

Taru Alaranta & Jenna Hautala

Potilaan ohjaus ennen dialyysihoitoa

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät: Taru Alaranta & Jenna Hautala

Työn nimi: Potilaan ohjaus ennen dialyysihoitoa -kirjallisuuskatsaus

Ohjaajat: Hilikka Majasaari, lehtori, THM & Anna Saari, lehtori, THM

Vuosi: 2017 Sivumäärä: 51 Liitteiden lukumäärä: 3

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla potilaan ohjauksesta ennen dialyysihoitoa. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata potilaan ohjausta ennen dialyysihoitoa.

Opinnäytetyötä ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Millaisia ohjaustarpeita potilailla on ennen dialyysihoitoa?
2. Millaisia menetelmiä käytetään potilaan ohjauksessa ennen dialyysihoitoa?

Opinnäytetyössä sovellettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuus haettiin Medic-, Melinda-, PubMed- ja Cinahl -tietokannoista. Kirjallisuus koostui kuudesta artikkelista, joista kaksi oli suomenkielistä sekä neljä englanninkielistä artikkelia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kirjallisuuden mukaan potilaan ohjaustarpeita olivat tiedollinen tarve, emotionaalinen tarve ja sosiaalinen tarve. Kirjallisuuden mukaan potilaan ohjauksessa käytetyt menetelmiä olivat yksilöllisyys, emotionaalisuus sekä muut menetelmät.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä potilaan dialyysihoitoa edeltävän ohjauksen kehittämisessä. Lisäksi tuloksia voidaan soveltaa myös muiden potilaiden ohjauksessa.

Avainsanat: dialyysi, potilaan ohjaus, dialyysia edeltävä ohjaus, kirjallisuuskatsaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Authors: Taru Alaranta & Jenna Hautala

Title of thesis: Patient Education before Dialysis

Supervisors: Hilikka Majasaari, MNSc, Senior Lecturer & Anna Saari, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2017 Number of pages: 51 Number of appendices: 3

The aim of this thesis was to provide information about patient education before dialysis. The purpose of the thesis was to describe patient education before dialysis.

The main research questions of this study were:

1. What kind of education do patients need to have before dialysis?
2. What kind of methods are used for patient education before dialysis?

The thesis involved a systematic literature review, using professional literature from Medic, Melinda, PubMed, and Cinahl databases. The literature consisted of six articles, two of them in Finnish and four English language articles. The material was analyzed by content analysis.

According to the literature, the patient's need for education was a necessity, an emotional need and a social need. It appears from literature that the methods used in patient education were individuality, emotionality and other methods.

The results of the literature review can be utilized in development of patient education before dialysis. In addition, the results can also be applied in patient education of other patients.

Keywords: dialysis, patient education, pre-dialysis, literature review

SISÄLTÖ

SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	6
2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTAAN SAIRASTUMINEN	8
2.1 Muutokset pitkäaikaissairaapotilaan elämässä.....	8
2.2 Munuaisten toiminta.....	9
2.3 Munuaisten vajaatoiminta	10
3 MUNUAISTEN VAJAATOIMINNAN HOITO	12
3.1 Hoidon tavoitteet.....	12
3.2 Konservatiivinen hoito	12
3.3 Dialyysi.....	13
3.3.1 Dialyysipotilaan elämänmuutos	13
3.3.2 Hemodialyysi.....	14
3.3.3 Peritoneaalidialyysi	15
4 POTILAAN OHJAAMINEN.....	17
4.1 Ohjaus käsitteenä.....	17
4.1.1 Ohjauksen perusta ja lähtökohdat.....	17
4.1.2 Oppimistyyli.....	20
4.1.3 Potilaan taustatekijät	20
4.2 Ohjauksen tavoitteet ja vaiheet.....	23
4.3 Ohjausmenetelmät.....	25
4.3.1 Ohjausmenetelmien käyttö	25
4.3.2 Yksilö- ja ryhmäohjaus	26
4.3.3 Audiovisuaalinen ohjaus	27
4.3.4 Motivoiva haastattelu	29
5 POTILAAN OHJAAMINEN ENNEN TOIMENPIDETTÄ	30
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	31
7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	32
7.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	32
7.2 Aineisto hankinta	32
7.3 Aineiston kuvailu.....	34

7.4 Aineiston analyysi.....	35
8 TULOKSET	36
8.1 Potilaiden ohjaustarpeet ennen dialyysihoitoa	36
8.2 Ohjausmenetelmät ennen dialyysihoitoa.....	37
9 POHDINTA.....	39
9.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	39
9.2 Tulosten tarkastelu	40
9.3 Johtopäätökset.....	43
9.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	43
LÄHTEET	45
KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET	49
LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön on tilannut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hoitotyötä halutaan kehittää hoitotyötä ohjauksen suhteen, joten aihe on heille ajankohtainen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013, 3.) Seinäjoen ammattikorkeakoulu tekee yhteistyötä sairaanhoitopiirin kanssa ja heidän yhteisenä kehittämisteemana on potilaan ja läheisten ohjaus (Paavilainen 2013, 4).

lääkäämpien ikäryhmien osuus kasvaa ja ikääntyneiden määrän kasvu aiheuttaa muutoksia myös palveluiden tarpeessa. (Kehitys vamma-alan verkkopalvelu 2016.) Pohjoismaissa munuaissairauksien lisääntyminen on huolena. Munuaissairauteen voi sairastua minkä ikäisenä vain, mutta riski kasvaa selvästi ikääntyessä. Voimakkaan ikääntymisen vaikutukset dialyysissa olevien määrään on otettava huomioon tulevaisuudessa. (Munuais- ja maksaliitto 2013.) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tilastosta vuodelta 2016 selviää, että nefrologian yksikössä on ollut potilaita 239 ja kuormitus on kasvanut edellisvuoteen verrattuna 5 prosenttia (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016).

Munuais- ja maksaliitto on tehnyt tutkimuksen, siitä miten dialyysihoito vaikuttaa elämään ja elämänlaatuun. Tutkimuksessa selvisi, että potilaiden tulisi saada enemmän tietoa siitä, että ohjausta on mahdollista saada ja ohjausta tulisi muutenkin kehittää. Ohjaukseen osallistuneet potilaat pitivät tärkeänä lääkärin tai sairaanhoitajan ohjausta, videoita, oppaita ja erilaisia nettisivuja. Perheen antama tuki tärkeää potilaille ja heidät pitäisi ottaa mukaan ohjaukseen. (Munuais- ja maksaliitto 2015.)

Hoidon tulokset ovat paljon paremmat, kun potilas on motivoitunut hoitamaan itseään. Hyvän ohjauksen tarkoituksena on motivoida potilasta tähän. Potilasta motivoidaan parhaiten antamalla oikea-aikaista ohjausta ja asiallista tietoa. (Lunnela 2010, 150.)

Tämän opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla potilaan ohjauksesta ennen dialyysihoitoa. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata potilaan ohjausta ennen dialyysihoitoa. Opinnäytetyön on tilannut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTAAN SAIRASTUMINEN

2.1 Muutokset pitkäaikaissairaapotilaan elämässä

Monet tuhannet sairastavat Suomessa munuaisten vajaatoimintaa. Omaiset, ystävät ja työtoverit huomioden sairaus koskettaa vieläkin suurempaa joukkoa. Noin 500 henkilöä vuodessa aloittaa dialyysihoidon. Alussa saattaa ilmetä epävarmuutta, sairauden kieltämistä, syyllisyyden tunteita ja tulevaisuuden pelkoa sekä vihaa. Sairastunut joutuu tekemään suunnitelmia sovittakseen hoidot omaan elämään. Sairastunut ei ole kuitenkaan yksin, vaan yhteiskunta tukee häntä monin eri tavoin. Sairaanhoidopiirit, kotikunta, KELA ja dialyysiyksikön sosiaalityöntekijät auttavat kaikessa. Näiden lisäksi on myös erilaisia potilasyhdistyksiä, jotka tarjoavat tukea ja apua. Potilaille on myös saatavana vertaistukea. (Dialyysi 2012.)

Tieto vakavasta sairaudesta saa ihmisen pois tolaltaan, sillä se on aina yllättävä ja äkillinen kriisi. Ahdistus ja pahanolon tunne sekä unettomuus ovat normaaleja tunteita tässä tilanteessa. Myös elämän jatkumisen miettiminen on normaalia. Jotta sairauteen voi sopeutua, vaatii se uusien asioiden oppimista ja paljon tietoa. Muutoksen pelkääminen on ymmärrettävää, sillä sen seurauksista ei ole tietoa. Uuden tiedon vastaanottaminen saattaa olla vaikeaa, kun pelot ahdistus ja väsymys valtaavat mielen. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

Sairastuminen voi aiheuttaa häpeän tunnetta ja saattaa tuntua siltä, että on selvittävä yksin. Olisi hyvä säilyttää yhteys perheeseen ja ylläpitää ihmissuhteita, koska sairastuminen koskettaa myös muita perheenjäseniä ja lähimmäisiä. Ammattiapua on aina saatavilla, mikäli paha olo tuntuu ylitseväsemättömältä. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].) Tunteet täytyy tuoda avoimesti esiin niin kotona kuin sairaalassa, sillä se helpottaa omaa ja läheisten sopeutumista uuteen tilanteeseen (Dialyysi 2008).

Itse sairaus voi tuoda erilaisia muutoksia mielialaan. Kuona-aineet kertyvät elimistöön ja se saattaa aiheuttaa ärtyisyyttä, muistamattomuutta, alavireisyyttä, unihäiriöitä, väsymystä ja masennusta. Yleensä dialyysihoido tuo helpotusta näihin oireisiin,

mutta on aivan normaalia, että nämä tunteet jatkuvat vielä hoidon aikana. (Dialyysi 2008.)

Vaikeat tilanteet ja suuret elämänmuutokset ovat henkisesti raskaita. Sairauden tullessa toivotaan tietoa voinnista ja tilasta hoidon aikana. Tietoa on annettava yksilöllisesti ja on tärkeää, että potilas ja läheiset eivät koe avuttomuutta tiedonpuutteen vuoksi. On myös tärkeää, että potilas ja läheiset todella ymmärtävät saadun tiedon. Elämäntilanteiden ollessa vaikeita on moninkertainen tukeminen tärkeää ja aikaa on varattava riittävästi. (Maijala ym. 2011, 14–21.)

2.2 Munuaisten toiminta

Munuaiset ovat 10-12cm pituiset ja ne sijaitsevat selkärangan ja lannelihasten molemmin puolin vatsakalvon takaisessa tilassa. Molemmissa munuaisissa on noin 1,2 miljoonaa nefronia, jotka ovat munuaisen toiminnallisia yksiköitä. Munuaiset kuuluvat virtsateihin ja niillä on tärkeä tehtävä virtsan erityksessä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 566–568.)

Veri tulee munuasiin munuaisvaltimon kautta. Ne aineet joita elimistö tarvitsee imeytyvät takaisin verenkiertoon viejäsuonia pitkin ja elimistölle tarpeettomat aineet poistuvat virtsan mukana. (Iivanainen ym. 2006, 568.) Munuaisten tehtävä on huolehtia siitä, ettei virtsan mukana häviä elimistölle tärkeitä aineita, kuten glukoosia ja tärkeitä aminohappoja. Munuaiset säätelevät vesi- ja elektrolyyttitasapainoa, happo-emästasapainoa sekä punasolujen tuotantoa. Munuaiset myös poistavat elimistöstä aineenvaihdunnan lopputuotteet ja säätelevät verenpainetta. (Iivanainen ym. 2006, 568–570.) Lyhyesti sanottuna munuaisten tehtävä on puhdistaa verta haitallista kuona-aineista ja säädellä elimistön nestetasapainoa (Jaatinen & Raudasoja 2013, 169).

2.3 Munuaisten vajaatoiminta

Munuaisilla on keskeinen tehtävä elimistössämme ja munuaisten vajaatoiminnassa on kyse siitä, että munuaisten tehtävä häiriintyy (Hannuksela ym. 2006, 230). Munuaisten vajaatoiminta on yleinen iän myötä kehittyvä sairaus ja se on pitkään oireeton (Iivanainen ym. 2006, 568). Jos munuaiset lakkaavat kokonaan toimimasta, hoitamattomana ihminen menehtyy noin viikon kuluessa (Jaatinen & Raudasoja 2013, 169).

Munuaisten vajaatoiminta voi olla joko akuuttia tai kroonista. Krooninen munuaisten vajaatoiminta on elinikäinen vaiva, mutta akuuttista munuaisvauriosta voi parantua parissa viikossa. (Ahonen ym. 2012, 608.)

Munuaisten akuuttiin vajaatoimintaan voivat johtaa monet eri syyt. Akuutti vajaatoiminta voi kehittyä tuntien tai päivien kuluessa ja parantuminen voi tapahtua muutamassa viikossa. (Mustaajoki ym. 2013, 226.) Usein akuutti vajaatoiminta voi kehittyä iäkkäille esimerkiksi suurten kirurgisten toimenpiteiden komplikaationa (Honkanen ym. 2012, 163).

Erilaiset lääkkeet sekä myrkyt tai muuten elimistön nestetasapainoa ja verenkiertoa vakavasti horjuttavat sairaudet ovat yksi syy akuuttiin vajaatoimintaan. Aikaisemmin sairastettu munuaisten vajaatoiminta on merkittävä riskitekijä kaikissa tilanteissa, joissa äkillinen munuaisvaurio voi mahdollisesti kehittyä. Proteinuria on myös myöhemmin erisyyttä kehittyvän akuutin vajaatoiminnan riskitekijä, ja se on yleensä kroonista vajaatoimintaa ja tätä kautta kuolemaa ennakoiva löydös. (Honkanen ym. 2012, 163.)

Krooninen munuaisten vajaatoiminta on sairaus, jossa molemmat munuaiset ovat vaurioituneet. Toimivien nefronien määrä on vähentynyt niin paljon, etteivät munuaiset pysty enää hoitamaan tehtävää ihmisen elimistössä. (Iivanainen ym. 2006, 587.) Useimmissa tapauksissa munuaisten kroonisen vajaatoiminnan syynä on jopa useita kuukausia tai vuosia jatkunut munuaisissa tuhoa tekevä tautiprosessi. Vajaatoiminnan kehittyessä hitaasti huomataan kehon sopeutuvan paremmin sellaisiin häiriöihin jotka yleensä aiheuttavat runsaasti subjektiivisia oireita. (Honkanen ym. 2012, 431.) Munuaisissa on suuri varatoimintakyky ja tästä syystä vajaatoiminta

yleensä huomataan vasta, kun munuaisten toimintakyky on jo selvästi huonontunut (Mustajoki ym. 2013, 226).

Taudin kehitymisessä sanotaan olevan neljä vaihetta. Ensimmäisessä munuaisten toiminta on pienentynyt, mutta ne toimivat kuitenkin edelleen suhteellisen normaalisti ja potilaalla ei vielä ilmene oireita. Toisessa vaiheessa munuaisten nefroneista on tuhoutunut noin puolet, mikä aiheuttaa anemisoitumista. Kolmannessa vaiheessa nefroneista enää noin 10% toimii ja anemia on pysyvää. Viimeisessä vaiheessa vajaatoiminta aiheuttaa virtsamyrkytyksen. Munuaisten toiminta on loppunut kokonaan, muutokset näkyvät jo iholla, limakalvoilla, luissa, verisuonistossa sekä sydämessä. Tällaisessa tilanteessa potilas tarvitsee jo aktiivihoidon eli dialyysin sekä munuaissiirteen. (Iivanainen ym. 2006, 588.)

3 MUNUAISTEN VAJAATOIMINNAN HOITO

3.1 Hoidon tavoitteet

Munuaisten krooniseen vajaatoimintaan ei ole parantavaa lääkitystä. Oireita pyritään kuitenkin helpottamaan ja vajaatoiminnan etenemistä hidastamaan. Hoitona käytetään konservatiivisia keinoja sekä aktiivihoidoa eli dialyysia tai munuaissiirrettä. Voidaan käyttää hemodialyysia tai peritoneaalidialyysia. (Iivanainen ym. 2006, 588.)

3.2 Konservatiivinen hoito

Konservatiivisessa hoidossa pyritään hidastamaan etenemistä ja hoitamaan muita oireita jotka huonontaisivat munuaisten toimintaa. Kohonnut verenpaine vahingoittaa jo ennestään sairasta munuaista ja tämän vuoksi korkea verenpainetta hoidetaan lääkkeillä. Myös ruokavaliohoitoa käytetään, proteiininrajoituksesta voi olla hyötyä, sillä se vähentää kuona-aineiden kertymistä vereen. Riittävä ravitseminen on kuitenkin erittäin tärkeää hyvän yleistilan säilymistä. On tärkeää hoitaa myös muita vajaatoiminnan aiheuttamia häiriöitä. Neste- ja suolatasapainoa seurataan tasan väliajoin laboratoriotestien avulla ja tarvittaessa niitä hoidetaan nesteenpoistolääkkeillä ja neste- ja suolarajoituksin. Myös vajaatoimintaan liittyvää kalsiumaineenvaihdunnan häiriöitä pyritään korjaamaan kalsiumtableteilla sekä erityisillä D-vitamiinivalmisteilla. Jos anemia on lievää, niin sitä ei tarvitse hoitaa. Muitakin vitamiinien tai ravintoaineiden puutteita hoidetaan tarvittaessa. (Hannuksela ym. 2006, 231.)

Näiden lisäksi on syytä kannustaa potilasta muutenkin terveellisiin elämäntapoihin kuten ruokavalioon, liikuntaan ja painonhallintaan elämän laadun ylläpitämiseksi (Mustajoki ym. 2013, 229). Mainitulla hoidolla vajaatoimintaa sairastavat voivat tulla toimeen useita vuosia. Kuitenkin munuaisten toiminnalla on tapana huonontua hiljalleen. Tällöin konservatiivinen hoito ei riitä, vaan tarvitaan aktiivihoidoa. (Hannuksela ym. 2006, 231.)

3.3 Dialyysi

3.3.1 Dialyysipotilaan elämänmuutos

On hyvä muistaa, että dialyysihoito ei estä elämistä. Dialyysipotilas voi matkustella ulkomaita myöden, kunhan hoito on järjestelty etukäteen potilaan elämäntilanteen ja toiveiden mukaan. Myös opiskelu ja työssä käyminen on mahdollista, tämä on tärkeää sosiaaliselta kannalta, sillä dialyysihoito ei ole syy eristyä muista ihmisistä. Tarpeen tullen dialyysihoito onnistuu myös koulussa tai työpaikalla. (Dialyysi 2012.)

Dialyysin avulla pyritään saamaan ureemisen veren koostumus lähemmäksi normaalia veren koostumusta (Honkanen ym. 2012, 556). Toisin sanoen periaatteena on, että verestä poistuu puoliläpäisevän kalvon läpi muun muassa kuona-aineita, liiallisia suoloja, vetyioneja sekä vettä. Näin osa munuaisten tehtävästä voidaan hoitaa keinotekoisesti. (Hannuksela ym. 2006, 231.)

Dialyysihoito aloitetaan silloin, kun munuaisten toiminnasta on jäljellä 10-15%. Hoito tulee aloittaa mieluiten silloin, kun potilaalla ei ole vielä vaikean munuaisten vajaatoiminnan oireita, kuten hengenahdistusta, pahoinvointia, päänsärkyä tai lihaskrampeja. (Honkanen ym. 2006, 167.)

Munuaisten vajaatoiminnassa pyritään mahdollisuuksien mukaan munuaissiirteeseen ja dialyysihoitoa toteutetaan potilaan oireiden hoitamiseen odottaessa siirrettä. Vajaatoiminnan häiriöt korjaantuvat usein paremmin munuaissiirteellä kuin dialyysillä ja munuaisten toiminta palaa useimmiten miltei normaaliksi. Munuaissiirteen jälkeen joutuu kuitenkin käyttämään hylkimisreaktiota estävää lääkehoitoa lopun ikää. (Hannuksela ym. 2006, 229–230.)

Dialyysin muodon valinta on tarkkaan perusteltua ja valinnassa täytyy ottaa huomioon potilaan elämäntilanne, toiveet ja sairaudet. Valinta on siis aina yksilöllistä ja pyrkimys on aina siihen, että potilaan elämänlaatu säilyisi mahdollisimman hyvänä. Valintaan vaikuttavat myös tiedot peritoneaali- ja hemodialyysin tehokkuudesta ja rajoituksista tietyissä tapauksissa. (Honkanen ym. 2006, 588.)

3.3.2 Hemodialyysi

Hemodialyysihoido on yleisin käytetty dialyysimuoto. Hemodialyysissa käytetään pääsääntöisesti valtimo-laskimoavannetta eli fisteliä veritienä. Leikkauksessa kyynärvarren valtimeen yhdistetään laskimo. Fistelin kehittyminen dialyysiin soveltuvaksi kestää useita viikkoja tai jopa kuukausia. Fisteliä täytyy pystyä käyttämään usein jopa vuosia, joten käden hoidon opettelu on tärkeää. (Iivanainen ym. 2006, 589.) Hemodialyysi voidaan toteuttaa myös keskuslaskimokatetrin avulla. Yleensä se laitetaan joko sisempään kaulalaskimoon tai oikeaan solislaskimoon. Käytössä on myös dialyysiportti, joka sijoitetaan ihon alle. (Iivanainen ym. 2006, 589.)

Hemodialyysi toteutetaan dialyysikoneen avulla. Dialyysiaattori on jaettu kahteen osaan, jonka välissä puoliläpäisevä kalvo sijaitsee. Näin veren kuona-aineet siirtyvät kalvon läpi dialyysinestetiän puolelle ja veri puhdistuu. Hemodialyysissa kehosta poistetaan myös ylimääräinen neste. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].) Dialyysineste koostuu vedestä, elektrolyyttiliuoksesta ja bikarbonaattista ja siihen lisätään potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan kalsiumia, kaliumia ja glukoosia (Iivanainen ym. 2006, 589–590).

Potilaan tulee yleisimmin käydä sairaalassa dialyysissa 4-5 tuntia kerrallaan kolmesti viikossa. Hoitojen alkuvaiheessa hoito voi olla tiheämpää. Sitä annetaan usein päivittäin kahdesta ja puolesta kolmeen tuntiin kerralla. Joskus dialyysi toteutetaan yödialyysinä kahdeksan tuntia kerralla. (Munuais- ja maksaliitto, [29.11.2016].)

Potilaan vointia tulee seurata hoidon aikana. Dialyysin aikana voi monesti ilmetä verenpaineen laskua ja lihaskramppeja. Pahoinvointi ja päänsärky ovat myös normaaleja oireita hoidon aikana. Kaikkia hoidon aikana tulevia oireita pyritään ennalta koimaan ja hoitamaan. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

Kaikissa dialyysimuodoissa on myös huonoja puolia ja mahdollisia ongelmia. Hemodialyysissa yleisimmät ongelmat tapahtuvat veriteissä. Verite voi tulehtua tai ahautua. Dialyysikatetrin tavallisimpia ongelmia ovat toimintavaikeudet, tukkeumat sekä infektioriski. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

Nykyiset hemodialyysilaitteet ovat turvallisia ja kehittyneitä. Lisäksi kehittyneiden hoitojen ansioista myös potilaiden kunto on parantunut niin paljon, että nykyään maailmassa hemodialyysi voidaan suorittaa myös kotona. Tärkeintä hoidon onnistumisen kannalta on potilaan halu hoitaa dialyysi omassa kodissaan tai muussa välittömässä läheisyydessään paikassa. Nykyisin myöskään krooninen sairaus ei ole välttämättä este koti-hemodialyysille. Potilas ei tarvitse mitään erityistaitoja selvittääkseen hoidosta, hyvä ohjaus riittää. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

3.3.3 Peritoneaalidialyysi

Peritoneaalidialyysissä puoliläpäisevänä kalvona käytetään vatsakalvoa. Vatsakalvon hiusverisuonista veren kuona-aineet ja ylimääräinen neste siirtyvät suonenseinämän läpi vatsaontelossa olevaan dialyysineesteeseen. Ylimääräinen neste poistuu osmoosin avulla. Vatsassa olevan dialyysinesteen sokeripitoisuus on suurempi kuin verensokeri, sen takia nestettä siirtyy vatsaontelossa olevaan dialyysineesteeseen. (Iivanainen ym. 2006, 590.)

Peritoneaalidialyysihoido on jatkuvaa, koska vatsaontelossa on nestettä koko ajan. Kaikki dialyysineesteeseen siirtyneet haitalliset aineet poistuvat vatsaontelosta samalla kun vatsaontelon neste poistetaan. (Hannuksela ym. 2006, 231.)

Potilaan vatsaonteloon laitetaan silikonikatetri, joka kiinnitetään ompeleiden avulla vatsan iholle. Peritoneaalidialyysi ei vaadi dialyysikonetta, joten hoito voi tapahtua kotonakin. Potilaan tehtäväksi jää valuttaa dialyysineeste vatsaonteloon ja vaihtaa tämä neste ohjeiden mukaan. (Iivanainen ym. 2006, 590.)

Peritoneaalidialyysi ei myöskään ole ongelmaton hoitomuoto. Osa potilaista kokee dialyysinesteen vatsaontelossa epämiellyttäväksi. Vatsaontelo venyy ja potilaalla voi olla täyttävä olo. Joillakin on myös selkäkipuja, näitä voidaan kuitenkin vähentää hiukan pitämällä vatsa- ja selkälihakset kunnossa. Osa potilaista kokee myös, että jatkuvasti paikallaan oleva katetri häiritsee. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

Isompana ongelmana pidetään sitä että, bakteeri voi myös aiheuttaa infektion vatsaontelossa, jolloin potilaalle kehittyy peritoniitti. Yleensä bakteeri pääsee vatsaonteloon kateerin kautta, tämän takia hoidossa täytyy huolehtia hyvästä aseptiikasta. Dialyysinesteen vaihdot ja muu hoito täytyy tehdä mahdollisimman puhtaasti ja kateerin juuri on pidettävä hyvässä kunnossa. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

4 POTILAAN OHJAAMINEN

4.1 Ohjaus käsitteenä

Ohjaus on tuttu, mutta jokseenkin kuitenkin epäselvä käsite hoitotyössä. Lähikäsitteitä ohjaukselle ovat opetus, neuvonta ja tiedon antaminen. Ohjauksessa ohjaaja ja ohjattava rakentavat yhdessä tietoa, taitoa ja selviytymistä. Ohjattava itse määrittää ja muodostaa ohjauksen sisällön. Ohjaus on erittäin merkittävässä asemassa ohjattavan motivoitumiselle ja sitoutumiselle. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20.)

Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Ohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista. Ohjausta annetaan monenlaisissa tilanteissa. Se voi olla hoitajan puolesta suunniteltua, mutta joskus ohjaus voi lähteä myös potilaan omista tarpeista. Hyvä ohjaus kannustaa potilasta. Nykyään hoitoajat ovat lyhyitä, joten ohjauksen merkitys korostuu ja sen on oltava tehokasta. Tämä tehtävä kuuluu jokaiselle hoitohenkilökuntaan kuuluvalle hoitajalle. (Kynge ym. 2007, 5–6.)

Ohjaaja tarjoaa ohjaustilanteessa ajan, paikan ja oman ammatillisen osaamisen. Potilas tuo ohjaustilanteeseen omat merkitykset ja elämäntilanteen. (Vänskä ym. 2011, 3.) Ohjaus on täynnä mahdollisuuksia. Sitä annetaan kaikenikäisille, yksilöille ja ryhmille, terveille ja sairaille. Jokaisen kannattaa perehtyä ohjaukseen kunnolla, sillä sitä kautta voi löytää kehittymisen mahdollisuuksia ja aivan uusia ulottuvuuksia. (Eloranta & Virkki 2011, 7.)

4.1.1 Ohjauksen perusta ja lähtökohdat

Laki ja etiikka ovat ohjauksen lähtökohtana sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysalan toimintaa ohjaavat myös erilaiset laatu- ja hoitosuosituksset sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmat. Näiden pohjalta on myös ohjauksen toteuduttava. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden

vaikutuksista sekä muista hänen hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Jos terveystieteiden ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei aisti- tai puhevien vuoksi voidulla ymmärrettävällä, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (L 17.8.1992/785, 2 luku, 5§.)

Etiikka-sana tarkoittaa yksilöllistä tapaa. Hyvän ja oikean pohtiminen on keskeistä. Moraaliset käsitykset pohjautuvat teorioihin ja ajatusmalleihin. Etiikka on toiminnallista ja tiedollista. (Onnismaa 2007, 100.) Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisiin ohjausosaamiseen kuuluu ohjauksen eettisyyden arvioiminen. Eettinen pohdinta ohjauksen osalta tarkoittaa sitä, että pohditaan hyviä ja oikeita sekä pahoja ja väriä tapoja ohjauksessa. (Vänskä ym. 2011, 10.) Eettiset kysymykset ohjaustilanteissa liittyvät usein potilaan oikeuksiin. Mietitään myös sitä, miten hyvää edistetään ohjaustilanteissa. Näyttö ja hyvät käytännöt ovat tavallaan eettisyyden perusta ja ohjauksen tulee tukeutua näihin. Ohjauksen luotettavuuden taustalla on ajantasainen ja tutkittu tieto. Potilaalla on aina oikeus saada näiden seikkojen pohjalta toteutettua ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

Eettinen tietoisuus kuuluu eettiseen työskentelyyn. Hoitajan on selkeytettävä omat arvot ja kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta. Lisäksi hoitajan on pyrittävä välttämään häirintää ja harmia potilassuhteessa. Hoitajan on osattava kohdata tilanteita, joissa hänen on pohdittava omaa tapaa työskennellä eettisesti. Ohjaustilanteiden eettisten asioiden ymmärtämistä helpottaa, kun hoitaja tietää myös lainsäädännöstä. Hoitajan on huomioitava omat voimavarat, jotta hän pystyy tarjoamaan potilaalle parhaan mahdollisen avun ja tuen. Hoitajan on täytynyt pohtia omia arvojaan ja moraaliaan, että hän pystyy tunnistamaan yksittäiset eettiset kysymykset ohjaustilanteessa. (Kyngäs ym. 2007, 155.)

Myös hyvällä eettisellä ympäristöllä on vaikutusta ohjauksessa. Se tukee ohjausta antamalla riittävästi aikaa ja rauhallisen tilan. Hoitajalla on oltava tietoa ja taitoa toteuttaa ohjaus. Ohjaus on tehokkaampaa ja vaikuttavampaa, kun eettinen ympäristö on kohdallaan. Ympäristöä valittaessa tulee myös huomioida potilaslähtöisyys. Ympäristön on aina tarjottava selkeä ja ajantasainen tiedonsaanti potilaaseen katso-matta. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

Terveydenhuolto ja terveydenhuollon eri ammattikunnat ovat laatineet eettisiä ohjeita ja periaatteita taatakseen jokaisen potilaan oikeudenmukaisuuden ja tasavertaisen kohtelun. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet ovat yksi hyvä esimerkki näistä. Nämä ohjeet pyrkivät helpottamaan työntekijöitä tekemään eettisiä valintoja arjessa. (Vänskä ym. 2011, 10.)

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet kehottavat sairaanhoitajaa kohtaamaan potilaan arvokkaana ihmisenä. Hoitajan on otettava huomioon yksilölliset tavat, arvot ja vakautus. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua oman hoidon päätöksen tekoon. Potilasta on kuunneltava ja eläydyttävä tilanteeseen, jota potilas sillä hetkellä elää. Sairaanhoidajan ja potilaan välillä on oltava vuorovaikutukseen ja luottamukseen perustuva hoitosuhde. Hoitajan on annettava terveyttä koskevaa tietoa ja hänen on lisättävä ihmisten kykyä hoitaa itseään. Potilaan lisäksi myös hänen läheiset on huomioitava potilaan hoidossa. Sairaanhoidajan on koko ajan kehitettävä omaa ammattitaitoaan. (Sairaanhoidajat 2014.)

Kansalliset ja tutkimusnäyttöön perustuvat hoitosuosituksiset löytyvät Käypä hoito -suosituksista. Niistä löytyy suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyvät asiat. Suositukset on laadittu hoitopäätösten pohjaksi ja potilaan parhaaksi. Erikoislääkäriyhdistykset ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laativat yhdessä suositukset. Tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. (Käypä hoito 2016.)

Kansallista terveystalitiikkaamme linjaa Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sen pääpainona on terveyden edistäminen. Ohjelman taustalla on WHO:n Terveystä kaikille –ohjelma. Avainasemassa on elämäntilku ja jokapäiväisen elämän toiminnan kentät. (Sosiaali- ja terveys ministeriö 2015, 3.)

Kaste on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sen tarkoituksena on johtaa ja uudistaa suomalaista sosiaali- ja terveys politiikkaa. Ohjelmalla tavoitellaan hyvinvointi- ja terveys erojen kaventumista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden rakentumista potilasta kuunnellen. (Sosiaali- ja terveys ministeriö, [viitattu 27.11.2016].)

Ohjauksessa lähtökohtana on potilaslähtöisyys, ohjattavan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus sekä ohjaajan ja ohjattavan vastuullisuus. Jokaisella potilaalla on omat henkilökohtaiset oppimistarpeet, joiden varaan potilaslähtöisen ohjauksen on rakennettava. On löydettävä asiat jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumisessa ja on löydettävä potilaalle sopivat tavat toimia. Jaetussa asiantuntijuudessa potilas on hänen oman elämän asiantuntija ja ohjaajalla on asiantuntijuus oman ammatin puolesta. Potilaalla itsellään on vastuu omasta oppimisestaan ja tekemistään valinnoista. Ohjaajan vastuulla on ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Kynge & Hentinen 2009, 77–78.)

4.1.2 Oppimistyyli

Jokaisella on oma tapa oppia, ajatella ja tehdä havaintoja. Ohjaajan on otettava huomioon, että ohjattavan oppimistyyli voi olla täysin erilainen kuin hänen oma tyyli oppia. Kaikkein paras tilanne oppimiselle olisi, kun ohjaaja tunnistaisi oman ja sen lisäksi myös ohjattavan oppimistyylin. Ihmiset käyttävät oppimiseen erilaisia havaintokanavia, kuten kuulo- ja näköaistia, tekemistä ja tuntemista. Toiset oppivat käyttäen jokaista havaintokanavaa yhtä tehokkaasti, mutta toiset käyttävät oppimiseen vain tiettyä havaintokanavaa. Aina näitä seikkoja ei pysty tunnistamaan, mutta ne ovat silti tärkeää tiedostaa. Tiedostamisen avulla on helpompi käyttää ohjauksessa erilaisia tapoja ja menetelmiä. (Eloranta & Virkki 2011, 52.)

Visuaalinen ihminen oppii parhaiten näkemällä, lukemalla ja mielikuvien avulla. Tällöin ohjauksessa on hyvä käyttää apuna kuvamateriaalia. Auditivinen ihminen oppii kuuntelemalla, puhumalla, keskustelemalla ja itsepuhelulla. Heidän oppimistaan tukee ohjaustilanteessa annettu vahvistava palaute. Kinesteettinen oppija oppii kokeamalla, tuntemalla, tekemällä ja intuition avulla. Häntä voi ohjata oppimiseen tekemällä. (Eloranta & Virkki 2011, 52–53.)

4.1.3 Potilaan taustatekijät

Potilas on oman elämän asiantuntija, niinpä ohjaustilanteet rakentuvat aina asioihin, jotka potilas tuo esiin. Hoitajan on tunnistettava tarpeita yhdessä ohjattavan kanssa.

Potilaat ovat kaikki erilaisia yksilöitä ja se tuo haasteita ohjaajalle. Jos ohjattavan taustatekijöitä ei selvitetä, ohjaus on aina samankaltaista eikä näin ollen ohjattavan yksilöllisyyttä kunnioiteta. Hoitajan on hyvä tiedostaa myös omat taustatekijät ohjaukseen liittyen. Taustatekijät voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja ympäristötekijöihin liittyviä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.)

Fyysisiin tekijöihin kuuluu sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta siihen miten ohjattava ottaa ohjauksen vastaan. Joskus potilaan voi olla vaikean sairauden kourissa vaikea käsitellä ja muistaa asioita, joten on syytä miettiä asioiden tärkeyttä. Tärkeimmät asiat käsitellään ensin ja vähemmän tärkeitä asioita voidaan käsitellä myöhemmin vähitellen. (Kyngäs ym. 2007, 29–31.)

Ikääntyvällä on omia erityispiirteitä, jotka täytyy ottaa huomioon ohjauksessa, jotta se saadaan onnistumaan hyvin. Ikääntyneellä saattaa olla muutoksia kuulo-, näkö- ja muistitoiminnoissa. Ikääntynyt ei välttämättä kuule korkeita ääniä, konsonanttien kuuleminen vaikeutuu, puheenerotuskyky voi olla heikentynyt ja korvat saattavat tingittää. Tällöin on syytä varata rauhallinen ohjaustila ja kertoa selkeät ohjeet matalalla äänellä. Ohjaajan tulee huolehtia, että ikääntyneen mahdollisesti tarvitsemat apuvälineet toimivat kunnolla ohjausta annettaessa. Jos näkö on heikentynyt, on syytä valita hyvin valaistu tila, mutta ei kuitenkaan liian kirkas. Muis ti ongelmista kärsivä vaatii paljon aikaa sisäistäkseen asioita. Hänen kohdallaan on hyvä selvittää ne asiat, jotka hän jo tietää aiheesta. Ohjausaika on hyvä valita ikääntyvän toiveen mukaan ja aikaa on varatta riittävästi. On syytä puhua selkokielellä, välttää ammat tisanastoa ja kerrata läpi käydyt asiat. Läheiset on hyvä ottaa mukaan ohjaustilanteeseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 183–184.)

Onnistunut ohjaus parantaa ikääntyneen elämänlaatua ja saattaa estää ongelmien kasautumisen. Ikääntyneen ohjauksessa ilmapiiriin vaikuttavat ohjaajan vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustilanteissa pitää aina olla kunnioitusta, yksilöllisyyttä, huumorin käyttöä, kuuntelemista ja tietoa tulee antaa rehellisesti. Ikääntyneen kohtaamisessa näiden seikkojen on korostuttava entisestään. Ikääntyneiden on tärkeää saada kokea, että ohjaaja on aidosti kiinnostunut hänen tilanteestaan. Vastaan saattaa tulla myös tilanteita, joissa ikääntynyt kieltäytyy hoidosta. Ikääntyneen ja hänen läheisten mielipide saattaa erota toisistaan. Tällöin on hyvä muistaa potilaan itsemääräämisoikeus. (Kyngäs & Hentinen 2009, 183–185.)

Yliopistollisessa sairaalassa on tehty tutkimus iäkkäiden saamasta potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Iäkkäät olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä heille annettuun potilasohjaukseen. He olivat saaneet eniten ohjausta sairaudesta ja sen hoitamisesta, sekä tutkimuksesta tai hoitotoimenpiteestä. Vähiten ohjausta oli saatu sairauden syystä, kuntoutuksesta ja tukiryhmistä. (Isola ym. 2007, 59–60.)

Iäkkäät pitivät tärkeimpänä ohjauksen sisältönä sairauteen ja hoitoon sekä lääkitykseen ja tuleviin hoitotoimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyviä asioita. Iäkkäät potilaat kaipaivat myös enemmän lääkärin ohjausta. Tämän lisäksi kaivattiin myös enemmän potilaan ja omaisten tunteiden käsittelyä ohjauksen aikana. Iäkkäät olivat kiitollisia siitä, että ilmapiiri oli luotettavaa, miellyttävää ja asiantuntevaa. Kiireettömyyttä, inhimillisyyttä ja ohjaajan antamaa kannustusta oli voinut olla enemmän. Ohjaustilanteiden kiireellisyys johti siihen, että potilaan kuuntelu oli jäänyt vähäiseksi. Iäkkäät toivovat, että ohjaustilanne olisi yksilöllinen, koska he haluaisivat keskustella omista ongelmistaan ja toivoivat, että ohjaus olisi soveltuva heidän elämäntilanteeseen. Iäkkäät kaipaavat ryhmäohjausta, koska pitävät vertais tukea tärkeänä. Myös ohjausmenetelmiin olisi kaivattu monipuolisuutta, kuten ohjausvideoita ja kirjallista materiaalia. (Isola ym. 2007, 59–60.)

Iäkkäät toivovat, että heidän heikentyneitä aisti- ja muistitoimintoja huomioitaisiin ohjauksessa. Iäkkäät saivat hyvin tietoa itse sairaudesta ja se vahvisti hoitomyönteisyyttä. Iäkkäät haluavat, että ohjauksessa käytetään toistoa ja vierasperäisiä sanojen käyttöä vältettäisiin. (Isola ym. 2007, 59–60.)

Psyykkisiin tekijöihin kuuluu mieltymykset, kokemukset, odotukset, terveysuskomukset, tarpeet, oppimistyyli, oppimisvaikeudet ja motivaatio. Potilailla saattaa olla tiettyjä uskomuksia vaikkapa tiettyyn hoitomuotoon liittyen ja he voivat kieltäytyä käyttämästä sitä, koska uskovat sen aiheuttavan jotain pahaa. Potilailla voi olla myös joitain tiettyjä tapoja joista he eivät halua päästä irti, vaikka se olisi terveyden kannalta oleellista. Tällaisista asioista on hyvä keskustella ja ohjauksen avulla tilanteeseen voidaan löytää jokin kompromissi. (Kyngäs ym. 2007, 32–33.) Motivaatio on tärkeä osa ohjausta, sillä se vaikuttaa siihen miten hyvin potilas sitoutuu tilanteeseen (Kyngäs & Hentinen 2009, 28). Ohjaajan on kannustettava, innostettava ja rohkaistava ohjattavaa. Motivaation löytäminen ei yksistään riitä, vaan sitä on pyrittävä säilyttämään koko matkan ajan. (Pekkari 2009, 169.)

Sosiaaliset tekijät koostuvat kulttuurista, sosiaalisuudesta, etnisestä taustasta, eettisyydestä ja uskonnollisuudesta. Hoitajan tulee huomioida ohjauksessa läheisten tärkeys potilaalle. On selvitettävä potilaan tukiverkosto ja heidän mahdollisuudet olla osana potilaan elämää ja auttamista. Mikäli potilas ei itse pysty ymmärtämään ja ottamaan vastaan saatua ohjausta, on tärkeää suunnata ohjaus läheisille ja tällöin tulee korostaa heidän ohjaustarpeitaan. Potilaalla saattaa olla kulttuuriin ja uskontoon liittyviä seikkoja, jotka hoitajan tulisi tiedostaa. Myös äidinkieli voi olla rajoitteena, tällöin potilaan osallistumista täytyy pyrkiä helpottamaan ja hänelle on luotava turvallisuuden tunnetta. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

Hoitotyön kulttuuri, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ympäristö ovat osa ympäristötekijöitä. Merkittävin tekijä tässä on tila, jossa ohjausta annetaan. Ympäristö voi joko vahvistaa tai heikentää ohjausta. Ensivaikutelman luominen on erittäin tärkeää ja ratkaisee jatkossa paljon. Paras ympäristö ohjaukselle on sellainen, jossa ei ole mitään ylimääräisiä häiriötekijöitä. Ympäristöstä on löydyttävä ohjaukseen tarkoitettu materiaali, mutta sieltä ei saa löytyä mitään mikä voisi herättää pelkoa, esimerkiksi hoidossa käytettäviä neuloja. Ohjauksen toteuttamiseen on varatta riittävästi aikaa, ettei tule kiire. Ilmapiirin tulee olla luottamuksellinen ja avoin. (Kyngäs ym. 2007, 36–38.)

4.2 Ohjauksen tavoitteet ja vaiheet

Tavoite on kohde, johon pyritään tai jota pyritään välttämään. Tavoitteeseen päästäkseen tarvitaan toimintaa ja motivaatiota. Sitä voidaan lähestyä monella eri tavalla. Tavoitteeseen sitoutumien on tärkeää tavoitteeseen pyrkiessä. Tavoitteisiin voidaan yrittää päästä nopeasti tai sitten voi olla tavoitteita joihin pyritään pääsemään pidemmällä aikavälillä. Tärkeää on kannustaa ohjattavaa pääsemään tavoitteisiin. (Vänskä ym. 2011, 109–111.) Onnistuneessa ohjauksessa on oltava aina tavoitteita. Ohjaaja ja ohjattava laativat ohjaukselle tavoitteita yhdessä ja he rakentavat ohjausta niiden pohjalta. Tavoitteellisuudesta ei saa kuitenkaan tulla liian kaa- vamaista. (Kyngäs ym. 2007, 41–42.)

Potilaan tulisi huomata, että ohjaus on merkityksellistä. Näin ohjaus tuottaa enemmän tulosta ja potilas sitoutuu hoitoon paremmin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 81.)

Potilaan valmiudet suunnitella ja toteuttaa omaa hoitoaan tulisi vahvistua hyvän ohjauksen myötä. Myös heidän mahdollisuudet hoitoa koskevaan päätöksentekoon tulisi parantua. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 27.11.2016].) Usein potilailla on sairauteen ja muutostilanteisiin liittyviä pelkoja joita on tarkoitus vähentää ja poistaa ohjauksen avulla. Potilaan tyytyväisyys on riippuvainen onnistuneesta ohjauksesta. Hyvinvointi ja elämänlaatu voivat parantua huomattavasti. (Eloranta & Virkki 2011, 15.) Mieliala voi kohentua, masentuneisuus, ahdistus ja yksinäisyyden tunne väistyvät (Kyngäs ym. 2007, 145).

Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2014, 70) mukaan potilaiden yksilöllisen ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi olivat heikkoja. Tämä on huolestuttava tieto ja se vaatii kehittämistä.

Ohjattavalle on selvitettävä, mistä ohjauksessa on kyse. Heti alussa on tärkeää motivoida potilasta ja saada hänet sitoutumaan. Ohjaussuhteen alkuun on kiinnitettävä huomiota siksi, että ohjaajan ja ohjattavan välinen luottamus muodostuisi mahdollisimman nopeasti. Potilaalle on hyvä selventää, että ohjauksella tavoitellaan potilaan omien ohjaukseen liittyvien päämäärien toteuttamista ja että hänen oma aktiivisuus on tärkeää niiden saavuttamisessa. Ohjaajan on valmistauduttava hyvin ohjaustilanteisiin. Hyvän ohjauksen takaamiseksi on tärkeää asettaa tavoitteet ja keskittyä niihin seikkoihin, jotka ovat tärkeitä ohjattavan kannalta. (Pekkari 2009, 147–149.)

Tärkeä osa ohjauksessa on myös jatkuva ohjauksen arviointi ja tavoitteeseen pääsemisen arviointi. On arvioitava sitä mikä ohjauksessa on ollut hyvää ja mikä huonoa tavoitteeseen pääsyssä. Tämän pohtiminen on ensiarvoisen tärkeää etenkin pitkäaikaissairaana kohdalla, sillä he sitoutuvat hoitoon loppuelämäkseen ja myös ohjaus jatkuu yhtä kauan. Mikäli matkan varrella tulee ongelmia, niihin on puututtava ripeästi ja on mietittävä, miten ne korjataan. Arvioinnissa on hyvä käydä läpi saavutettuja tavoitteita ja antaa hyvää palautetta niiden mukaan. Ohjaajan tulee arvioinnissa keskittyä myös omaan toimintaan. On arvioitava, miten on ohjannut, kuinka hyvin on sitoutunut ja miten oma toiminta on vaikuttanut lopputulokseen. Ohjaajaa voidaan arvioida yhdessä potilaan kanssa, mutta itse arviointikin riittää. (Kyngäs & Hentinen 2009, 104–109.)

Potilaan neuvonnan ja hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan vuoksi on tarkoitettu potilasasiakirjat. Kirjatun tiedon tulisi olla helposti käytettävissä, helposti saatavilla, asianmukaisia, selkeitä, täsmällisiä ja yksiselitteisiä. Potilaslähtöinen hoitotyö, hoitotyön tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus sekä juridiset oikeudet toteutuvat, kun hoitotyö kirjataan oikein. Tämä edes auttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisessä. On huomioitava, että potilas ja hänen läheiset voivat katsoa asiakirjoja heidän niin halutessaan. Että potilasta pystytään ohjaamaan, antaa hänelle suunnitelmallista hoitoa, laatia niihin liittyviä tavoitteita, toteuttaa hoitoa ja seurata sitä, on potilasasiakirjoihin merkittävä riittävät tiedot näitä varten. (Niemi, Niemosvuori & Virikko 2006, 313–316.)

Perusedellytys ohjaukselle on, että se kirjataan. Kirjataan ohjauksen tarpeet, tavoitteet, toteutus ja arviointi. Ohjauksen jatkuvuus saattaa kärsiä, ellei kirjauksia ole tehty. Jos ohjaaja vaihtuu, on hänen hankala tietää missä vaiheessa ohjauksessa ollaan menossa. Myös seuranta ja arviointi ovat hankalia, jos ei tiedetä miten ohjaus on sujunut. (Kyngäs & Hentinen 2009, 109.)

Pitkäaikaissairaana aikuispotilaan ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella on tutkittu. Tutkimustulosten pohjalta on tehty päätelmiä ja ehdotuksia hoitotyön käytännön kehittämiseksi, koska ohjauksen kirjaaminen on ollut minimaalista. Ohjaus on tärkeä kirjata potilasasiakirjoihin. Ohjauksen kirjaamisen tulee perustua tavoitteelliseen ohjaukseen ja yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. Ohjauksen soveltaminen pitkäaikaissairaana päivittäiseen elämään on ilmevä ohjauksen kirjauksista. Ohjauksessa on oltava emotionaalisen tuen antamista ja fyysisiä tarpeita. Ohjauksen toteuttamiseksi ja jatkuvuudeksi tarvitaan yhtenäistä käsitteistöä ja rakennetta ohjauksen kirjaamisen turvaamiseksi. (Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs 2014, 19.)

4.3 Ohjausmenetelmät

4.3.1 Ohjausmenetelmien käyttö

On olemassa erilaisia ohjausmenetelmiä. Niitä on syytä käyttää monipuolisesti, jotta ohjauksen vaikutus olisi tehokkaampaa. Ohjausmenetelmän oikeassa valinnassa

auttaa se, kun tiedetään mikä on ohjauksen päämäärä ja miten potilas omaksuu asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Potilaslähtöisen ohjauksen toteutumista on tutkittu hoitotyön tekijöiden näkökulmasta. Sen mukaan ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö on vähentynyt. Ohjausmenetelmistä eniten on käytetty kirjallista ohjausmateriaalia. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 70.)

Oli ohjausmenetelmä mikä tahansa, vuorovaikutus on terveysalalla hyvin keskeistä. On osattava kommunikoida potilaiden, heidän läheisten ja koko työyhteisön kanssa. Vuorovaikutus on moninaista vaikuttamista toiseen ihmiseen. Vuorovaikutukseen kuuluu katsominen, kuunteleminen, puhuminen, kätteleminen, koskettaminen, läheisyys ja etäisyys, hiljaa oleminen, kehon liikkeet ja asennot, ilmeet sekä eleet. (Laine ym. 2007, 259.) Vuorovaikutuksen on oltava potilaslähtöistä eli sen on perustuttava potilaan tarpeisiin ja toiveisiin. Hoitajan on oltava vuorovaikutussuhteessa lämmin ja empaattinen ilman, että ammatillisuus kuitenkaan katoaa. (Laine ym. 2007, 240.)

Hyvät viestintätaidot ovat tärkeitä hyvän ja myönteisen ohjaussuhteen luomiseksi. Aito vuorovaikutussuhde antaa tilaa ajatuksille ja tunteille sekä ymmärryksen lisäämiselle ja yhteiselle pohdinnalle. (Pekkari 2009, 148–150.) Vuorovaikutuksessa tarvitaan myös vastavuoroisuutta. Se tarkoittaa sitä, että hoitajien täytyy myös osata kuunnella potilasta ja arvostaa hänen ajatuksiaan. Usein kuunteleminen voi tuntua hankalammalta kuin puhuminen. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 19.)

4.3.2 Yksilö- ja ryhmäohjaus

Yksilöohjaus on osa potilaan ja ohjaajan kahdenkeskeistä hoitosuhdetta. Yksilöohjausta tulee käyttää etenkin sairauden alkuvaiheessa. Hoitajan on oltava empaattinen. Vuorovaikutus perustuu dialogiin ja se edellyttää hoitajalta taitoja kommunikoida vastavuoroisesti. Tärkeintä on kuunnella potilasta ja antaa hänelle riittävästi aikaa. Ohjaus perustuu aina niihin seikkoihin, jotka tulevat potilaalta itseltään. (Diabetesliitto, [viitattu 27.11.2016].)

Yksilöohjauksessa on hyvää se, että potilaan taidot, tarpeet, mielenkiinto ja aikaisempi tietämys ovat vanhemmin ohjauksen taustalla. Ohjausta on siis helpompi ohjata juuri yksilön arkielämään sopivaksi. Potilaan saattaa olla helpompi tuoda omia asioitaan keskusteluun, kun tilanteessa ei ole ylimääräisiä. Yksilöohjaus on kuitenkin melko aikaa vievää ja aina ohjattavan ja ohjaajan kemiat eivät välttämättä kohtaa riittävän hyvin. (Diabetesliitto, [viitattu 27.11.2016].)

Ryhmäohjauksessa potilaat saavat keskenään vaihtaa tietoja ja kokemuksia, tämä edes auttaa oppimista. Ryhmäohjausta on hyvä toteuttaa siinä vaiheessa, kun sairauden ensivaihe on ohi ja potilas on valmis ottamaan vastaan tarkempaa ohjausta. 6-8 ihmistä on sopivan ryhmän koko. Ryhmäohjauksessa ohjaajan tehtäväksi jää luottamuksellisen ja avoimen ilmapiirin luominen sekä ryhmään osallistuvien henkilöiden kommunikaation virittäminen. Ohjaajan on myös otettava vastaan saatu palaute ja hänen on havaittava ryhmäläisten tuntemuksia. (Diabetesliitto, [viitattu 27.11.2016].)

Ryhmäohjauksessa positiivista on se, että siinä saa tärkeää vertaistukea. He saavat vaihtaa kokemuksia keskenään, mikä helpottaa tilannetta. He voivat saada ryhmäohjauksen avulla myös uusia tuttavuuksia. Ryhmäkeskusteluja voi olla kuitenkin vaikea toteuttaa. On hankalaa saada ohjaus sopivaksi jokaisen yksilöllisyys huomioon ottaen. Ryhmät eivät välttämättä toimi suunnitellulla tavalla. (Diabetesliitto, [viitattu 27.11.2016].)

Yksilö- ja ryhmäohjaus täydentävät toisiaan. Ne eivät sulje toisiaan pois. Potilaan tarpeet ja valmiudet tulee ottaa huomioon yksilöllisesti ja tehdä valinta sen mukaan. (Diabetesliitto, [viitattu 27.11.2016].)

4.3.3 Audiovisuaalinen ohjaus

Audiovisuaalista ohjausta voi olla puhelinohjaus, videot ja äänikasetit, tietoverkot, joukkoviestintä, kirjalliset ohjeet ja demonstraatio. Puhelinohjaus vaatii samankaltaista suunnittelua ja arviointia kuin muutkin ohjaukset. Se voi alkaa potilaan soitosta tai siitä, että ohjaaja soittaa potilaalleen. Tämä ohjausmuoto on melko haasteellinen,

koska potilaan kysymykset voivat olla hyvin monipuolisia eikä tässä voi käyttää sanatonta viestintää. Hoitajan on osattava selittää potilaalle tarkoin mahdolliset jatko- toimenpiteet puhelun jälkeen. (Kynäs ym. 2007, 116–120.) Puhelinohjaus on hyvä potilaan tilanteen alkuvaiheessa. Tämä on hyvä tapa hoitaa ohjaus, jos potilas on jostain syystä estynyt tulemaan paikan päälle. (Antikainen & Ruponen 2013, 14.)

Videot ja äänikasetit ovat hyödyllisiä potilaalle, jonka on hankalaa lukea ja ymmärtää mitä on lukenut. Äänikasettien apuna voi käyttää myös muuta materiaalia kuten kuvia. Tietokoneavusteinen ohjaus on melko vähäistä. Siinä täytyy tarkoin miettiä potilaan lähtökohtia, etenkin hänen tietokoneen käyttötaitoja. Useimmiten tätä käytetään kirjallisten ohjeiden lisäksi. Joukkoviestintää tarjotaan radiosta, televisiosta, sähköpostista, internetistä ja matkapuhelimista. Niiden etuna ovat nopeat yhteydet ja välitön vuorovaikutus. Tämä menetelmä mahdollistaa yksilö-, ryhmä- ja laajempien ryhmien ohjauksen. Tämä helpottaa vaikeiden ja herkkien asioiden esille tuomista. (Kynäs ym. 2007, 122–123.)

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia oppaita ja ohjeita. Niiden pituus voi vaihdella yhdestä sivusta useampaan sivuun. Lyhentyneiden hoitajaksojen vuoksi näiden käyttäminen on lisääntynyt. Potilaat toivovat ohjeita myös kirjallisena, sillä heidän on hyvä tukeutua niihin myöhemmin. Kirjallisen ohjeen tulisi olla jokaisen potilaan omiin tarpeisiin sopiva. Kirjallisten ohjeiden laatimisessa tulee ottaa huomioon muutama seikka. Ne on kirjoitettava selkokielellä ja riittävän ymmärrettävästi. Niiden tulee sisältää tärkeää ja potilaan tarvitsemaa tietoa. Kaikki yleisason asiat on syytä jättää niistä pois. Huonosti tehty kirjallinen osuus voi pilata muuta ohjeistusta. Kirjallisiin ohjeisiin on hyvä lisätä yhteystiedot mihin potilas voi turvautua kysymysten tullessa. (Kynäs ym. 2007, 124–126.)

Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla on tutkittu. Potilaat pitivät tärkeinä kirjallisia ohjeita. On tärkeää laatia selkeitä kirjallisia ohjeita, joita voidaan antaa muistin tueksi potilaille kotiin. On tärkeää muistaa varmistaa, että ohjeet on ymmärretty oikein. Potilaalle ja läheisille on annettava aikaa kirjalliseen ohjeeseen perehtymiseen ja varmistettava ymmärsivätkö he ohjeet. Hoitajan on käytävä kirjallinen ohje suullisesti läpi potilaan ja läheisten kanssa. Kirjallisella ohjeella on merkitystä jatkohoidon turvalliseen onnistumiseen. (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 26.)

Demonstraatioon liittyy käsitteet havainnollistaminen ja konkretisoiminen. Havainnollistamisessa korostetaan aistien avulla tehtäviä havaintoja. Silloin oppimisessa käytetään hyväksi eri aisteja. Konkreettisuus tulee ilmi kokemusten kautta. Näyttämällä opettaminen on demonstrointia. Se sopii parhaiten motoristen taitojen ja erilaisten käytänteiden opetteluun. Tilanne pitää aina suunnitella ja valmistella hyvin ja potilaalle on kerrottava selkeästi sen tarkoituksesta. Ohjaajan on oltava tarkkana, ettei ohjattavan rooli ole vain kuunnella ja katsella. Hänet on innostettava mukaan. Harjoittelun yhteyteen on hyvä ottaa myös muistilista. (Kynäs ym. 2007, 128–131.)

4.3.4 Motivoiva haastattelu

Motivoivan haastattelun tavoitteena on löytää potilaan motivaatio ja vahvistaa sitä. Hyvällä kommunikaatiolla voidaan motivaatioon vaikuttaa positiivisesti. Tärkeää on selvittää potilaan taustat ja lähtökohdat huolellisesti, sillä niillä on suuri merkitys potilaan motivaatioon. Ohjaajan on varottava olemasta liian käskyttävä ja vaativa, sillä se voi tappaa motivaation. Ohjaajan tulee osoittaa empatiaa. Esimerkiksi katsekontaktilla ja aidon kuuntelemisen avulla potilaalle tulee tunne, että hänestä välitetään. Ohjaajan on kasvatettava potilaan kykyjä ja itseluottamusta. Potilaan vahvuuksia on vahvistettava hyvien asioiden esiintuomisella. Joskus potilas voi olla asioista eri mieltä, silloin ohjaaja ei saa provosoida vaan pieni myötäily on parempi vaihtoehto. (Järvinen 2014.)

Motivaatiota voidaan herättää muun muassa heijastavalla kuuntelulla, avoimilla kysymyksillä ja positiivisella palautteella. Avoimilla kysymyksillä pyritään siihen, että potilas puhuisi paremmin omista asioistaan. Heijastava kuuntelu yrittää saada potilaan näkemään tilanteen objektiivisemmin ja tätä kautta herättämään motivaation. Positiivinen palaute tukee hoitoon sitoutumista, sitä kannattaa antaa pienistäkin hyvistä ja oikeista asioista. (Jauhiainen 2010, 52.)

5 POTILAAN OHJAAMINEN ENNEN TOIMENPIDETTÄ

Potilaalle tuleva toimenpide on aina uusi tilanne potilaalle itselle ja hänen läheisille. He joutuvat opettelemaan uusia asioita. Tuleva toimenpide aiheuttaa aina muutoksia elämän eri osa-alueilla. Potilaille ja heidän läheisilleen on annettava tietoa sairaudesta, tutkimuksesta, mahdollisista komplikaatiosta ja hoitovaihtoehdoista. Näiden avulla he pystyvät selviytymään paremmin. Potilaat tarvitsevat usein läheisten apua ja tukea arjesta selviytymiseen, joten ohjauksessa on panostettava yhteistyöhön läheisten kanssa. Potilaat haluavat tietoa myös kustannuksista, vakuutusasioista, ja sairauspäivistä. (Eloranta ym. 2015, 20.)

Ennen toimenpidettä potilaan opastus aloitetaan sairaalassa potilaan ensimmäisestä hoitokerrasta lähtien ja hoitoa opetellaan potilaan kanssa suunnitelmallisesti niin kauan kunnes sekä potilas että hoitohenkilökunta ovat varmoja, että potilas selviää hoidostaan. Tuleva hoitopaikka päätetään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa potilaan tarpeiden mukaan. (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016].)

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla potilaan ohjauksesta ennen dialyysihoitoa. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata potilaan ohjausta ennen dialyysihoitoa.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Millaisia ohjaustarpeita potilailla on ennen dialyysihoitoa?
2. Millaisia menetelmiä käytetään potilaan ohjauksessa ennen dialyysihoitoa?

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

7.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkimusmenetelmänä käytetään soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkittavasta aiheesta on oltava aiempaa tutkimustietoa, jotta kirjallisuuskatsauksen luominen onnistuu. Kirjallisuuskatsaus on tiedon keräämistä rajatusta aiheesta. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan keskustelua ja etsitään tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja olennaisia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen tekijä käy läpi paljon erilaista tutkimusmateriaalia tiivissä muodossa pyrkien asettamaan tutkimuksen sekä historiallisen että oman tieteenalansa kontekstiin. (Salminen 2011, 9.) Aikaisemmasta tutkimustiedosta laaditaan yhteenveto kirjallisuuskatsauksen avulla (Stolt, Axelin & Suhonen 2015a, 6).

Tutkimuskysymykset määrittävät tutkimuksen suunnan. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, jonka vaiheet menevät seuraavasti: tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadunarviointi sekä alkuperäistutkimusten analysointi ja tutkimusten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39.)

7.2 Aineisto hankinta

Kirjallisuuskatsauksen aineiston hankinta aloitettiin kesäkuussa 2016. Aineiston haussa sisäänottokriteerinä oli se, että tutkimukset olisivat aikaväliltä 2006-2017. Otimme mukaan tutkimuksia, jotka olivat tehty suomen tai englannin kielellä. Tutkimuksille vaatimuksena oli se, että ne vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen oli kerrottava potilaan ohjauksesta ennen dialyysihoitoa. Poissulkukriteerinä olivat tutkimukset, jotka olivat tehty ennen vuotta 2006. Kaikki muut vieraskieliset tutkimukset ja tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin suljettiin pois. Poissulkukriteerinä oli myös se, jos tutkimus ei ollut saatavilla ilman maksua.

Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja olivat Melinda, Medic, PubMed, ja Cinahl. Näiden lisäksi on käytetty myös manuaalista tiedonhakua. Haussa on käytetty apuna informaattikkoa. Käytetyt suomenkieliset hakusanat olivat dialyysi ja ohjaus. Hakusanoissa käytettiin *- ja ?-katkaisumerkkejä. Näin saatiin mahdollisimman laajat hakutulokset. Melinda tuotti 10 hakutulosta, mutta näistä ei yksikään ollut tutkimusartikkeli. Medicistä saatiin neljä hakutulosta, joista kaksi valittiin mukaan. Englanninkielisinä hakusanoina PubMedissä käytettiin renal dialysis AND patient education as topic. Sieltä löytyi 195 hakutulosta, joista 23 valittiin otsikon perusteella, seitsemän tiivistelmän perusteella ja yksi valittiin kirjallisuuskatsaukseen. Toinen haku PubMedistä oli hakusanoilla peritoneal dialysis AND patient education as topic, tällä haulla löytyi 46 hakutulosta, joista otsikon perusteella valittiin neljä ja tiivistelmän perusteella valittiin neljä. Näistä lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen ei päätynyt yhtäkään. Cinahlissa käytettiin hakusanoja counseling OR patient education AND dialysis OR dialysis patient OR home dialysis OR peritoneal dialysis OR dialysis care OR peritoneal dialysis care. Näillä hakusanoilla saatiin 38 hakutulosta, joista yhdeksän valittiin otsikon perusteella. Yhtä tutkimuksista ei saatu avattua käyttöoikeuden puuttuessa. Kolme valikoitui lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen. Tiedonhausta löytyy taulukko työn lopusta (Liite 1). Tutkimuksia valikoitui kirjallisuuskatsaukseen yhteensä kuusi (Liite 2). Näistä kaksi oli suomenkielisiä ja englanninkielisiä tutkimuksia valikoitui mukaan neljä.

Tiedonhaun jälkeen valikoituneet tutkimukset tulostettiin tarkempaa läpikäyntiä varten. Tutkimuksista alleviivattiin värikynillä keskeiset tulokset tutkimuskysymyksittäin. Molemmille tutkimuskysymyksille tehtiin omat taulukot, joihin tuloksia kerättiin. Molemmat oppinnäytetyöntekijät kävi alleviivatut tulokset läpi ja teki pelkistykset. Tämän jälkeen pelkistystä katsottiin yhdessä ja näin varmistettiin, että molemmilla on asioista sama käsitys. Pelkistysten avulla luotiin yhdistäviä alakategorioita ja niistä muodostui yläkategorioita.

7.3 Aineiston kuvailu

Ensimmäinen Medicistä löytynyt sisäänottokriteerit täyttävä artikkeli on Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arviomana. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus on julkaistu Tutkiva hoitotyö –lehdessä 2014, ja sen ovat kirjoittaneet Sini Eloranta, Veronica Gröndahl, Janne Engblom ja Helena Leino-Kilpi. Aineisto on kerätty Sairaalapotilaan Tiedon Saanti –mittarilla. Toinen Medicistä löytynyt artikkeli on katsausartikkeli, joka kertoo munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoidosta. Artikkelin ovat kirjoittaneet Eero Honkanen ja Agneta Ekstrand. Tutkimus on julkaistu Suomen Lääkärilehdessä vuonna 2006. Vaikka kyselyssä on katsausartikkeli ja se on hieman toivottua vanhempi, se on otettu mukaan kirjallisuuskatsaukseen, koska sisältö oli hyvä.

PubMedistä löytynyt artikkeli on Is Dorothy Correct? The Role of Patient Education in Promoting Home Dialysis. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lähestymistapoja potilasohjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi ja yksittäisen potilaan elämänsuunnitelman kehittämiseksi. Tutkimus on julkaistu Seminar in Dialysis –lehdessä vuonna 2013 ja sen ovat kirjoittaneet Thomas A. Gelper, Rajnish Mehrotra ja Martin S. Schreiber.

Cinahlista löytyi viimeiset kolme artikkelia. Ensimmäinen niistä on nimeltään Self-managements support for peritoneal dialysis patients. Tutkimuksen tarkoitus oli edistää itsehallintoa vatsakalvodialyysipotilailla. Sen ovat kirjoittaneet Mari Sarian, Diane Braulta ja Nathalie Perreault vuonna 2012 ja se on julkaistu lehdessä nimeltä The CANNT journal. Life on dialysis: A Lived Experience on toinen sisäänottokriteerit täyttävä artikkeli, joka valittiin kirjallisuuskatsaukseen. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tutkia ovatko loppuvaiheen munuaissairautta sairastavat potilaat saaneet tarpeeksi ohjausta, että komplikaatiot vältettäisiin. Tämä artikkeli on julkaistu vuonna 2010 Nephrology nursing journal –lehdessä. Artikkelin ovat kirjoittaneet Kathryn A. Clarkson ja Kim Robinson. Viimeisin sisäänottokriteerit täyttävä artikkeli on An implementation pathway for matching education material with the literacy level of dialysis patients. Tutkimuksen tarkoitus oli varmistaa, että potilasohjeet ovat sellaisia, joihin potilaiden lukukyky riittää. Artikkelin ovat kirjoittaneet Julie E. Owen, Jacinda

Kohne, Lee Douglas, Tim D. Hewitson ja Rachael Balwin vuonna 2009. Artikkelin on julkaistu *Renal Society of Australasia journal* nimisessä lehdessä.

7.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysin tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Opinnäytetyön tekijät järjestelivät ja luokittelevat aineistoa sekä etsivät yhtäläisyyksiä ja eroja. Lopuksi muodostuu ymmärtävää kokonaisuutta, kun tekijät ovat kirjoittaneet ja tarkastelleet tuloksia. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa valitaan tutkimukset sekä tarkastellaan niitä. Tämän jälkeen aineistoa luetaan, tehdään merkintöjä ja tarkoituksena on etsiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, ryhmitellä ja vertailla niitä. Tulokset ja johtopäätökset on luettava tutkimuksista erityisen tarkasti. Kolmannessa vaiheessa muodostetaan eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä looginen kokonaisuus. Näiden avulla muodostuu viimeinen vaihe, eli tutkimustulokset. (Stolt ym. 2015b, 30–32.)

Ensimmäisenä valittiin tutkimukset ja ne läpikäytiin. Tämän jälkeen aloitettiin sisällönanalyysi. Analyysi koottiin taulukkoon (Liite 3), johon kerättiin alkuperäisilmauksia tutkimuksista, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaukset ovat tekstistä löydettyjä keskeisimpiä tutkimuskysymyksiin liittyviä tuloksia. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja niistä luotiin yhdistäviä alakategorioita. Alakategorioista muodostui yläkategorioita, jotka ovat vastauksia tutkimuskysymyksiin.

8 TULOKSET

8.1 Potilaiden ohjaustarpeet ennen dialyysihoitoa

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavat tulokset voitiin jakaa kolmeen yläkategoriaan. Näitä olivat tiedollinen tarve, emotionaalinen tarve ja sosiaalinen tarve.

Tiedollinen tarve. Tiedollisen tarpeen osalta keskeisimmät asiat ovat tieto sairaudesta, tieto hoidosta ja tieto arjesta selviytymisestä. Koska dialyysihoito aiheuttaa merkittäviä muutoksia potilaan elämässä, potilaalle on annettava nimenomaan konkreettista tietoa sairaudesta, dialyysihoidosta ja sen vaikutuksista arjesta selviytymiseen. Tästä johtuen myös bio-fysiologinen ja toiminnallinen ulottuvuus on oltava oleellisena osana potilaan ohjauksessa. Potilaat kaipaavat uusia keinoja useista tutuista asioista selviytymiseen. (Eloranta ym. 2014, 7–9.) Honkasen ja Ekstrandin (2006, 1703) mukaan ohjausta on annettava munuaistaudista, sen hoitomenetelmistä, sosiaaliturvasta ja liikunnasta. Ohjaus ennen dialyysihoitoa on erityisen tärkeä vaihe, koska silloin valitaan potilaalle sopiva hoitomuoto ja aloitetaan siihen sopiva ohjaus.

Potilaat ovat nostaneet tutkimuksessa esille viisi asiaa joista haluavat ohjausta. Näitä ovat tieto elinsiirrosta, peritoniitin oireista ja sen hoidosta sekä ruokahaluttomuudesta. Lisäksi potilaat halusivat tukiryhmiltä tietoa elämästä katetrin kanssa ja ravitsemusterapeutin näkökulman ihannepainosta. (Sarian, Brault & Perreault 2012, 21.) Potilaat itse kokevat, että heidän päätöksiinsä omasta terveydenhuollosta vaikuttaa vahvasti sairauden ja sen vaikutusten ymmärtäminen. Potilaille on annettava tietoa myös hyvistä ja huonoista puolista sekä elinajanodotteesta. (Golper, Mehrotra & Schreiber 2013, 139.) Tutkimuksen mukaan potilaat halusivat oppia huolehtimaan omasta lääkehoidosta. Lisäksi haluttiin tietoa dialyysihoidon sivuvaikutuksista ja siitä miksi hoito-ohjeita on noudatettava ja mitä seuraa, jos niitä ei noudata. (Clarkson & Robinson 2010, 33.)

Emotionaalinen tarve. Emotionaalisen tarpeen osalta keskeisimmäksi asiaksi nousi emotionaalisten tarpeiden käsittelyhoitajan kanssa. Sairauden kanssa pystyy

elämään mahdollisimman normaalia elämää ja pitkäaikaissairastuneet kokevat tärkeäksi, että ammattihenkilöt korostavat tätä. (Eloranta ym. 2014, 7, 9.) Potilaat ovat maininneet emotionaalisten tarpeiden käsittelyyn liittyvän ohjauksen olevan tarpeellista (Clarkson & Robinson 2010, 34).

Sosiaalinen tarve. Sosiaalisen tarpeen osalta keskeisimmiksi asioiksi nousi läheisten huomiointi ja sosiaalinen ulottuvuus. Clarksonin ja Robinsonin (2010, 34) tekemässä tutkimuksessa on tullut esille potilaiden ymmärrys siitä, että tämä ei ole vain yksilön sairaus, vaan koko perheen sairaus. Ohjaustilanteissa vähemmälle huomiolle on jäänyt sosiaalinen ulottuvuus. Tutkimuksen mukaan potilaat kaipaavat tietoa siitä, miten läheiset voivat osallistua hoitoon. Sosiaalityöntekijän palveluista ja potilasjärjestöjen toiminnasta ei ole kerrottu potilaille riittävästi. Vertaistuesta kaivataan myös lisää tietoa. Koska hoitomuoto on vaativa, nämä auttavat potilasta ja hänen läheisiään sopeutumaan sen kanssa elämiseen. (Eloranta ym. 2014, 7, 9.)

8.2 Ohjausmenetelmät ennen dialyysihoitoa

Toiseen tutkimuskysymykseen vastaavat tulokset voitiin jakaa kolmeen yläkategoriaan. Näitä olivat yksilöllisyys ohjauksessa, emotionaalisuus ohjauksessa ja muut menetelmät ohjauksessa.

Yksilöllisyys ohjauksessa. Potilaiden ohjastarpeet ja potilaiden yksilöllinen huomiointi ovat keskeisimpiä asioita yksilöllisessä ohjauksessa. Ammattihenkilöiden tulisi ottaa potilas aktiivisesti osaksi ohjausprosessia ja potilaan tulee saada kertoa käsityksensä ohjaustarpeista. Potilaan ohjauksessa tulee selvittää yhdessä potilaan kanssa potilaan henkilökohtaiset tiedolliset odotukset. Tärkeä osa ohjausta on kuunnella potilasta. Ohjauksen tarve on erilaista jokaisen potilaan kohdalla, riippuen sairaudesta ja sen hoidon vaikutuksista potilaan arkielämään. Tämän vuoksi on aina arvioitava erikseen millaista ohjausta ja tukea potilas eri vaiheissa tarvitsee. Lisäksi potilaan sukupuoli on huomioitava ohjauksessa. (Eloranta ym. 2014, 8–9.) Käytännöstä saatujen johtopäätösten perusteella munuaistauteja hoitavien olisi hyvä käyttää enemmän aikaa yksilölliseen hoitoon (Clarkson & Robinson 2010, 34).

Emotionaalisuus ohjauksessa. Tärkein osa emotionaalista ohjausta on hoitajan antama tuki. Kun potilas sairastuu vakavasti, hänen elämänsä muuttuu merkittävästi. Tässä muuttuneessa elämäntilanteessa potilaan selviytymistä voidaan tukea ohjauksen avulla. Ohjauksen lisäksi ammattihenkilöiden rohkaisu tulevaisuuden suhteen on tärkeää pitkäaikaissairastuneille. (Eloranta ym. 2014, 7.) Myös Clarksonin ja Robinsonin (2010, 34) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat ovat maininneet tarvitsevänsä hoitajan tukea.

Muut menetelmät ohjauksessa. Ohjauksen toistaminen, ohjauksen eri muotojen ja kirjallisten materiaalien käyttäminen ovat keskeisimpiä menetelmiä ohjauksessa. Ohjausta on hyvä antaa yksilöohjauksena ja ryhmäohjauksena (Honkanen & Ekstrand 2006, 1703). Hoitaja voi ohjata potilasta parempaan itsehoitoon tarjoamalla kokonaisvaltaista koulutusta ryhmissä, joissa rohkaistaan potilaita ja vastataan kysymyksiin (Clarkson & Robinson 2010, 29). Monimutkaisia tietoja tulee toistaa, että potilaat pystyisivät omaksumaan ne paremmin. Potilaat toivovat, että säännölliset ohjaustilanteet eri aiheista pitäisi olla osa rutiinia. (Sarian ym. 2012, 22.)

Kirjallista materiaalia annettaessa tulisi tarkastaa onko potilaalla kykyä lukea niitä. Kirjallisten ohjeiden tasoon on kiinnitettävä huomiota. Ne ovat olleet riittämättömiä selittämään monimutkaisia lääketieteellisiä termejä ja hoitoja. Jotta potilaita voitaisiin ohjata paremmin, huomiota tulee kiinnittää materiaalin esitystapaan ja siihen, kuinka vaikeat termit on ilmaistu. Kirjallisten materiaalien kanssa vaaditaan moniaistinvaraista ja monitieteellistä lähestymistapaa. Näiden avulla verbaalisia ja visuaalisia viestejä voidaan täydentää ja vahvistaa. (Owen ym. 2009, 136.)

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita on noudatettava kirjallisuuskatsauksessa. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus ovat tärkeitä lähtökohtia tutkimuseettisen neuvottelukunnan tekemien ohjeiden mukaan. Näihin lähtökohtiin perustuu opinnäytetyön eettisyys, luotettavuus ja uskottavuus. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät on oltava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Hyvä tieteellisen käytännön mukaan lähdeviitteet on kirjattava asianmukaisesti, näin kunnioitetaan muita tutkijoita ja arvostetaan heidän tekemää työtään. Eettisyyteen kuuluu myös tarvittavien tutkimuslupien hankinta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Systemaattista kirjallisuuskatsausta aloittaessa, täytyy perehtyä sen teoreettisiin perusteisiin ja arvioida niitä kriittisesti. Näin siitä tulee luotettava ja pätevä tapakoota jo tutkittua tietoa. Sen avulla voidaan välttää systemaattista harhaa ja osittaa puutteita tutkimustiedossa tai löytää jo olemassa olevaa systematisoimatonta tutkimustietoa. Laatu arvioidaan koko kirjallisuuskatsauksen ajan. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta pyritään lisäämään kiinnittämällä huomio valittujen alkuperäistutkimusten laatuun. Tämä on hyvä menetelmä tieteellisen tiedon tuottamiseen, koska se täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit. (Kääriäinen & Lahinen 2006, 36–44.)

Tiedonhaku on toteutettu systemaattisesti ja sisään- ja ulosottokriteereistä on pidetty kiinni. Tiedonhaun jälkeen valikoituneet tutkimukset tulostettiin tarkempaa läpikäyntiä varten. Tutkimuksista alleviivattiin keskeiset tulokset. Molemmille tutkimuskysymyksille tehtiin omat taulukot, joihin tuloksia kerättiin. Molemmat opinnäytetyöntekijät kävivät alleviivatut tulokset läpi ja tekivät pelkistykset. Tämän jälkeen pelkistyksiä katsottiin yhdessä ja näin varmistettiin, että molemmilla on asioista sama käsitys.

Opinnäytetyössä oli kaksi tekijää. Opinnäytetyön lukivat myös omat opponoijat ja opettajat. He antoivat neuvoja ja palautetta, joiden mukaan työtä korjattiin tarpeen

vaatiessa. Työssä käytettyjä lähteitä arvioitiin tarkoin. Kaikki lähteet ovat luotettavasta alkuperästä ja ne ovat merkitty oikeaoppisella tavalla. Tekijät ovat pyrkineet olemaan itse aktiivisia ja tarkkaavaisia työn toteutuksessa. Aiemmin saatuja tutkimustuloksia ei ole muutettu toiseksi, vaan on pyritty esittämään asia mahdollisimman samanlaisena mitä alkuperäisessä lähteessä. Koottua tietoa on helppo siirtää käytännön työhön.

9.2 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla potilaan ohjauksesta ennen dialyysihoitoa. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata potilaan ohjausta ennen dialyysihoitoa.

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli se, että millaisia ohjaustarpeita potilailla on ennen dialyysihoitoa? Tämän kysymyksen tutkimustulokset voitiin jakaa kolmeen eri kategoriaan, joita olivat tiedollinen tarve, emotionaalinen tarve ja sosiaalinen tarve. Tiedollinen tarve kuvastaa sitä, millaista kokonaisvaltaista tietoa potilaille on annettava sairaudesta ja sen hoidosta ja arjesta selviytymisestä ennen dialyysihoitoa. Emotionaalisella tarpeella on kuvattu sitä, minkälaista emotionaalista ohjausta hoitajan on annettava. Viiminen kategoria oli sosiaalinen tarve, joka kuvastaa sosiaalisen ulottuvuuden ja läheisten huomiointia.

Tiedollisen tarpeen osalta tuloksista kävi ilmi, että potilaille on annettava konkreettista tietoa sairaudesta, dialyysihoidosta ja sen vaikutuksista arjesta selviytymiseen muuttuneessa elämäntilanteessa. Potilaat kaipaavat uusia keinoja selviytymiseen. (Eloranta ym. 2014, 7–9.) Honkasen ja Ekstrandin (2006, 1703) tutkimuksesta ilmeni myös, että potilaille on annettava ohjausta munuaistaudista ohjausmenetelmistä, liikunnasta ja sosiaaliturvasta. Näiden lisäksi Clarksonin ja Robinsonin (2010, 33) tutkimuksen mukaan potilaat ovat ilmaisseet halunsa oppia myös lääkehoidosta ja dialyysin sivuvaikutuksista. Teoreettisesta viitekehiksestä nousi esiin samankaltaisia asioita. Sairauteen sopeutuminen vaatii uusien asioiden oppimista ja paljon tietoa (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016]). Potilaat ovat pitäneet tärkeimpänä ohjauksen sisältönä sairauteen ja hoitoon sekä lääkitykseen ja tuleviin hoitoimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyviä asioita (Isola ym. 2007, 59–60).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ilmeni uutena asiana, että potilaat haluavat tietoa elinsiirrosta, peritoniitin oireista ja hoidosta, tietoa tukiryhmiltä elämästä katetrin kanssa, ravits emusterapeutin näkemyksen ihannepainosta sekä tietoa ruokahaluttomuudesta (Sarian ym. 2012, 21). Tietoa kaivattiin elinajanodotteesta sekä hyvistä ja huonoista puolista sairauteen ja hoitoon liittyen (Golper ym. 2013, 139). Clarksonin ja Robinsonin (2010, 33) mukaan potilaat halusivat tietää myös miksi hoito-ohjeita tulee noudattaa ja mitä tapahtuu, jos niitä ei noudata.

Emotionaalisen tarpeen osalta kirjallisuuskatsauksen tuloksissa selvisi, että pitkäaikaissairastuneet kokevat tärkeäksi, ammattihenkilöiden korostuksen mahdollisuudesta elää mahdollisimman normaalia elämää. (Eloranta ym. 2014, 7, 9.) Teoreettisen viitekehyksen tuloksissa ilmeni, että on täysin normaalia, että potilaat miettivät elämänjatkumista (Munuais- ja maksaliitto, [viitattu 29.11.2016]). Uutena asiana tuli esiin, että potilaat pitivät tarpeellisena ohjausta emotionaalisten tarpeiden käsittelyyn. (Clarkson & Robinson 2010, 34).

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan sosiaaliseen tarpeeseen liittyen ohjaustilanteissa vähemmälle huomiolle on jäänyt se, miten läheiset voivat osallistua hoitoon sekä vertais-tuen, sosiaalityöntekijän palveluiden ja potilasjärjestöjen toiminnan käsittely (Eloranta ym. 2014, 7, 9). Aiemmistä tuloksista ilmeni, että hoitajan on huomioitava läheisten tärkeys potilaalle. Potilaan tukiverkosto on selvitettävä ja mietittävä, kuinka he voivat olla osana potilaan elämää ja auttamista. Läheisten ohjaus korostuu erityisesti silloin, kun potilas ei itse pysty ottamaan ohjausta vastaan. (Kynäs ym. 2007, 36–37.)

Toinen tutkimuskysymys oli se, että millaisia menetelmiä käytetään potilaan ohjauksessa ennen dialyysihoitoa? Tähän kysymykseen vastaavat tutkimustulokset voitiin jakaa kolmeen kategoriaan, joita olivat yksilöllisyys ohjauksessa, emotionaalisuus ohjauksessa ja muut menetelmät ohjauksessa. Yksilöllisyys ohjauksessa kuvastaa niitä menetelmiä, joilla voidaan parhaiten vastata potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ennen dialyysihoitoa. Emotionaalisuus ohjauksessa kuvastaa hoitajan antamaa tukea. Muilla menetelmillä ohjauksessa tarkoitetaan erilaisia keinoja ohjata potilasta.

Yksilölliseen ohjaukseen liittyen kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan erityisesti sukupuoli tulisi huomioida paremmin. Ohjaus on sovitettava aina sen mukaan, miten

sairaus ja hoito vaikuttavat joka päiväiseen elämään. Potilaan on saatava osallistua aktiivisesti ohjausprosessiin ja saatava kertoa käsityksensä omista ohjaustarpeista. Potilaan tiedolliset odotukset tulee arvioida yhdessä potilaan kanssa. On tärkeää kuunnella potilasta. (Eloranta ym. 2014, 7–9.) Teorettisessa viitekehyksessä tulee esille, että kaikki potilaat ovat erilaisia ja ohjauksen on oltava yksilöllistä. Yksilöllisyydessä on huomioitava fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. (Kyngäs ym. 2007, 26–31.)

Emotionaalisen ohjauksen osalta kirjallisuuskatsauksen tuloksista selvisi, että muutuneessa elämäntilanteessa potilaan selviytymistä voidaan tukea ohjauksen avulla. Pitkäaikaissairastuneet tarvitsevat ammattihenkilöiden rohkaisua tulevaisuuden suhteen. (Eloranta ym. 2014, 7, 9.) Clarksonin ja Robinsonin (2010, 34) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että potilaat kaipaavat hoitajan tukea. Aiemmissä tuloksissa myös Kyngäksen ym. (2007, 26–28) mukaan potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitajan on yhdessä potilaan kanssa tunnistettava ohjaustarpeet. Potilasta tulee kannustaa, innostaa ja rohkaista. Vuorovaikutustilanteissa tulee aina olla kuuntelemista (Kyngäs & Hentinen, 2009, 183–185).

Kirjallisuuskatsauksen tulokset muiden ohjausmenetelmien suhteen olivat samankaltaisia kuin aiemmissä tuloksissa. Ohjaus voi tapahtua yksilö- tai ryhmäohjauksena (Honkanen & Ekstrand 2006, 1703). Erityisesti nefrologin aikaa kaivattiin enemmän yksilölliseen ohjaukseen (Clarkson & Robinson 2010, 34). Potilaat toivoivat, että tietoja toistettaisiin, jotta ne opittaisiin paremmin (Sarian ym. 2012, 22). Tulosten mukaan huomiota tulisi kiinnittää kirjallisten ohjeiden selkeyteen ja monimutkaisten ja vaikeiden termien käyttöön. Ohjeet eivät ole olleet riittäviä selittämään monimutkaisia lääketieteellisiä termejä. Kirjallisten ohjeiden lisäksi ohjauksessa tulee käyttää moniaistinvaraista lähestymistapaa. (Owen ym. 2009, 136.) Aikaisemmat tulokset kertovat, että jokaisella on oma tapa oppia (Eloranta & Virkki 2011, 52). Ohjauksessa on syytä käyttää selkokieltä, välttää ammattisanastoa ja kerrata läpi käytyjä asioita (Kyngäs & Hentinen 2009, 183–184). Potilaat ovat kaivanneet monipuolisuutta ohjausmenetelmien käyttöön. (Isola ym. 2007, 59–60).

9.3 Johtopäätökset

Tässä luvussa tarkastellaan keskeisimpiä johtopäätöksiä tulosten pohjalta. Ohjauksella on tärkeä rooli, sillä se auttaa potilasta ymmärtämään paremmin sairauden ja hoidon vaikutukset. Tätä kautta potilaan hoitoon sitoutuminen vahvistuu. Potilasohjauksen tulee olla kokonaisvaltaista ja ohjausta tulee antaa kaikilla elämän eri osa-alueilla.

Ohjauksessa kaikki on lähdettävä liikkeelle potilaasta ja hänen omista tarpeista. Ohjaus on sovittava jokaisen sen hetkiseen elämäntilanteeseen sopivaksi. Potilaat on otettava aktiivisesti mukaan omaan hoitoon heti alusta alkaen. Potilaat odottavat laaja-alaisesti tietoa kaikesta sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista. On tullut ilmi, että he haluavat kuulla myös huonoja asioita ja elinajanodote kiinnostaa heitä. Mutta he kaipaavat kuitenkin myös rohkaisua ja kannustusta normaaliin elämään dialyysihoidosta riippumatta.

Potilaan läheiset ovat jääneet ohjauksessa vähemmälle huomiolle, vaikka tilanne koskettaa heitä yhtä paljon. Potilaat ja läheiset kaipaavat tietoa siitä, miten läheiset voivat osallistua hoitoon. Läheisten lisäksi potilaat kaipaavat muitakin sosiaalisia ulottuvuuksia, kuten vertaistuen, potilasjärjestöjen ja sosiaalityöntekijän palveluita.

Hoitajan on ohjaustilanteissa muistettava kohdata jokainen potilas ja hänen läheiset yksilönä. Hoitajan tulee antaa potilaalle tilaa puhua ja heitä on kuunneltava. Potilaille on tärkeää, että heidän kysymyksiin vastataan. Potilaat kokevat emotionaalisen ohjauksen tärkeäksi. Potilaat kaipaavat selkeitä ohjeita ja kertausta. Kirjalliset ohjeet on hyvä olla muun ohjauksen tukena. Kirjallisten ohjeiden on oltava selkeitä ja helpolukuisia eikä niissä saisi olla vaikeasti ymmärrettäviä sanoja, että ne ymmärrettäisiin oikein.

9.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyön kehittämisessä. Tuloksien avulla voidaan kehittää potilaiden ohjausta ennen dialyysihoidoa. Ohjausta on helpompi kehittää, kun tiedetään millaisia ohjaustarpeita potilailla on ja

millaisia menetelmiä ohjauksessa voidaan käyttää. Vaikka työ koskettaa potilaan ohjausta ennen dialyysihoitoa, tuloksista löytyy hyvää tietoa ohjauksesta sovellettavaksi muidenkin potilaiden ohjauksessa.

Kirjallisuuskatsauksen hakutuloksissa tuli vastaan useita tutkimuksia, jotka käsittelevät hoitomuodon valintaa dialyysipotilailla. Potilaan ohjauksesta ennen dialyysihoitoa löytyi yllättävän vähän tietoa, joten sen vuoksi sitä olisi hyvä tutkia vieläkin enemmän. Jos saataisiin enemmän tutkimustuloksia potilaiden odotuksista ohjauksesta ennen dialyysihoitoa, voitaisiin ohjausta kehittää.

Ohjauksen kehittämisessä apuna saattaisi olla tutkittu tieto siitä, millaisia muutoksia dialyysihoito on konkreettisesti tuonut potilaiden arkielämään. Ohjauksessa olisi helppoa nostaa esille niitä asioita, joita potilaat todellisuudessa kaipaavat.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro.
- Antikainen, S. & Ruponen, R. 29.11.2013. Puhelinohjauksen käytäntöä –mahdollisuuksia ja rajoituksia. [Verkkajulkaisu]. University of eastern Finland. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: http://www.uef.fi/documents/677659/710134/Puhelinohjauksen_kaytanta_mahdollisuuksia_ja_rajoituksia.pdf/5fd2644e-f8a2-46dae53-22fd2a248c3d
- Diabetesliitto. Ei päiväystä. Yksilö- ja ryhmäohjaus. [Verkkosivu]. Tampere: Diabeteskeskus. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://www.diabetes.fi/teachingletter18>
- Dialyysi. 4.9.2008. Pidä huoli itsestäsi dialyysihoidon alettua. [Verkkosivu]. [Viitattu 29.11.2016]. Saatavana: <http://www.dialyysi.fi/doc.aspxid1040.htm>
- Dialyysi. 5.4.2012. Avuksi arjessa. [Verkkosivu]. [Viitattu 29.11.2016]. Saatavana: <http://www.dialyysi.fi/doc.aspxid1042.htm>
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 26 (1), 63–73.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 2013 (1), 13–21.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013-2020. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 13.9.2016]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6270/Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirin_strategia_2013-2020.pdf
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Tammi-marraskuu 2016. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 1.2.2017]. Saatavana: [epshp.fi/files/425/lah3.htm](http://www.epshp.fi/files/425/lah3.htm)
- Hannuksela, M., Huovinen, P., Huttunen, M., Jalanko, H., Mustajoki, P., Saaremaa, O. & Tiitinen, A. 2006. Terve ihminen Suomalainen lääkärikirja. Helsinki: WSOY.
- Honkanen, E., Kööbi, T., Metsärinne, K., Mustonen, J., Pasternack, A., Pörsti, I., Saha, H., Salmela, K. & Soimakallio, S. 2012. Nefrologia. Porvoo: Bookwell.

- livanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan hoidosta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2), 51–62.
- Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2013. *Suomalaisten sairaudet*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Jauhiainen, A. 2010. *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Iisalmi: Savonia-ammattikorkeakoulu.
- Järvinen, M. 18.6.2014. Motivoiva haastattelu. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=nix02109>
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. *Tutkiva hoitotyö* 12 (1), 12–20.
- Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. 2016. Ikäntyminen Suomessa. [Verkkosivu]. Helsinki: Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. [Viitattu 13.9.16]. Saatavana: <http://verneri.net/yleis/ikaantyminen-suomessa>
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Käypä hoito. 8.8.2016. Käypä hoito. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 36–44.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2007. *Opi ja ohjaa: Sosiaali- ja terveysalalla*. 4–6. uud. p. Helsinki: Werner Söderström.
- Leino-kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus-tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L, Ääri. (Toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun yliopisto. 2.
- Lunnela, J. 2010. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. *Hoitotiede* 22 (2), 149–151.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Äkillisesti sairastuminen lapsen perheen ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä saadusta ja annetusta avusta. Tutkiva Hoitotyö 9 (4), 14–22.

Munuais- ja maksaliitto. Ei päiväystä. Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerien tavoitteet. [Verkkosivu]. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/hyvan_hoidon_kriteerit/tavoitteet

Munuais- ja maksaliitto. Ei päiväystä. Munuaispotilaan opas. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto. [Viitattu 29.11.2016]. Saatavana: http://www.muma.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas

Munuais- ja maksaliitto. 2013. Pohjoismailla huoli munuaissairauksien lisääntymisestä. [Verkkosivu]. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto. [Viitattu 13.9.2016]. Saatavana: http://www.muma.fi/munuais-ja_maksaliitto/ajankohtaista/pohjoismailla_huoli_munuaissairauksien_lisaantymisesta.1670.news?228_o=160

Munuais- ja maksaliitto, 2015. Dialyysi osana elämää. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Munuais- ja maksaliitto. [Viitattu 1.2.2017]. Saatavana: http://www.muma.fi/munuais_ja_maksaliitto/ajankohtaista/dialyysi_osana_elamaa.2075.news

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8 uud. p. Helsinki: Kustannus Duodecim.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö: Aikaa, huomioita ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.

Paavilainen, E. 2013. Potilaan ja läheisten ohjaus. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 13.9.2016]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6152/Potilaan_ja_laheisten_ohjaus.pdf

Pekkari, M. 2009. Tavoitteellinen ohjauskeskustelu. Helsinki: Tammi.

Sairaanhoidajat. 3.10.2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillisen-kehittymisen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.

- Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 8 (4), 21–27.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Ei päivystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma – Kaste. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://stm.fi/kaste>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Edita. [Viitattu 27.11.2016]. Saatavana: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70092/terveys2015.pdf?sequence=1>
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015a. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Teoksessa: M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. *Erilaiset kirjallisuuskatsaukset*. Turku: Turun yliopisto. 7–22.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015b. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Teoksessa: H. Niela-Vilén & L. Kauhanen. *Kirjallisuuskatsauksen vaiheet*. Turku: Turun yliopisto. 23–36.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 28.11.2016]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. *Sanat työssä: Vuorovaikutus ammattitaitona*. Helsinki: Kirjapaja.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. *Onnistuuko ohjaus?: Sosiaali- ja terveys alan ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita Prima.

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Clarkson, K. & Robinson, K. 2010. Life on Dialysis: A Lived Experience. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nephrology nursing journal* 37 (1), 29–35. [Viitattu 29.4.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Eloranta, S., Gröndahl, W., Engblom, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 12 (4), 4–11.
- Golper, T., Mehrotra, R. & Schreiber, M. 2013. Is Dorothy Correct? The Role of Patient Education in Promoting Home Dialysis. [Verkkolehtiartikkeli]. *Seminar in Dialysis* 26 (2), 138–142. [Viitattu 29.4.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Honkanen, E. & Ekstrand, A. 2006. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. *Suomen Lääkärilehti* 15-16 (61), 1699–1704.
- Owen, J., Kohne, J., Douglas, L., Hewitson, T. & Balwin, R. 2009. An implementation pathway for matching education material with the literacy level of dialysis patients. [Verkkolehtiartikkeli]. *Renal Society of Australasia journal* 5 (3), 133–137. [Viitattu 29.4.2017]. Saatavana: <http://www.renalsociety.org/public/6/files/documents/RSAJ/2009.11/owen.pdf>
- Sarian, M., Brault, D. & Perreault, N. 2012. Self-management support for peritoneal dialysis patients. [Verkkolehtiartikkeli]. *The CANNT journal* 22 (3), 18–24. [Viitattu 29.4.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä (yläkatgoria, sosiaalinen tarve)

LIITE 1 Tiedonhakutaulukko

Tietokanta, hakusanat, rajaus	Hakutulos	Otsikon pe- rusteella va- likoituneet	Tiivistelmän perusteella valikoituneet	Kirjallisuus- katsauk- sessa käyte- tyt tutki- mukset
Medic, dia- lyy* AND oh- jau*, rajaus 2006-2017	4	2	2	2
PubMed, re- nal dialysis AND patient education as topic, rajaus 10 viimeistä vuotta	195	23	7	1
PubMed, pe- ritoneal di- laysia AND patient edu- cation as topic, rajaus 10 viimeistä vuotta	46	4	2	0
Cinahl, coun- seling OR pa- tient educa- tion AND dis- lysis OR dial- ysis patient OR home	38	9	8	3

dislydid OR peritoneal di- alysis OR dislysis care OR perito- neal dialysis care, rajaus 2007-2017 research arti- cle				
Melinda, dia- lyss* ohjau*	10	0	0	0

LIITE 2 Tutkimustaulukko

Tutkimuksen nimi ja tarkoitus	Kirjoittajat	Aineiston keruu	Keskeiset tulokset
<p>Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.</p>	<p>Eloranta, S., Gröndahl, W., Engblom, J. & Leino-Kilpi, H. 2014</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla Sairaalapotilaan Tiedon Saanti –mittarilla.</p> <p>Aineistoa kuvailtiin tarkastelemalla muuttujien keskiarvoja, frekvenssi- ja prosenttija-kaumia sekä niihin liittyviä tilastollisia testejä.</p>	<p>Ohjauksen avulla potilaan selviytymistä tuetaan muuttuneessa elämäntilanteessa. Potilaat haluavat konkreettista tietoa sairaudesta, hoidosta ja sen vaikutuksista arkeen. Myös sosiaalisista, bio-fysiologisista ja toiminnallisista ulottuvuuksista kaivataan tietoa.</p>
<p>Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoido.</p>	<p>Honkanen, E. & Ekstrand, A. 2006</p>	<p>Katsausartikkeli.</p>	<p>Predialyysivaihe on tärkeä, silloin aloitetaan ohjaus potilaalle sopivimpaan hoitoon. Potilaille annetaan ohjausta munuaistaudista, sen hoitomenetelmistä, liikunnasta ja sosiaalisesta jne. Ohjausta annetaan yksilöllisesti ja ryhmäohjauksena.</p>

<p>Self-management support for peritoneal dialysis patients</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli edistää itsehallintoa vatsakalvodialyysipotilailla.</p>	<p>Sarian, M., Brault, D. & Perreault, N. 2012</p>	<p>Potilaiden soittamia puheluita on tarkasteltu ja esiinnoitusten kysymysten pohjalta ohjausta on muutettu, tämän jälkeen tyytyväisyyskyselylomake potilaille.</p>	<p>Potilaat ovat nostaneet esille viisi tärkeää kohtaa, joista halutaan ohjausta: tieto elinsiirrosta, peritonii- tin oireista ja hoidosta, tietoa tukiryhmiltä elämästä katetrin kanssa, ravitsemusterapeutin näkökulman ihannepainosta ja tietoa ruokahaluttomuudesta. Potilaat kaipaavat monimutkaisten tietojen toistamista ja erilaisia ohjaustilanteita säännölliseksi.</p>
<p>Is Dorothy Correct? The Role of Patient Education in Promoting Home Dialysis</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia lähestymistapoja potilasohjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi ja yksittäisen</p>	<p>Golper, T., Mehrotra, R. & Schreiber, M. 2013</p>	<p>The National Kidney Foundation teki tutkimuksen potilaiden tietoisuudesta hoitosuosituksista terveydenhuollon tarjoajilta.</p>	<p>Potilaat kokivat, että sairauden ja sen vaikutusten ymmärtäminen vaikuttaa heidän omaan terveydenhoitoon. He haluavat tietoa elinajanodotteesta, hyvistä ja huonoista puolista.</p>

<p>potilaan elämänsuunnitelman kehittämiseksi.</p>			
<p>Life on Dialysis: A Lived Experience</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia ovatko loppuvaiheen munuaissairautta sairastavat potilaat saaneet tarpeeksi ohjausta, että komplikaatiot vältettäisiin.</p>	<p>Clarkson, K. & Robinson, K. 2010.</p>	<p>Tutkimus on tehty haastattelulla kymmentä vapaaehtoista potilasta dialyysin tukiryhmästä Oklahomassa.</p>	<p>Hoitaja voi ohjata potilasta parempaan itsehoitoon tarjoamalla kokonaisvaltaista koulutusta ryhmissä, joissa rohkaistaan potilaita ja vastaanottaa kysymyksiin. Nefrologin olisi käytettävä enemmän aikaa yksilölliseen ohjaukseen. Potilaat ilmaisivat halunsa oppia huolehtimaan lääkähoidoista. Tietoa dialyysin sivuvaikutuksista ja hoito-ohjeiden noudattamisesta kaivattiin myös.</p>

<p>An implementation pathway for matching education material with the literacy level of dialysis patients</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli varmistaa, että potilasohjeet ovat sellaisia, joihin potilaiden lukukyky riittää.</p>	<p>Owen, J., Kohne, J., Douglas, L., Hewitson, T. & Balwin, R. 2009.</p>	<p>On kerätty kirjallista materiaalia, tes tattu potilasryhmässä potilaiden lukutaitoa, määritetty luotettavuus potilasesitteistä ja lopuksi muutettu esitteitä niin, että potilaiden lukutaito riittää niiden ymmärtämiseen.</p>	<p>Monitieteellistä ja moniaistillista lähestymistapaa vaaditaan kirjallisten ohjeiden kanssa muiden viestien vahvistamiseksi. Kirjallisia materiaaleja annettaessa on huomioitava potilaan kyky lukea niitä. Kirjallisten materiaalien tasoon ja niiden esittämistapaan on kiinnitettävä huomiota.</p>
--	--	---	---

LIITE 3 Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä (yläkatgoria, emotionaalisuus ohjauksessa)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alakategoria	Yläkatgoria
<p>”...ohjauksen avulla potilaan selviytymistä muuttuneessa tilanteessa voidaan tukea.” (Eloranta ym. 2014)</p>	<p>Potilaan selviytymistä tukeva ohjaus muuttuneessa tilanteessa</p>	<p>Hoitajan antama tuki</p>	<p>Emotionaalinen ohjaus</p>
<p>”Pitkäaikaissairastuneet kokevat tärkeäksi, että ammattihenkilöt rohkaisevat heitä tulevaisuuden suhteen...” (Eloranta ym. 2014)</p>	<p>Pitkäaikaissairastuneet kokevat tärkeäksi ammattihenkilöiden rohkaisun tulevaisuuden suhteen</p>		
<p>”The study only examined the perceptions about patients requiring dialysis; however, patients mentioned the need for caregiver support...” (Clarkson & Robinson 2010)</p>	<p>Potilaat ovat maininneet tarvitsevänsä hoitajan tukea</p>		

