hämeenkyrön terveysaseman kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme vastaan mielelläni.

Milla Niinen

Rosa-Maria Paloniemi

Outi Teinilä

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu



2 (2)

SUOSTUMUS

Hemodialyysi Hämeenkyrössä

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tuottaa ohjausmateriaalia hemodialyysipotilaille videoiden ja kuvien muodossa Internet-sivuille. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän että opinnäytetyön valmistuttua videot, kuvat ja haastattelut ovat julkisia Internet-sivuilla.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys