



## **KUN MAKUUHUONEESEEN TULEE PÖRRÄÄVÄ KONE**

**Potilaiden kokemuksia saamastaan automaattisen  
peritoneaalidialyysihoidon ohjauksesta ja sen  
merkityksestä kotona selviytymiselle**

**Johanna Roininen**

**Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2007**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**

*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijä Johanna Roininen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 70	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____saakka	
Työn nimi <b>KUN MAKUUHUONEESEEN TULEE PÖRRÄÄVÄ KONE</b> Potilaiden kokemuksia saamastaan automaattisen peritoneaalidialyysihoidon ohjauksesta ja sen merkityksestä kotona selviytymiselle		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaajat Leena Suonpää-Lehtonen ja Hannele Tyrväinen		
Toimeksiantaja Keski-Suomen keskussairaala, sisätautien osasto 11		
Tiivistelmä  <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, onko automaattisen peritoneaalidialyysihoidon ohjaus (APD-hoidon ohjaus) riittävää ja potilaslähtöistä ja miten potilaat ovat selviytyneet kotona annetun ohjauksen turvin. Lisäksi tutkimuksessa verrattiin, onko yökoneiden tuote-edustajan ja hoitajan antamissa ohjauksissa eroja. Tutkimustehtävänä oli selvittää potilaiden kokemuksia APD-hoidon ohjauksesta ja sen merkityksestä kotona selviytymiselle. Tutkimuksen tilaajana oli Keski-Suomen keskussairaalan sisätautiosasto 11.</p> <p>Tutkimukseen osallistui neljä potilasta, jotka olivat aloittaneet APD-hoidon vuoden 2006 aikana. Laadullinen tutkimus toteutettiin kyselyn ja teemahaastattelun avulla. Kyselyistä saatu aineisto teemoiteltiin ja teemahaastattelujen nauhoitettu aineisto analysoitiin sisällönanalyyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan ohjausta saatiin riittävästi ja se oli pääasiassa voimavarakeskeistä. Ohjauksessa toteutui hyvin emotionaalinen tunneilmaston luominen sekä tiedon antaminen. Potilaiden kompetenssin kunnioittaminen ja assertiivisuus jäivät kuitenkin puutteellisiksi. Kotona potilaat tunsivat aluksi epävarmuutta, mutta kokivat selviävänsä annetun tiedon turvin. Sillä, oliko ohjaajana ollut kone-edustaja vai hoitaja, ei näyttänyt olevan suurta merkitystä potilaiden ohjaukokemuksiin tai kotona selviytymiseen.</p> <p>Tulokset osoittavat APD-hoidon ohjauksen vahvuudet ja kehittämistä tarvitsevat alueet. Tuloksia voidaan käyttää APD-hoidon ohjauksen ja PD-hoidon ohjausmallin kehittämisessä Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11. Kehittämällä APD-hoidon ohjausta voidaan potilaan voimavaroja ja kotona selviytymistä tukea entistä paremmin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) automaattinen peritoneaalidialyysi, voimavarakeskeinen potilasohjaus, voimaantumisen, selviytyminen		
Muut tiedot		

Author Johanna Roininen	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 70	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title <b>WHEN THE WIRING MACHINE COMES TO THE BEDROOM</b> Patients' Experience of Counselling of Automated Peritoneal Dialysis Treatment and its Meaning to Cope at Home		
Degree Programme Nursing Programme		
Tutors Leena Suonpää-Lehtonen and Hannele Tyrväinen		
Assigned by Central Hospital of Central Finland, the Medical Ward 11		
Abstract  <p>The aim of this study was to rate if the counselling of Automated Peritoneal Dialysis (APD) treatment is sufficient and patient-centered. And also to rate how patients have coped at home by means of the counselling they got. In addition the study compared if there are any differentials between counseling given by demonstrator of APD machine or a nurse. The purpose of this study was found out from the patients' experience of counselling of APD treatment and its meaning to cope at home. Subscriber of the study was the Medical Ward 11 of Central Hospital of Central Finland.</p> <p>Four patients took part in the study. They had begun the APD treatment during the year 2006. The qualitative study was carried out by the enquiry and the focused interview. The data from enquiries was sorted out by the themes and the data from the focused interviews was analyzed by the method of content analysis.</p> <p>According to the findings of this study, counselling was got sufficiently and it was mainly felt as empowerment. The creation of emotional atmosphere and informing came true on counseling. However, the respect of patients' competence and the assertion of the patients came not completely true. In the beginning the patients felt ambivalence at home, but they still felt coping by means of the information. There were not significant effects to counseling experience and coping at home whether the instructor was the demonstrator or a nurse.</p> <p>The findings of this study show in which sectors of APD treatment counseling succeeded and which sectors need to be developed. The results can be used for the developing of counseling of APD treatment. In Medical Ward 11 in Central Hospital of Central Finland, patient's resources and coping at home can be supported better than before by developing the counseling of APD treatment.</p>		
Keywords Automated Peritoneal Dialysis, resource-centered counselling, empowerment, coping		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

1 PERITONEAALIDIALYYSIN KEHITTÄMISTÄ TARVITAAN .....	3
2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTA JA SEN HOITOMUODOT .....	4
3 POTILASOHJAUS SELVIYTYMISEN TUKENA.....	9
3.1 Voimavarakeskeinen potilasohjaus .....	10
3.2 Selviytyminen .....	15
3.3 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista .....	18
4 PERITONEAALIDIALYYSIPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITYS 2000– LUVULLA KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA .....	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
6.1 Tutkimusjoukko .....	24
6.2 Aineiston hankinta.....	25
6.3 Aineiston analyysi .....	27
6.4 Eettiset kysymykset .....	29
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	32
7.1 Kyselyn tulokset.....	32
7.1.1 Keskusteluilmapiirin luominen .....	32
7.1.2 Jaettu asiantuntijuus.....	34
7.1.3 Potilaan assertiivisuus.....	35
7.2 Teemahaastattelun tulokset.....	37
7.2.1 Ohjaajan suhtautuminen ja kohtelu .....	37
7.2.2 Ohjaajan ohjaustaidot ja tiedot.....	39
7.2.3 Resurssit .....	40
7.2.4 Tiedon ja ohjauksen saanti.....	43
7.2.5 Avun saanti.....	45
7.2.6 Omaisen huomiointi.....	47
7.2.7 Kotona selviytyminen .....	49

	2
8 POHDINTA.....	51
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua .....	51
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	56
8.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet .....	58
LÄHTEET .....	60
LIITTEET.....	64
Liite 1. Voimavaraistavien puhekäytäntöjen arviointimittari.....	64
Liite 2. Haastattelun teema-alueet.....	66
Liite 3. Kyselylomakkeen saatekirje .....	67
Liite 4. Lupa haastattelujen nauhoittamiseen .....	68
Liite 5. Opinnäytetyön yhteistyösopimus / lupa-anomus .....	69
KUVIOT	
KUVIO 1. Aktiivihoidon esiintyvyys hoitomuodoittain vuosina 1965–2005.....	6
KUVIO 2. Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun malli.....	20
KUVIO 3. Ohjaajan suhtautuminen potilaaseen ja ohjaukseen.....	38
KUVIO 4. Ohjaajan ohjaustaidot ja tiedot.....	39
KUVIO 5. Resurssit.....	41
KUVIO 6. Tiedon ja ohjauksen saanti ohjaajalta.....	44
KUVIO 7. Avun saanti kotona.....	46
KUVIO 8. Omaisen huomiointi ohjauksessa.....	48
KUVIO 9. Kotona selviytyminen annetun ohjauksen turvin.....	50
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Ohjaajan toiminta: Keskusteluodotuksen virittäminen.....	33
TAULUKKO 2. Ohjaajan toiminta: Positiivisen ilmapiirin rakentaminen.....	33
TAULUKKO 3. Ohjaajan toiminta: Yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoaminen..	34
TAULUKKO 4. Ohjaajan toiminta: Potilaan kompetenssin kunnioittaminen.....	35
TAULUKKO 5. Potilaan oma toiminta (assertiivisuus): Avautuminen.....	36
TAULUKKO 6. Potilaan oma toiminta (assertiivisuus): Kysyminen.....	36
TAULUKKO 7. Potilaan oma toiminta (assertiivisuus): Keskeyttäminen.....	37

# 1 PERITONEAALIDIALYYSIN KEHITTÄMISTÄ TARVITAAN

Munuaisten vajaatoiminta ja sen myötä sen aktiivihoidot eli munuaisensiirrot ja dialyysi ovat voimakkaasti lisääntymässä Suomessa. Tähän vaikuttaa muun muassa väestön ikärakenteen vanhentuminen ja diabeteksen yleistyminen. Suurentuneet potilasmäärät munuaisten vajaatoiminnan hoidossa nostavat voimakkaasti myös terveydenhuollon kustannuksia. (Finne, Honkanen & Grönhagen-Riska 2006, 193 - 194.) Tähän voidaan vastata lisäämällä peritoneaali- eli vatsakalvodialyysin käyttöä dialyysihoitomuotona, jolloin saavutetaan huomattavia säästöjä henkilökunta-, tila- ja laiteresursseissa (Mäkelä & Saha 2003, 1709 - 1710). Myös peritoneaalidialyysin kehittäminen on tarpeellista, jotta hoitotyössä pystyttäisiin vastaamaan lisääntyvien potilasmäärien tarpeeseen.

Aikaisemmin dialyysipotilaita on tutkittu Suomessa muun muassa tiedon tarpeen (Iire & Leino-Kilpi 1992), hoidon, ohjauksen ja tiedonsaannin (Laaksonen 1996), elämänlaadun (Vinberg 2000) elämänlaadun ja selviytymisen (Timonen 2001), ohjauksen (Heiskanen, Hyvärinen, Kilpiö & Koskiaho 2002; Kaurala & Pasanen 2003) sekä ohjauksen ja selviytymisen (Heikkinen 2003) kannalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, onko potilaiden saama automaattisen peritoneaalidialyysihoidon (APD-hoidon) ohjaus Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11 riittävää, tarpeeksi kattavaa ja potilaslähtöistä. Tutkimuksessa selvitetään myös, miten potilaan ovat selvinneet kotona annetun ohjauksen turvin. Lisäksi verrataan APD-koneen tuote-edustajan ja hoitajan ohjauksessa olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja kotona selviytymisestään. Tutkimusjoukkona on Keski-Suomen keskussairaalan peritoneaalidialyysipoliklinikan potilaat, jotka ovat aloittaneet APD-hoidon vuoden 2006 aikana. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella sekä teemahaastattelulla ja saatu aineisto analysoitiin teemoittelun ja sisällönanalyysin avulla.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole käsitelty hoidon ohjausta ja kotona selviytymistä pelkästään APD-hoitoa toteuttavien potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyön aihe on myös ajankohtainen, sillä Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11 APD-hoidon

ohjaukset käytännöt ovat muuttuneet vuonna 2006. Hoidon ohjaus on siirtynyt enemmän hoitajien vastuulle, kun APD-koneiden tuote-edustajat eivät ole pystyneet vastaamaan lisääntyneiden potilasmäärien ohjaustarpeeseen. Tutkimuksella saadaan tietoa tämän muutoksen aiheuttamista vaikutuksista potilaan saaman ohjauksen laatuun. Tuloksia voidaan hyödyntää APD-hoidon ohjauksen sekä peritoneaalidialyysi- eli PD-hoidon ohjausmallin kehittämisessä.

Voimavarakeskeisen terveysneuvonnan avulla potilaalle annetaan hänen terveyteensä liittyvää tietoa, jotta hän ymmärtää omaa terveyttään koskevia asioita ja voi tehdä niiden pohjalta haluamansa muutoksen itse (Kettunen 2001, 89). Ohjaaja pyrkii puhekäytännöillään rohkaisemaan potilasta aktiiviseen keskusteluun ja näin tukemaan potilaan voimavarojen vahvistumista (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002). Potilaan voimavarat puolestaan auttavat häntä selviytymään sairauden tuomista haasteista (Purola 2000, 16 ja 19). Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan APD-hoidon ohjausta kehittää niin, että potilaat kokevat saavansa enemmän voimavaroja ja myös omaksuvat APD-hoidossa tarvittavat toimintatavat paremmin.

## **2 MUNUAISTEN VAJAATOIMINTA JA SEN HOITO- MUODOT**

Ihmisen kaksi munuaista sijaitsevat selkärangan molemmin puolin, vatsaontelon ja selkälihasten välissä, alimpien kylkiluiden korkeudella. Munuaisilla on monia tärkeitä tehtäviä elimistössä. Ne osallistuvat vesi- ja elektrolyyttitasapainon, happo-emästasapainon, verenpaineen, punasolujen tuotannon ja D-vitamiinin aineenvaihdunnan säätelyyn sekä aineenvaihdunnan lopputuotteiden eritykseen. (Hänninen, Lehtimäki & Muroma-Karttunen 1997, 14 - 16.) Jos munuaiset lakkaavat toimimasta, ihminen menehtyy ilman hoitoa noin viikossa (Munuaistaudit 2006).

Munuaisten vajaatoiminta voi olla akuuttia tai kroonista. Akuutti munuaisten vajaatoiminta voi tulla vaikean tulehduksen tai elimistöön joutuneen myrkytys seurauksena. (Munuaisten vajaatoiminta 2006, 1808.) Krooninen munuaisten vajaatoiminta kehittyy hitaasti ja useimmiten sen on aiheuttanut pitkään jatkunut tautiprosessi esimerkiksi diabetes, hypertensio tai arterioskleroosi, joka on tuhonnut munuaisia vähitellen.

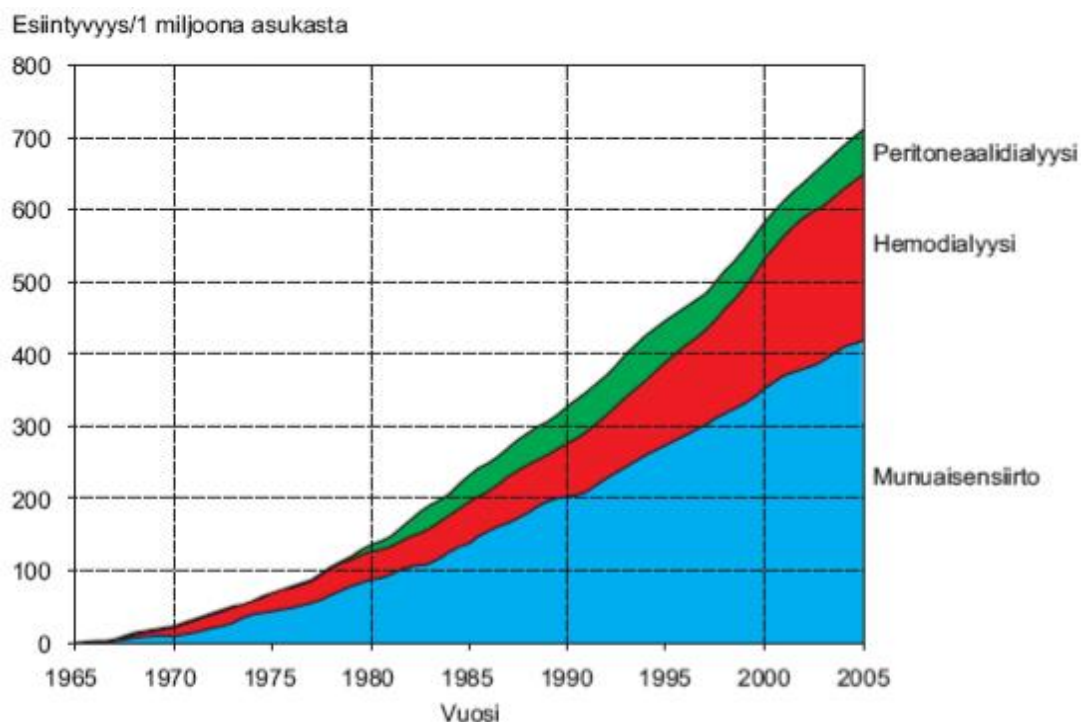
Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa molemmat munuaiset ovat vaurioituneet ja toimivien nefronien määrä on vähentynyt. Sen hidas kehittyminen on antanut elimistölle aikaa sopeutua häiriöihin, jotka muuten olisivat aiheuttaneet paljon oireita. Siksi akuutin munuaisten vajaatoiminnan oireet ovat yleensä paljon rajummat kuin hitaasti kehittyvän kroonisen munuaisten vajaatoiminnan oireet. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan oireet tulevat esiin useimmiten vasta kun suurin osa nefroneista on tuhoutunut pysyvästi. (Hänninen ym. 1997, 25 - 27.)

Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan eteneminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Todellisuudessa taudin eteneminen on kuitenkin yksilöllistä ja vaiheet voivat esiintyä osittain yhtäaikaaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa vain pieni osa nefroneista on tuhoutunut ja potilas on oireeton. Toisessa vaiheessa jo puolet nefroneista on tuhoutunut ja potilaalla alkaa olla lievä anemia ja seerumin kreatiinipitoisuus on kohonnut. Potilas on kuitenkin yleensä vielä tässäkin vaiheessa oireeton. Kolmannessa vaiheessa eli vaikea-asteisessa munuaisten vajaatoiminnassa nefroneista toimii enää vain 10 prosenttia tai jopa vähemmän. Potilaalla on pysyviä oireita anemiasta, hyperfosfatemiasta, hypokalsemiasta, asidoosista, ja korkeasta verenpaineesta. Potilas tulee vielä kuitenkin konservatiivisella hoidolla toimeen. Neljännessä vaiheessa potilaalle on kehittynyt uremia eli virtsamyrkytys. Se on kliininen oireyhtymä, jossa potilaalla on maha-suoli-, sydän- ja verisuoniperäisiä, neurologisia, hematologisia, endokrinologisia sekä iho- ja limakalvomuutoksia. Tällöin potilas tarvitsee munuaisten vajaatoiminnan aktiivihoidon eli dialyysihoidon tai munuaisensiirron. (Hänninen ym. 1997, 25 - 26.)

Munuaisten vajaatoiminnan hoito jaetaan konservatiiviseen hoitoon ja aktiivihoidon. Konservatiivihoidolla tarkoitetaan ruokavalio- ja lääkehoitoa sekä oireenmukaista hoitoa. (Laaksonen 1996, 4.) Aktiivihoidon ovat peritoneaali- ja hemodialyysi sekä munuaisensiirto. Peritoneaali- eli vatsakalvodialyysissä (PD) vatsaontelon elimiä ympäröivä vatsakalvo toimii suodattavana kalvona. Hemodialyysissä (HD) veri kiertää puhdistumassa kehon ulkopuolella dialyysilaitteessa. Munuaisensiirrossa eli transplantaatiossa potilaalle siirretään terve munuainen, joko potilaan omaiselta tai kuolleelta henkilöltä. Munuaisten siirron jälkeen potilas voi palata normaaliin elämään. Hänen pitää kuitenkin syödä lopun elämänsä siirtomunuaisten hylkimistä estäviä lääkkeitä. (Munuaistaudit 2006.)



Vain pieni osa kaikista dialyysipotilaista on tällä hetkellä PD-hoidossa suurimman osan saadessa HD-hoitoa (ks. kuvio 1.). Mäkelän ja Sahan (2003) mielestä PD:n osuutta kaikista dialyysihoidoista on lisättävä. PD:llä on huomattavia etuja, sillä se vaatii vähemmän henkilökunta-, tila- ja laiteresursseja terveydenhuoltojärjestelmältä kuin HD. Lisäksi PD lisää potilaan omatoimisuutta, sillä hoito toteutetaan kotona ja potilas käy seurantakäynneillä poliklinikalla vain noin 4 - 6 viikon välein. (Mäkelä & Saha 2003, 1709 - 1710.) Esteenä PD-hoidolle voi kuitenkin olla esimerkiksi useasti leikattu vatsa tai hoitamaton tyrä (Kilpiö 2006c).



KUVIO 1. Aktiivihoidon esiintyvyys hoitomuodoittain vuosina 1965 - 2005 (Suomen munuaistautirekisteri – vuosiraportti 2005 2006, 12).

PD:ssä potilaan vapaaseen vatsaonteloon johdetaan dialyysinestettä peritoneaali-dialyysikatetrin (PD-katetrin) kautta. Vatsakalvo toimii suodattimena, jonka läpi elimistön kuona-aineet, esimerkiksi urea ja kreatiini, ja ylimääräinen neste siirtyvät dialyysinesteeseen. PD on käynnissä silloin kun dialyysineste on vatsaontelossa. Liuos vaihdetaan säännöllisin väliajoin PD-katetrin kautta. Katetri kulkee vatsanpeitteiden läpi ja sen pää sijaitsee vapaassa vatsaontelossa virtsarakon takana. (Kilpiö 2006c.)

Elimistöstä poistuvaan nesteeseen määrään vaikuttaa dialyysinesteen sokeripitoisuus, aika, jonka dialyysineste on vatsaontelossa, ja vatsakalvon läpäisevyys. (Dialyysiopas. Tietoa kotona tapahtuvaa dialyysihoitoa varten. 2:6). Poistuvan nesteen määrä voi vaihdella ja siksi PD-potilas joutuu tarkkailemaan painoaan päivittäin. Näin varmistetaan, ettei ylimääräistä nestettä ala kertyä elimistöön. (Kilpiö 2006e.) Potilaalla on yleensä myös neste- ja suolarajoitus. Dialyysinesteestä imeytyy potilaan elimistöön sokeria ja se lisää lihomisen riskiä. Proteiinit sen sijaan poistuvat elimistöstä dialyysinesteen kautta, joten proteiineja täytyy syödä runsaasti hyvän ravitsemustilan turvaamiseksi. (Kilpiö 2006f.) Liiallinen fosforin saanti nopeuttaa munuaistaudin etenemistä ja altistaa luustomuutoksille ja siksi potilailla on fosforirajoitus (Peritoneaalidialyysipotilaan ruokavalio 2005). Joillakin potilailla on lisäksi kaliumrajoitus. Potilaille suositellaan kuitupitoista ruokavaliota ummetuksen ehkäisemiseksi. (Kilpiö 2006f.)

PD-potilaan tulee hoitaa katettrin juurta huolella ehkäistäkseen juuren tulehdukset (Kilpiö 2006d). Jos katettrin juuren tulehdus pääsee syntymään ja leviämään vatsakalvoon saakka tai pussin vaihdon yhteydessä mikrobeja pääsee letkustoihin, voi seurauksena olla peritoniitti eli vatsakalvontulehdus. Se on peritoneaalidialyysin vakava komplikaatio, joka huonontaa vatsakalvon suodatuskykyä ja näin heikentää dialyysitehoa sekä vaatii aina erikoissairaalahoidoa. (Kilpiö 2006b.)

PD-hoitovaihtoehtoja on kolme. CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) tarkoittaa jatkuvaa vatsakalvodialyysiä. Siinä dialyysinestettä on vatsaontelossa ympäri vuorokauden ja neste vaihdetaan 4–5 kertaa päivässä. IPD (Intermittent Peritoneal Dialysis) tarkoittaa jaksoittaista vatsakalvodialyysiä. Siinä dialyysi toteutetaan esimerkiksi kolme kertaa viikossa 12 tuntia kerrallaan. Hoitojen välissä dialyysinestettä ei jätetä vatsaonteloon. IPD hoitoa käytetään potilaalle, joka ei itse pysty toteuttamaan hoitoa kotona, mutta pystyy käymään hoidossa esimerkiksi terveyskeskuksessa. APD (Automated Peritoneal Dialysis) tarkoittaa automaattista peritoneaalidialyysiä. (Kilpiö 2006c). Sitä kutsutaan toiselta nimeltään yökonehoidoksi (PD Hoidonohjaus malli 2004), sillä hoito toteutetaan APD-koneen avulla öisin. Hoidon kesto on 8 - 10 tuntia, ja useimmille potilaille nestettä jätetään vatsaonteloon myös päivän ajaksi. (Kilpiö 2006a.)

Yöaikaan tapahtuvassa APD-hoidossa potilas voi elää vapaammin kuin aikaisemmin mainituissa dialyysihoidovaihtoehtoissa (Dialyysiopas. Tietoa kotona tapahtuvaa dialyysihoidoa varten. 1:12). Siksi se sopii hyvin työssäkäyville ja opiskelijoille (Kilpiö 2006c). APD onkin maailmalla nopeimmin yleistynyt dialyysimuoto (Gokal 2002).

Ennen APD-hoidon aloittamista potilaalla on useimmiten ollut ensin käytössä CAPD-hoito (Dialyysiopas. Tietoa kotona tapahtuvaa dialyysihoidoa varten. 2:14). Kun CAPD-hoito on vakiintunut noin kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta, tehdään PD-poliklinikalla vatsakalvon toimintakoe, jonka avulla suunnitellaan APD-hoito-ohjelma. Potilaalle annetaan myös koulutusta APD-hoidosta. Potilas tulee kutsuttuna osastolle APD-hoidon opettelua varten 1 - 3 vuorokauden ajaksi. (PD Hoidonohjaus malli 2004). Koulutuksessa käydään läpi APD-laitteen toiminnot, puhdistaminen sekä kokoaminen ja purkaminen (Koulutuksen tarkistus – Potilas).

Potilas saa APD-koneen (PD Hoidonohjaus malli 2004), Pro-kortin ja laitteen käyttöoppaan sairaalasta kotiinsa. (Koulutuksen tarkistus – Potilas.) Pro-kortti on datakortti, johon on tallennettuna potilaan hoitotiedot. APD-laite lukee Pro-kortista toteutettavan hoito-ohjelman ja tallentaa jokaisen hoitokerran tiedot täytöstä, liuoksen sisällölolovaheista ja ulosvalutuksista sekä muista hoidon kannalta tärkeistä asioista Pro-korttiin. (HomeChoice-laite. HomeChoice PRO –laite (versio 8.5). Käyttöopas. 2001. 2.1) APD-laitteeseen tarvittavat letkustot potilas saa kotisairaanhoidosta ja (PD Hoidonohjaus malli 2004) dialyysinesteet apteekista, joka toimittaa ne kotiin asti (Kilpiö 2006c).

APD:ssä käytetään APD-konetta liuosten vaihtamiseen yöllä. Ennen nukkumaan menoaan potilas laittaa koneen valmiiksi ja kytkee letkustot koneeseen ja itseensä kiinni. Aamulla potilas irrottaa itsensä laitteesta. (Dialyysiopas. Tietoa kotona tapahtuvaa dialyysihoidoa varten. 2:14.) APD-koneen yhden yön aikana vaihtama kokonaisnestemäärä on 10–20 litraa ja se vaihtaa nestettä vatsaonteloon tasaisesti 1,5–2,5 litran erissä. (Kilpiö 2006a.)

Jos potilaalla tulee ongelmia APD-koneen käytössä, hän voi soittaa kaikkina vuorokauden aikoina osastolle ja saada näin apua ongelmaansa. Aina, varsinkaan yövuorojen aikaan, ei osastolla välttämättä ole tavoitettavissa hoitajaa, joka kykenisi antamaan teknisiä ohjeita koneen käyttöön. Tällöin potilasta kehoitetaan siirtymään käsikäyttö-

seen CAPD-hoitoon väliaikaisesti ja ottamaan yhteyttä uudelleen esimerkiksi seuraavana aamuna. Potilas voi soittaa suoraan myös APD -kone-edustajalle ja kysyä neuvoa häneltä koneen käyttöongelmissa. (Kilpiö 2006g.)

### **3 POTILASOHJAUS SELVIYTYMISEN TUKENA**

Potilasohjaus on merkittävä hoitotyön auttamismenetelmä sairaalassa (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005) ja sen merkitys korostuu nykyisin lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi. Potilaiden ohjaukseen jää entistä vähemmän aikaa, mutta silti potilaiden tulisi selviytyä kotona sairaalassa saamansa ohjauksen turvin. Ohjaus onkin hyvin haasteellinen tehtävä hoitohenkilökunnalle. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b.)

Potilasohjaus on tärkeä osa potilaan hyvää hoitoa ja kohtelua, tämä on säädetty laissa potilaiden asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaiden tulee saada tietää terveydentilastaan ja sen hoidosta. Hänelle on kerrottava mitä hoitoon sisältyy, millaisia riskejä siihen liittyy ja millaisia hoitovaihtoehtoja on tarjolla. Myös potilaan henkilökohtaiset tarpeet hoidossa ja ohjauksessa on huomioitava mahdollisuuksien mukaan. (L 17.8.1992/785)

Ohjaus-käsitettä käytetään hoitotieteessä paljon ja se ilmenee määritelmissä ammatillisena toimintana tai prosessina. Ohjaus-käsite esiintyy synonyyminä neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa. Sen ominaispiirteitä ovat ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Kontekstilla tarkoitetaan tässä yhteydessä muun muassa yksilön arvoja, terveydentilaa, sukupuolta, käyttäytymistä ja perhetaustaa. Ohjaus-käsitteen seurauksiksi nimetään oppiminen, voimaantuminen, itseohjautuvuuden kasvu, terveyden edistäminen sekä kansantalouden säästöt. Ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, mikä on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin, ja jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a.)

Rajala ja Kyngäs (2003) määrittelevät ohjauksella tarkoitettavan tietojen ja psykofyysisen tuen antamista sekä taitojen harjoittelua. Laadukas potilasohjaus pohjautuu hei-

dän mielestään potilaan aikaisempiin tietoihin ja kokemuksiin sekä ohjaustarpeisiinsa ja sairauden erityispiirteisiin. Se on lisäksi suunnitelmallista ja ymmärrettävää. Laadukkaassa potilasohjauksessa toteutuu jaettu asiantuntijuus potilaan ollessa oman elämänsä asiantuntija ja hoitajan ammatillinen asiantuntija. (Rajala ja Kyngäs 2003.)

Aikaisemmin potilasohjaus on ollut hyvin asiantuntijakeskeistä, mutta nykyään voimavarakeskeinen ajattelutapa on nousemassa sen rinnalle. Ohjauksen kehittämisessä pyritään tukeutumaan näyttöön perustuvaan potilasohjaukseen. Esimerkiksi Keski-Suomen keskussairaalan konservatiivisilla osastoilla oli vuosina 2002–2004 käynnissä POPPI –projekti, jonka tarkoituksena oli kehittää potilasohjausta, ohjauk käytäntöjä ja ohjauksen arviointia. Potilas ohjausta haluttiin kehittää voimavarakeskeisemmäksi ja näyttöön perustuvaksi. Virikkeen potilasohjauksen kehittämiseen antoi muun muassa yhteiskunnassa käyty laajempi keskustelu siitä, että kansalaisten ja potilaiden tulisi ottaa enemmän vastuuta omasta terveydestään ja sen edistämisestä. Edellytyksenä tälle yksilön vastuun ottamiselle on ymmärretty tieto omasta terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005). Tulevaisuudessa olisikin erityisen tärkeää kiinnittää huomioita potilaan voimavaroja tukevaan ohjaukseen (Heikkinen, Johansson, Leino-Kilpi, Rankinen, Virtanen & Salanterä 2006).

### **3.1 Voimavarakeskeinen potilasohjaus**

Voimavarat ovat tekijöitä, jotka auttavat ihmistä selviytymään (Purola 2000, 19). Selviytymistä tukevat voimavarat voivat olla fyysisiä, henkisiä (kognitiivisia), emotionaalisia, toimintaan ja vuorovaikutukseen liittyviä (sosiaalisia) tai hengellisiä (Ikonen 2000, 14). Purola esittelee väitöskirjassaan Kalimon (1987) määrittelmän voimavaroista. Ne ovat ihmisen kyky tunnistaa haasteensa, eritellä niiden syitä ja löytää sellaisia ajatteluja ja toimintatapoja, jotka vähentävät stressiä tai ainakin auttavat poistamaan tai vähentämään stressin aiheuttajia. Purola tuo esiin myös sen, miten Pelkonen (1995) tutkimuksessaan ymmärtää voimavarat. Ne ovat voima, kyky ja toimintamahdollisuus, joita tarvitaan jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. (Purola 2000, 19.)

Purola tuo väitöskirjassaan esiin Eran (1990) tekemän voimavarojen jaon aineellisiin, sosiaalisiin ja yksilöllisiin tekijöihin. Aineellisia voimavaroja ovat esimerkiksi asu-

misolosuhteet ja tulot. Sosiaalisia voimavaroja ovat parisuhde, sukulais- ja ystävyys-suhteet sekä suhteet terveydenhuoltohenkilöstöön. Yksilöllisistä voimavaroista merkittävin on hallinnan tunne, joka perustuu yksilön omiin aikaisempiin kokemuksiin ja arvioihin kyvystä ratkaista selviytymistä vaativa tilanne. Purola esittelee myös Lazaruksen ja Folkmanin (1984) voimavarojen jaon kuuteen ryhmään. Nämä ovat terveys, positiiviset uskomukset, ongelmanratkaisutaidot, sosiaaliset taidot, sosiaalinen tuki ja materiaaliset resurssit. (Purola 2000, 19.)

Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Hän kokee olevansa itsenäinen, aktiivinen ja vapaa toimija, joka asettaa jatkuvasti itselleen päämääriä omassa elämänprosessissaan. Voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi. Se on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, jota toinen ihminen ei voi saada aikaan. Ihmisen uskomukset omista kyvyistä edistävät tai estävät voimaantumista ja päämäärien saavuttamista. Omia kykyjä koskevat uskomukset puolestaan rakentuvat keskeisiltä osin sosiaalisessa kansakäymisessä. Vapaus, hyväksyntä, turvalliseksi koettu oppimiskonteksti, kannustava ilmapiiri, kollegiaalisuus, tasa-arvoisuus, arvostus ja luottamus liittyvät sisäisen voimaantumisen muodostumiseen. (Siitonen 1999, 61, 93, 99, 118 ja 120.)

Voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin. Sen osaprosessit, joita ovat vapaus, itsenäisyys, valinnanvapaus, arvostus, kunnioitus, avoimuus ja myönteisyys, ovat merkityksellisiä hyvinvoinnin kannalta. Voimaantuminen liittyy myös sitoutumiseen. Vahva voimaantuminen johtaa vahvaan sitoutumiseen ja päinvastoin. (Siitonen 1999, 99 ja 162.)

Ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet voivat vaikuttaa voimaantumiseen. Voimaantumista voidaan yrittää tukea avoimuudella, toimintavapaudella, rohkaisemisella sekä turvallisuuden, luottamuksellisuuden ja tasa-arvoisuuden pyrkimisellä. (Siitonen 1999, 6 ja 118.) Tällaista tukemista tapahtuu myös voimavaraisessa neuvontakeskustelussa. Siitosen (1999, 61) mukaan voimaantuminen ei ole kuitenkaan pysyvä tila, vaan ratkaisevat puutteet vapaudessa, vastuussa, arvostuksessa, luottamuksessa, kontekstissa, ilmapiirissä ja myönteisyydessä voivat heikentää tai jopa estää sen rakentumista tai ylläpitämistä.

Kettunen (2001) määrittelee voimavarakeskeisen neuvonnan vastavuoroista osallistumista edistäväksi terveysneuvonnaksi. Hän käyttää voimavarakeskeistä terveysneuvontaa empowerment-ajattelun synonyyminä. Voimavarakeskeisessä neuvonnassa asiakas nostetaan ammattilaisen rinnalle korostaen molempien kyvykkyyttä ja asiantuntemusta. Potilaan tietoihin, taitoihin ja kykyyn muuttua luotetaan ja huomio kiinnitetään erityisesti potilaan arkipäivän tarpeisiin, selviytymiseen, piileviin voimavaroihin, toimintatyyliin ja tukiverkkoihin. (Kettunen 2001, 78.)

Mikään yksittäinen keskustelukeino ei tee keskustelusta joko vastavuoroista tai ei-vastavuoroista. Kettusen lainaaman Jaatisen (1997) mukaan vastavuoroinen tai ei-vastavuoroinen neuvontakeskustelu on seurausta konkreettisissa tilanteissa tapahtuvissa sanojen ja lauseiden sekä nonverbaalien viestien valinnoista. Ei-vastavuoroisessa neuvontakeskustelussa potilaan viestit jäävät usein välittymättä. Hoitajan ja potilaan välillä ei tällöin ole yhteyttä ja viestintä epäonnistuu. Vastavuoroisessa neuvontakeskustelussa potilas vaikuttaa aktiivisesti keskustelun kulkuun, institutionaaliset keskustelun piirteet jäävät taka-alalle ja potilaan ja hoitajan välille rakentuu kumppanuus. (Kettunen 2001, 71-73.)

Kettunen (2001) on löytänyt tutkijoiden kirjoituksista joitakin voimavarakeskeisyyden yhteisiä lähtökohtia. Näitä ovat voimavarakeskeisyyden näkeminen prosessina, potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistaminen, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen sekä tasavertaisuus, autonomia ja reflektio. Ohjaustilanteessa potilaille annetaan liikkumatilaa ja keskustelun ilmapiiri mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon. Näin potilas ei koe kohtuuttomia rajoittavia vaatimuksia tai kontrolloivaa ulkoapäin tullutta painetta muutokseen. Sen sijaan ohjauksen avulla potilas saa terveyteensä liittyvää tietoa, jonka turvin hän ymmärtää paremmin omaa terveyttä koskevia asioita ja voi tehdä niiden pohjalta omaa terveyttään koskevat päätöksensä. (Mts. 80 - 81.) Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun ensisijaisena päämääränä ei siis ole käyttäytymisen muuttaminen vaan potilaan tietoisuuden lisääntyminen sekä tuen ja harjoittelun tarjoaminen niin, että potilaalla on resurssit tehdä haluamansa muutos itse (Mts. 89).

Voimavarakeskeisen potilasohjauksen lähtökohtana pidetään myös potilaan aikaisempia tietoja ja kokemuksia. Potilasta autetaan löytämään voimavarojaan, jotta hän pystyy ottamaan vastuuta sairautensa itsehoidosta ja terveydestään. Ohjauksessa otetaan

huomioon potilaan arkipäivän tarpeet ja selviytyminen sekä pyritään löytämään potilaan piilevät voimavarat, toimintatavat ja tukiverkot. Tavoitteena on, että potilas asettaa itselleen tulevaisuuden päämääriä ja osallistuu oman tulevaisuutensa suunnitteluun. Vuorovaikutus on tasavertaista ja valta osallistujien kesken on jaettua. (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005, 12 - 13.)

Potilas muodostaa heti lähtötilanteessa mielikuvan tiedon lähteen ja vastaanottajan roolista, ellei hoitaja alusta alkaen viritä suotuisaa ilmapiiriä tarjoamalla potilaalle tilaa esittää kysymyksiä ja ottaa aktiivista roolia keskustelussa. Kettusen ja muiden (2002) tutkimuksessa pyrittiin löytämään hoitajan puhekäytäntöjä, jotka auttavat potilasta osallistumaan keskusteluun ja tätä kautta tukevat potilaiden voimavarojen vahvistumista. Tutkimuksen tuloksena paljastui kuusi tällaista hoitajien puhekäytäntöä. Nämä ovat hoitajan aloitusratkaisut, tunnekysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe, kuunteleminen osoittava palaute ja neutraalius. (Kettunen ym. 2002.)

Arkipäivän jutustelulla luodaan läheinen ilmapiiri ja rakennetaan yhteyttä hoitajan ja potilaan välille. Potilaalle osoitetut tunnekysymykset ja tunnusteleva puhe osoittavat potilaalle hienotunteisuutta ja helpottivat potilaan osallistumista. Ne auttavat potilasta puhumaan keskustelussa hänelle mieluisella tavalla ja vaikuttavat keskustelun sisältöön. Kuuntelemista osoittava palaute rohkaisee potilasta jatkamaan puhetta ja näin potilaan asiantuntemus tulee esille. Tunnusteleva puhetyyli ohjaa potilasta kuulostelemaan itseään ja hänelle mahdollistuu oman tulevaisuuden hahmottelu. Vaihtoehtojen neutraali esittäminen tukee potilaan itsemääräämisoikeutta, ja päätöksenteko on potilaan hallussa. Ennen vaihtoehtojen tarjoamista tulee kuitenkin varmistaa, että potilaalla on riittävästi tietoa ja kokemusta päätöksensä tueksi. (Kettunen ym. 2002.)

Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu –arviointimittarilla voidaan tutkia potilasohjauksen voimavarakeskeisyyden toteutumista potilaan osallistumisen näkökulmasta (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005, 30). Se auttaa analysoimaan neuvontakeskustelua jäsenyneesti ja nostaa esiin neuvontakeskustelun kriittisiä tekijöitä. Mittari kehitettiin Kettusen (2001) tutkimuksen pohjalta POPPI –projektin yhteydessä. Mittarin väittämien avulla kartoitettiin seitsemän eri ulottuvuuden toteutumista. Nämä ulottuvuudet olivat *keskusteluodotuksen virittäminen, yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoaminen, reflektion herättäminen, positiivisen ilmapiirin rakentaminen, potilaan terveyteen liittyvän kompetenssin kunnioittaminen ja esiin*



*tuominen sekä potilaan assertiivisuus – kysyminen, avautuminen, keskeyttäminen.*

(Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006.)

### **Tutkimustuloksia**

Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2006) tekemässä tutkimuksessa tulee ilmi, että hoitohenkilökunnan ohjaustoiminta on pääosin potilaslähtöistä. Henkilökunnalla on hyvät vuorovaikutustaidot ja potilaan aktiivisuutta tuetaan. (Kääriäinen ym. 2006.) Myös POPPI –projektista saadut tulokset ovat samansuuntaisia. Tutkimustulosten mukaan potilaan tai hänen omaisensa osallistumista kunnioitetaan ja heidän vapautta ilmaisuaan tuetaan. Parhaiten hoitajat onnistuvat tunneilmaston luomisessa sekä tiedon antamisessa. (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005, 30 - 32).

Kehittämiskohteeksi POPPI –projektin perusteella nousee aktiivisen vastavuoroisen neuvontasuhteen rakentaminen. Potilaiden vaikutusmahdollisuuksia tulisi lisätä kysymällä potilaiden ja heidän omaisensa näkemyksiä ja mielipiteitä, helpottamalla terveyteen liittyvien asioiden arviointia, huomioimalla paremmin potilaiden elämäntilanne hoitoratkaisujen ideoimisessa sekä tukemalla potilaan hoitopäätöksiin osallistumista. (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005, 30 - 32.) Myös Kääriäisen ja muiden (2006) tekemässä tutkimuksessa puutteeksi havaitaan potilaan ja hänen elämäntilanteen huomioiminen ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa. Lisäksi potilaan itsehoidon tukemisen taidot ovat osalla huonot. (Kääriäinen ym. 2006.)

Kyngäs, Kukkurainen ja Mäkeläinen (2004) ovat tutkineet potilasohjausta nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista sai riittävästi ohjausta. Vastaajilla oli kuitenkin tiedonpuutteita muun muassa sairaudesta, sen hoidosta, oireista ja jatko-ohjeista. Potilaat olisivat halunneet keskustella enemmän myös tunteistaan kuten sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä peloista ja suruista. Ohjauksen heikkouksia olivat ohjeiden epätasällisyys, ohjauksen epäjohdonmukaisuus ja epäyksilöllisyys. Kirjalliset ohjeet auttoivat potilaita selviytymään kotona, koska heillä oli mahdollisuus tarkistaa puutteelliseksi jääneitä tietoja. Potilaat kokivat, että ohjauksessa saatu tieto auttoi heitä selviytymään sairauden kanssa. (Kyngäs ym. 2004.)

Sonninen, Kinnunen ja Pietilä (2006) ovat selvittäneet suolistosairautta sairastavien potilaiden näkemyksiä ohjauksesta. Tutkimuksesta nousi potilasohjauksen kehittämiskohteiksi selviytymistä tukeva tieto, rohkaiseva ohjaus ja yksilöllinen ohjaus. Potilaat halusivat tietoa sairauden vaikutuksesta jokapäiväiseen elämäänsä ja siinä selviytymiseen sekä sairauden ennusteesta. Hoitajilta haluttiin rohkaisevaa ohjausta, joka auttoi luottamaan tulevaisuuteen ja uskomaan selviytymiseen sairauden kanssa. Rohkaisevaksi ohjaukseksi potilaat kokivat toivon ja voimavarojen löytymisen ja säilyttämisen, tulevaisuuteen suuntautumisen, hoitovaihtoehtoista puhumisen, keskustelemisen muustakin kuin sairaudesta ja kannustamisen avoimeen sairaudesta puhumiseen läheisille. Yksilöllisessä ohjauksessa hoitajan tulisi huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja elämäntilanne, eläytyä potilaan tilanteeseen sekä tunnistaa potilaan voimavaroja. Hoitajan ja potilaan tulisi olla tasavertaisia, vaikka hoitajalla on ammatillinen rooli. Hoitajalla ja potilaalla tulisi olla kahdenkeskinen aika, jolloin potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Potilaat toivoivat myös keskustelua kirjallisesta ohjausmateriaalista hoitajien kanssa. (Sonninen ym. 2006, 19 - 20.)

Heikkinen (2003) teki vuonna 2003 opinnäytetyön peritoneaalidialyysipotilaiden kokemuksista saamastaan ohjauksesta Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11 sekä heidän kokemuksistaan kotona selviytymisestään saamansa ohjauksen turvin. Tutkimuksen mukaan ohjaus ei aina ollut voimavarakeskeistä. Osa potilaista piti ohjauskeskustelua potilaslähtöisenä ja vastavuoroisena, osa hoitajasta lähtevänä ja eriarvoisena. Potilaiden osallistuminen ohjauskeskustelun päätöksentekoon oli vähäistä, mihin vaikutti hoitajien kiire sekä potilaan saama tieto. Hoitajien kiire vaikutti ratkaisevasti potilaiden mahdollisuuden kysyä ja keskustella hoitajien kanssa. Potilaiden kokemukset tiedon saannista olivat ristiriitaisia. Osa potilaista koki saaneensa tietoa riittävästi ja osa potilaista ei luottanut hoitajien antamaan tietoon. Osastolla kunnioitettiin potilaiden itsemääräämisoikeutta, mikä tuli ilmi siitä, että potilaat olivat saaneet itse valita käytetyn hoitomuodon ja osallistua oman hoitonsa toteuttamiseen. (Heikkinen 2003, 44 - 47.)

### **3.2 Selviytyminen**

Ikonen (2000) määrittelee selviytymisen ihmisen omakohtaiseksi kokemukseksi ja tuntemukseksi omasta jaksamisesta ja pärjäämisestä (Ikonen 2000, 13). Sitä käytetään

englanninkielisen coping-termin vastineena (Ikonen 2000, 13; Purola 2000, 14). Selviytyminen on hyvin yksilöllinen, subjektiivinen ja kokemuksellinen asia ja tila. Sen vastakohta, selviytymättömyys, tarkoittaa jaksamattomuutta, uupumista, väsymistä ja loppuun palamista. (Ikonen 2000, 13.)

Purola (2000) määrittelee selviytymisen kasvuksi, jolloin yksilö kykenee jäsentämään elämäntilannettaan, muuttamaan arvojaan, hyväksymään erilaisuutta, arvioimaan asioita uudelleen, omaksumaan uusia toimintatapoja sekä ennakoimaan tulevia tilanteita. Purola tuo tutkimuksessaan esille Lazaruksen ja Folkmanin (1984) näkemyksen selviytymisestä. Heidän mielestään selviytymistä ei tule ymmärtää pelkästään tilanteen voittamisena, vaan myös selviytymistarvetta aiheuttavien tekijöiden minimoimisena, välttämisenä, sietämisenä tai hyväksymisenä. Purola viittaa tutkimuksessaan myös Millerin (1986) tulkintaan selviytymisestä, jonka mukaan selviytyminen voidaan määrittellä eheydeksi. Yksilön tehtävänä on säilyttää eheydensä ja positiivinen minäkäsityksenä sekä kyetä toimimaan ihmissuhteissaan ja rooleissaan. (Purola 2000, 21.)

Selviytymisen käsite pohjautuu stressiteorioihin. Stressi voidaan määrittellä tilanteeksi, jossa voimavarojen menetys on uhattuna, voimavarojen menetys on tapahtunut tai voimavaroihin on vaikea saada täydennystä. Lazarus ja Folkman (1984) erottelevat tilannearvioinnissa primaari- ja sekundaariarvion. Primaariarvioinnissa yksilö pyrkii selvittämään, onko tilanne hänelle yhdenmukainen, myönteinen vai stressaava. Ihmisen sairastuminen vakavasti on esimerkki menetystä aiheuttavasta stressaavasta tilanteesta. Sekundaariarvioinnissa yksilö arvioi käytettävissä olevat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja materiaaliset voimavaransa. Hän arvioi myös riittävätkö omat voimavarat tilanteen hallintaan vai tarvitaanko ulkopuolista apua. (Purola 2000, 14–16.)

Selviytyminen riippuu yksilön henkilökohtaisista ja muista saatavilla olevista voimavaroista sekä niistä rajoituksista, jotka estävät voimavarojen käyttöä selviytymistä edellyttävissä tilanteissa. (Purola 2000, 19.) Selviytymiseen vaikuttavat yksilön persoonallisuus, sairauden laatu sekä sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Yksilön persoonallisuus ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat siihen minkälaisen roolin sairaus yksilön elämässä saa ja millaisia psyykkisiä voimavaroja on käytettävissä. Sairauden oireiden laatu ja vaikeusaste vaikuttavat siihen millaisia selviytymisvaatimuksia sairaus aiheuttaa. Sosiaalinen ja fyysinen ympäristö sisältää selviytymisprosessia tukevia tai vaikeuttavia tekijöitä. Ympäristö käsittää potilaan ja heidän läheis-

tensä väliset suhteet sekä ympäröivän yhteisön tuen. Selviytymiseen vaikuttaa myös tilanteen uutuus, ennustettavuus ja aikatekijät. (Mts. 16.)

Purola tuo esiin Folkmanin, Lazaruksen, Gruenin ja DeLongisin (1986) selviytymiskeinojen jaon ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin. Ongelmasuuntautuneiden keinojen avulla yksilö pyrkii hallitsemaan tai muuttamaan stressaavaa tilannetta. Hän käyttää esimerkiksi kognitiivista ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa, tiedon etsimistä, neuvon hakemista, tavoitteiden asettamista, ohjeiden noudattamista, itsehoitoa, vastuunottoa ja sosiaalisen tuen hakemista ongelmanratkaisuun. Sosiaalisen tuen hakemisella tarkoitetaan tiedollisen, emotionaalisen ja konkreettisen tuen hakemista läheisiltä tai hoitohenkilökunnalta. Tunnesuuntautuneiden selviytymiskeinojen avulla yksilö pyrkii tasapainoon käsittelemällä tilanteen aiheuttamia tunteita. Yksilö voi käyttää tässä tunteiden tiedostamista, ilmaisemista ja säätelyä sekä asioiden näkemistä uudesta näkökulmasta tai niiden merkityksen muuttamista tai etäännyttämistä. (Purola 2000, 16 - 17.)

Neuvontatilanteessa potilasta tuetaan itsestään huolehtimiseen sekä päätösten ja valintojen tekemiseen. Potilasta motivoidaan ja hänelle osoitetaan optimismin perusteita. Potilasta autetaan myös löytämään sellaiset olosuhteet, jotka parantavat hänen toimintamahdollisuuksiaan ja vahvistavat hänen subjektiivuttaan. Neuvonnan tavoitteena on vähentää potilaan ongelmia ja lisätä hänen elämänhallintaansa niin, että hän voi mahdollisesti jatkaa yhä elämäntehtäviensä tai elämän suunnitelmiensa toteuttamista. (Purola 2000, 23.)

Purola esittelee väitöskirjassaan Baileyn ja Clarken (1991) selviytymisen tukemisen luokittelun suoraan, epäsuoraan ja palliatiiviseen toimintaan. Suorassa selviytymisen tukemisessa yritetään poistaa tai vähentää selviytymistä aiheuttavia tekijöitä, esimerkiksi sairautta ja sen oireita. Epäsuorassa selviytymisen tukemisessa puolestaan autetaan yksilöä muuttamaan sairastumisen merkitystä niin, ettei elämä muuta merkitystään. Palliatiivisella tukemisella tarkoitetaan sairauden kokemisen ja epämukavuuden tunteen hetkellistä lievittämistä. (Purola 2000, 23.)

Timosen (2001) tutkimuksen mukaan munuaisten vajaatoiminta ja sen dialyysihoito aiheuttavat potilaille monia selviytymisvaatimuksia, joista keskeisimpiä ovat munuaisten vajaatoiminnan ja sen hoidon aiheuttama elämänmuutos ja erilaiset oireet. Työn-

teko vaikeutuu tai siitä voi joutua luopumaan kokonaan ja sosiaalinen- ja harrastustoiminta sekä matkustaminen rajoittuvat. Potilaat kärsivät väsymyksestä, verenpaineen vaihtelusta, suonenvedosta, pahoinvoinnista, päänsärystä ja kutinasta. Myös APD-hoidon toteuttamisessa voi olla ongelmia. Hoito voi olla riittämätöntä ja potilaiden on tehtävä päivällä nesteenvaihtoja käsin. Potilaita rasittavat myös yöunta häiritsevät APD-laitteen hälytysäänet sekä laitteen toimintahäiriöt ja viat. Lisäksi vatsassa oleva katetri ja mahassa oleva dialyysineste vaikuttavat potilaan ulkonäköön. Joillakin APD-hoidosta joudutaan luopumaan kokonaan siitä aiheutuvien ongelmien kuten jatkuvien vatsakalvontulehdusten ja vatsanpeitteiden repeämisestä aiheutuvan tyrän vuoksi. Myös muut sairaudet kuten krooniset perussairaudet ja munuaisensiirron odotus aiheuttavat potilaille selviytymisvaatimuksia. (Timonen 2001, 28 - 38.)

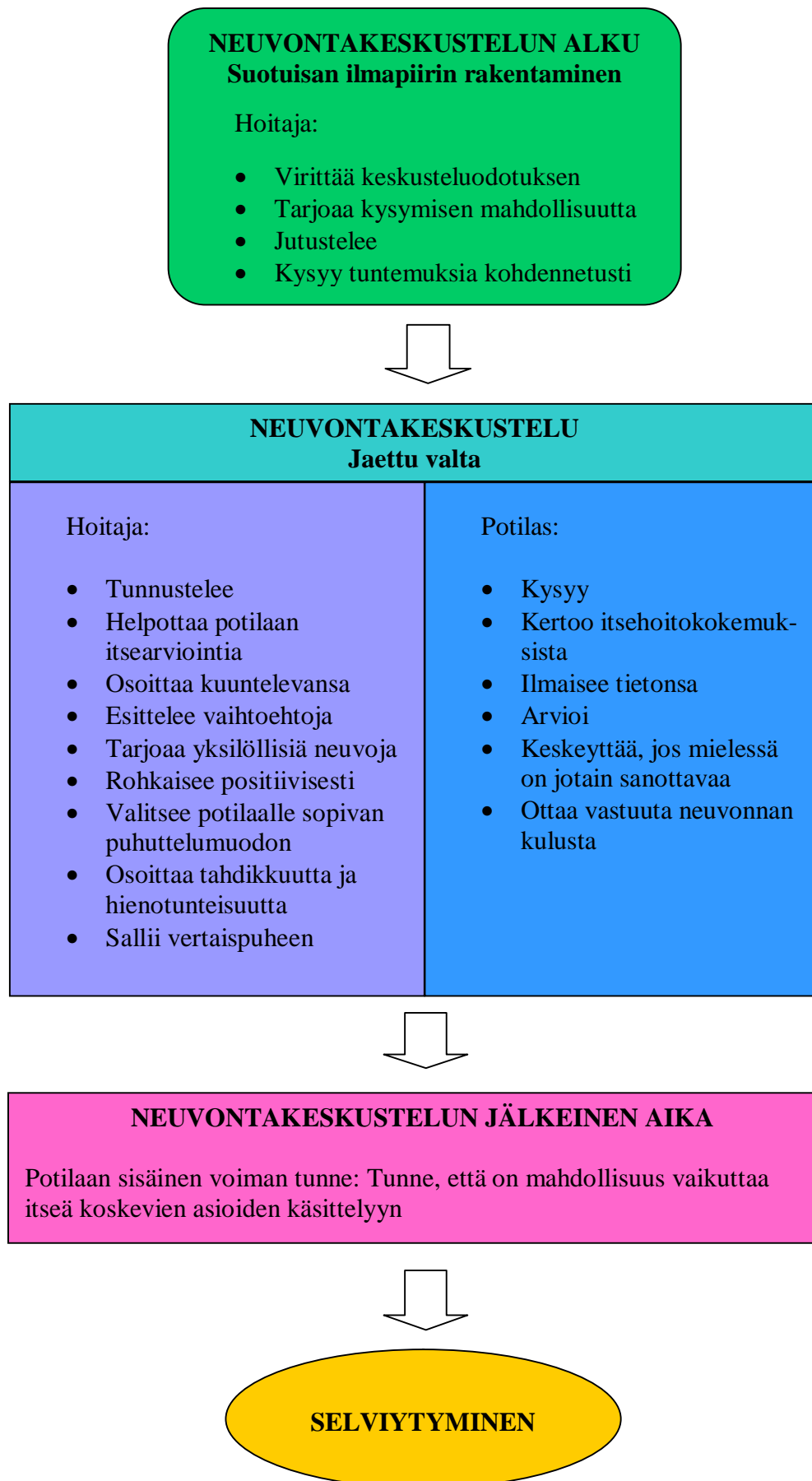
Timosen (2001) tutkimuksen mukaan dialyysipotilaiden keskeisinä selviytymistä edistävinä voimavaroina olivat perheen ja hoitohenkilökunnan antama tuki, dialyysihoito sekä sosiaaliturva ja –palvelut (Timonen 2001, 38). Heikkisen (2003) opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia. Hänen mukaansa osastolta saatu ohjaus oli kotona selviytymisen kannalta korvaamaton. (Heikkinen 2003, 44 ja 47.) Timosen (2001) tutkimuksen mukaan potilaiden selviytymisessä oli tärkeää tuen laatu ja kokemus siitä, että annettu tuki vastasi potilaan omia tarpeita. Hoitohenkilökunta pystyi edistämään potilaan selviytymistä monin keinoin. Hoitohenkilökunnan myönteinen suhtautuminen, tasavertainen kohtelu ja omaisen huomioiminen, riittävä tiedonsaanti ja avunsaanti kaikkina vuorokauden aikoina koettiin tärkeiksi voimavaroja antaviksi tekijöiksi. Potilaiden selviytymistä estivät hoitohenkilökunnan kiire ja kielteinen suhtautuminen, haluttomuus juoksuttaa henkilökuntaa ja se, ettei henkilökunta osannut aina antaa ohjausta. (Timonen 2001, 39.)

### **3.3 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista**

Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun päämääränä on antaa potilaalle hänen terveyteensä liittyvää tietoa sekä tarjota tukea ja harjoittelun mahdollisuutta. Näin hän voi paremmin ymmärtää terveyteensä liittyviä asioita ja tehdä sen pohjalta omaa terveyttään koskevat päätökset. (Kettunen 2001, 81 ja 89). Potilasta autetaan löytämään omat voimavaransa (Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005,

12), jotka auttavat selviytymään sairauden aiheuttamasta stressitilanteesta (Purola 2000, 16 ja 19).

Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun ja selviytymisen suhde on esitetty kuviossa 2. Neuvontakeskustelun alussa hoitaja pyrkii virittämään suotuisan ilmapiirin, jotta keskustelusta tulisi vastavuoroista. Koko neuvontakeskustelun ajan potilas ja hoitaja ovat tasavertaisessa asemassa, molempien asiantuntijuutta korostetaan ja valta on jaettu. Erilaisilla puhekäytännöillä hoitaja auttaa potilasta osallistumaan keskusteluun ja tätä kautta tukee potilaiden voimavarojen vahvistumista. Potilas voimaantuu, kokee voivansa vaikuttaa itseä koskeviin asioihin ja näin selviytyy eteen tulleista haasteista. (Kettunen 2001, 91; Heikkinen 2003, 15.)



KUVIO 2. Voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun malli (Kettunen 2001, 91; Heikkinen 2003, 15) ja suhde selviytymiseen (Heikkinen 2003, 15).

## **4 PERITONEAALIDIALYYSIPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITYS 2000–LUVULLA KESKI-SUOMEN KESKUS-SAIRAALASSA**

Viime vuosina on Keski-Suomen keskussairaassa pyritty munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksella vaikuttamaan siihen, että potilas valitsisi mahdollisimman avohoitoisen aktiivihoidonmuodon. Avohoitoisen aktiivihoidon yleistyminen oli myös yksi POPPI –projektin tavoitteista. Tarkoituksena oli predialyysipotilaiden ryhmänohjauksella tukea potilasta valitsemaan peritoneaalidialyysi hemodialyysin sijaan, jolloin hoidon painopiste on potilaan kotona. Tuloksia saavutettiin, sillä vuonna 2003 sairaanhoitopiirissä oli vain 10 potilasta peritoneaalidialyysissä, kun systemaattisen predialyysipotilaiden ryhmänohjauksen aloituksen jälkeen vuoden 2004 lopussa heitä oli jo 23. Peritoneaalidialyysipoliklinikan käynnit lisääntyivät ja sairaanhoitajan työmäärä poliklinikoilla kolminkertaistui vuoden aikana. (Oravainen, Heiskanen & Mäntyniemi 2005, 64 - 68.)

Lisääntynyt peritoneaalidialyysipotilaiden hoidon ohjaus vaatii myös vuodeosaston henkilökunnalta yhä laajempaa perusosaamista ja siihen on vastattava lisäämällä hoitohenkilökunnan koulutusta (Oravainen ym. 2005, 68). Osastolla 11 haasteeseen on vastattu kehittämällä munuaistiimin toimintaa. Munuaistiimiin kuuluvat hoitajat ovat osastolla 11 työskenteleviä hoitajia, jotka ovat perehtyneet paremmin peritoneaalidialyysihoitoon ja -ohjaukseen kuin osaston muut hoitajat. Parin viime vuoden aikana munuaistiimin toiminnasta on tullut tavoitteellisempaa, kuin mitä se aikaisemmin on ollut. Lisää hoitajia on koulutettu munuaistiimin jäseniksi, tiimi on alkanut kokoontua säännöllisesti noin kuukauden välein ja vuonna 2005 tiimi on laatinut itselleen tavoitteen. (Kilpiö 2006g.)

Munuaistiimin tavoitteen mukaan osastolla 11 tähdätään turvalliseen, tasalaatuiseen ja nykytiedon mukaiseen munuaispotilaan hoitotyöhön. Hoitotyöllä pyritään tukemaan potilaan voimavaroja ja selviytymistä. Munuaistiimin hoitaja toimii omahoitajana esisijaisesti uusille PD-potilaille, APD-koulutukseen tuleville potilaille sekä niille predialyysipotilaille, joille suunnitellaan PD-hoitoa. (Munuaistiimin tavoite 2005.)



Heikkinen on tutkinut opinnäytetyössään vuonna 2003 peritoneaalidialyysipotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11 sekä kotona selviytymisestään saamansa ohjauksen turvin. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin viittä potilasta, joista kahdella oli APD- ja kolmella CAPD-hoitomuotona. (Heikkinen 2003.) Heikkisen (2003) opinnäytetyötä apuna käyttäen laadittiin osastolle 11 vuonna 2004 PD-hoidon ohjausmalli (Kilpiö 2006g).

PD hoitonojhausmallin tarkoituksena on yhtenäistää peritoneaalidialyysipotilaan ohjaus osastolla. Sen mukaan peritoneaalidialyysipotilaan ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja tukea häntä ja hänen omaisiaan selviytymään sairauden kanssa. Ohjauksessa pyritään potilaslähtöisyyteen ja potilaan ja hoitajan tasavertaisuuteen. Potilaan omahoitajana on munuaistiimin hoitaja, joka kartoittaa potilaan aikaisemmat tiedot ja yksilölliset tarpeet. Yhdessä potilaan kanssa hän tekee myös suunnitelman ohjauksen etenemisestä. (PD Hoidonohjaus malli 2004.)

Viime vuosina Keski-Suomen keskussairaalassa APD-hoidon valinneiden potilaiden määrä on lisääntynyt. Tähän on vaikuttanut APD-laitteiden kehittyminen ja se, että kaikille, myös iäkkäille, PD:n aloittaville on systemaattisesti tarjottu APD-hoitovaihtoehtoa. Nykyään APD-hoidon toteutus on helpompaa ja parempaa kuin ennen, sillä APD-laitteet ovat pienikokoisia matkasalkkuja ja niiden hoitoteho on hyvä. (Kilpiö 2006g.)

Jokainen APD-hoidon aloittava käy osastolla 11 koulutuksen APD-koneen käyttöön. APD-koulutuksen pitävät APD –kone-edustaja sekä munuaistiiminhoitaja. APD-hoidon käytön yleistymisen myötä kone-edustajien työ määrä on lisääntynyt, eivätkä he aina pääse kouluttamaan potilaita APD-koneen käyttöön. Muun muassa kesällä 2006 hoitajat joutuivat hoitamaan APD-koulutuksen yksin osastolla 11. APD-koulutusta tarvitsevia potilaita oli tuona aikana kolme. Ensimmäisen potilaan kohdalla koulutus jouduttiin pitämään muun työn ohessa. Toisen ja kolmannen potilaan kohdalla irrotettiin yksi munuaistiiminhoitaja osastotyöstä kouluttamaan potilaita. (Kilpiö 2006g.)

Tulevaisuudessakin munuaistiiminhoitaja voi joutua pitämään APD-koulutuksen ilman kone-edustajan tukea. Potilaille aloitetaan APD-hoito heti, kun siihen on mahdollisuus, riippumatta siitä pystyykö kone-edustaja osallistumaan ohjaukseen. Ongelmana

koulutuksen antamisessa osastolla 11 on se, ettei osastolla ole käytössä omaa APD-koulutusohjelmaa. Onkin epävarmaa, kattaako annettu ohjaus potilaiden tarpeet, huomioidaanko opetuksessa potilaita tarpeeksi ja kuinka hyvin potilaat pystyvät selviytymään annetun ohjauksen turvin kotona. Vastausten löytyminen näihin kysymyksiin koettiin osastolla tärkeäksi ja niiden selvittämistä tarjottiin opinnäytetyön tutkimusaiheeksi.

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida APD-hoidon ohjauksen riittävyttä, kattavuutta ja potilaslähtöisyyttä Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11. Lisäksi selvitettiin miten potilaat pärjäsivät annetun ohjauksen turvin kotona. Tutkimuksessa myös verrattiin oliko kone-edustajan ja hoitajan antamissa APD-hoidon ohjauksissa eroja. Tutkimustehtäviä oli kaksi. Niiden tehtävänä oli selvittää potilaiden kokemuksia (1) saamastaan APD-hoidon ohjauksesta sekä (2) sen merkityksestä kotona selviytymiselle. Tutkimustuloksia käytetään Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 APD-hoidon ohjauksen ja PD-hoidon ohjausmallin kehittämiseen.

## **6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

Tutkimus toteutettiin laadullisesti eli kvalitatiivisesti. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004) mukaan laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti sekä löytämään ja paljastamaan tosiasioita. He pitävät laadullisen tutkimuksen lähtökohtana todellisen elämän kuvaamista. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Tässä opinnäytetyössä on potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja kotona selviytymisestä pyritty kuvaamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti.

## 6.1 Tutkimusjoukko

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tutkimusjoukosta käsitettä harkinnanvarainen näyte otos-käsitteen sijaan, sillä tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää jotakin tapahtumaa syvemmin ja saada tietoa jostakin paikallisesta ilmiöstä eikä tuottaa tilastollisia yleistyksiä. Laadullisessa tutkimuksessa voidaankin muutamaa henkilöä haastatella saadakseen merkittävää tietoa. Haastateltavien valintaan vaikuttaa kohdejoukko. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58 - 59.)

Opinnäytetyön kohdejoukko oli Keski-Suomen keskussairaalan potilaat, jotka käyttivät APD-hoitoa. Tutkimusjoukoksi valittiin peritoneaalidialyysipoliklinikan asiakkaita, jotka olivat aloittaneet APD-hoidon vuoden 2006 aikana. Potilasvalinta rajattiin vuoden sisällä hoidon aloittaneisiin, sillä heille hoidon ohjaus oli hyvin muistissa. Lisäksi usealla vuonna 2006 APD-hoidon ohjauksen saaneella potilaalla ei kone-edustaja ollut mukana ohjauksessa, joten heidän kohdallaan saatiin tietoa parhaiten juuri hoitajien antamasta hoidon ohjauksesta.

Valintakriteerit täyttäviä potilaita oli tutkimuksen aikana enimmillään kuusi. Kaksi tutkittavista joutui kuitenkin luopumaan APD-hoidosta tutkimuksen aikana. Toinen heistä kieltäytyi haastattelusta ja jäi sen vuoksi tutkimusjoukon ulkopuolelle. Toinen potilaista siirtyi hoitoon Keski-Suomen keskussairaalan ulkopuolelle. Näin hänkään ei enää kuulunut tutkimusjoukkoon aineistonkeräysvaiheessa. Tutkimusaineisto kerättiin lopulta vain neljältä kohdejoukkoon kuuluvalta potilaalta, jotka vapaaehtoisesti osallistuivat tutkimukseen.

Kaikki neljä tutkimuspotilasta olivat aineistonkeräämisvaiheessa yhä APD-hoidossa. He olivat aloittaneet hoidon vähintään puoli vuotta ja enintään vuoden aikaisemmin. Heistä yhdelle kone-edustaja oli antanut APD-hoidon ohjauksen. Kolmelle muulle ohjauksen olivat antaneet osaston 11 munuaistiimin hoitajat. Yhden tutkittavan kohdalla hoitaja oli irrotettu muusta osastotyöstä antamaan ohjausta. Näin hoitaja pystyi keskittymään pelkästään yökonehoidon ohjauksen antamiseen. Kahden muun potilaan kohdalla ohjauksen antoi useampi hoitaja, jotka osallistuivat samalla myös muuhun osastotyöhön. Kaikki tutkimuspotilaat olivat keski-ikäisiä.

## 6.2 Aineiston hankinta

Aineiston keruumenetelmä valitaan sen mukaan, minkälaista tietoa halutaan saada ja keneltä tai mistä sitä etsitään. Jotta tutkimuksessa saataisiin esille ihmisten kokemuksia, voidaan menetelmänä käyttää haastattelua ja kyselylomaketta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 183 - 184.) Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin kyselylomakkeen ja teemahaastattelun avulla.

Kyselytutkimuksen etuna on, että siitä saadaan selville monia asioita, aineisto voidaan nopeasti käsitellä ja näin säästyy tutkijan aikaa ja vaivannäköä (Hirsjärvi ym. 2004, 184). Valmiin, aikaisemmin käytetyn, kyselylomakkeen etuna on myös, että sen laatimiseen ei mene aikaa ja se on jo todettu toimivaksi tavaksi saada tarvittavaa tietoa.

Haastattelun etuna on mahdollisuus selventää ja syventää saatuja vastauksia. Lisäksi aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteiden mukaan muun muassa muuttamalla haastattelujärjestystä. (Hirsjärvi ym. 2004, 194.) Kysymyksiä voidaan tarvittaessa myös esittää uudelleen ja tarkentaa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 106). Teemahaastattelu sopi menetelmäksi selvittää potilaiden kokemuksia APD-hoidon ohjauksesta ja ohjauksen merkityksestä kotona selviytymiselle, sillä aihetta ei ole aikaisemmin tutkittu. Haastateltavien vastausten suuntia ei voinut tietää etukäteen, joten teemahaastattelu antoi väljyyttä haastattelun kulun suuntaamisessa.

Ennen aineiston hankintaa marras-joulukuussa 2006 soitettiin jokaiselle tutkimusjoukkoon kuuluvalla potilaalla. Potilaiden yhteystiedot saatiin osastolta 11. Heille esiteltiin tutkimus ja sen tarkoitus, kerrottiin heidän merkittävästä asemastaan tutkimuksessa ja pyydettiin heiltä osallistumaan tutkimukseen. Kaikki potilaat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Aineiston hankinta toteutettiin kahdessa vaiheessa joulutammikuussa 2006 - 2007.

Ensimmäisessä aineiston hankintavaiheessa lähetettiin potilaille postitse saatekirje (Liite 3) ja kyselylomake (Kysely yökonehoidon ohjauksen toteutumisesta, ks. Liite 1). Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa oliko voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu toteutunut tutkittavien mielestä APD-hoidon ohjauksessa. Kaurala ja Pasanen (2003) pilotoivat Kettusen kehittämää arviointimittaria opinnäytetyössään. Kauralan ja Pasanen käyttämää kyselyä muokattiin tutkimustarpeen mukaiseksi yhdessä osaston 11

sairaanhoidtaja Sirpa Kilpiön kanssa. Kyselylomake testattiin yhdellä tutkimusjoukon ulkopuolella olevalla APD-hoidon ohjauksen saaneella potilaalla ennen kyselyjen lähettämistä. Potilaan mielestä kyselylomake oli ymmärrettävä ja yksiselitteinen, eikä siihen sen vuoksi tehty mitään muutoksia esikyselyn jälkeen.

Tutkimuspotilaat palauttivat täytetyn kyselyn siihen varatulla kuorella. Palautuskuoren postimaksu oli hoidettu ennalta. Osa potilaista palautti vastauksen postitse ja osa haastattelun yhteydessä. Postitetut vastauskirjeet tulivat osastolle 11 ja ne kerättiin PD-poliklinikalle, josta ne käytiin noutamassa. Kaikkiaan takaisin saatiin viisi vastausta, joista yksi jouduttiin hylkäämään. Hylätty kyselylomake oli vaillinaisesti täytetty. Tutkittava oli kirjoittanut siihen oman nimensä, josta kyselyn tiedettiin olevan potilaalta, joka kieltäytyi myöhemmin haastattelusta. Kyselylomakkeen hylkäämisen ajateltiin selkeyttävän tutkimusaineiston analyysiä sekä haastattelun ja kyselylomakkeiden tulosten vertailtavuutta.

Toisessa aineiston hankintavaiheessa teemahaastateltiin potilaita heidän kokemuksistaan APD-hoidon ohjauksesta ja sen merkityksestä kotona selviytymiselle. Teemahaastattelun aiheet oli valittu Timosen (2001) tutkimustulosten pohjalta. Tutkimustulokset paljastavat tekijät, joilla hoitohenkilökunta edistää tai estää dialyysipotilaiden selviytymistä (Timonen 2001, 39). Näistä tekijöistä muodostettiin haastattelun teema-alueet (ks. Liite 2).

Ennen varsinaisten haastattelujen tekemistä tehtiin yksi esihaastattelu laadituilla teemoilla potilaalle, joka oli aloittanut APD-hoidon ennen vuotta 2006 ja oli sen vuoksi tutkimusjoukon ulkopuolella. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 72) mukaan esihaastattelujen tehtävänä on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja kysymysten muotoilua, joita vielä näiden koehaastattelujen jälkeen voidaan muuttaa. Esihaastattelun avulla parannettiin haastattelutekniikkaa sekä selvitettiin haastatteluteemojen toimivuus. Esihaastattelun perustella teemat osoittautuivat sopiviksi, mutta haastattelun alkuun lisättiin taustatietoja keräävä osio.

Taustatiedoissa selvitettiin milloin potilaat olivat aloittaneet APD-hoidon, mikä hoito heillä oli ollut ennen sitä, kuinka kauan aikaisemmin he saivat tietää APD-hoitoon siirtymisestä ja ketkä olivat antaneet heille hoidon ohjausta. Taustatiedot koettiin osit-

tain tärkeiksi tutkimukselle, mutta niiden ajateltiin myös rentouttavan mahdollista jännittynyttä ilmapiiriä haastattelutilanteiden alussa.

Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja soitettiin potilaille vielä toisen kerran ja haastatteluajankohta sovittiin tarkasti. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut tehtiin potilaiden poliklinikkakäyntien yhteydessä, keskussairaalan neuvotteluhuoneissa. Haastattelut haluttiin tehdä osaston 11 ulkopuolella, jotta tutkittavat voisivat puhua vapautuneemmin kokemuksistaan ja näin tutkimuksen luotettavuus parani. Näin haluttiin myös taata haastatteluympäristön rauhallisuus.

Ennen haastattelun alkamista pyydettiin potilailta kirjallinen lupa haastattelujen nauhoittamiseen (ks. Liite 4). Heille kerrottiin, että he voivat keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa eikä tämä vaikuta heidän samaansa hoitoon osastolla 11. Haastattelun tarkoitus ja se, että tutkimusaineistoa säilytetään tutkimuksen teon ajan ja aineisto hävitetään sen jälkeen, selitettiin potilaille. Heille kerrottiin myös, että tulokset esitetään nimettöminä eikä tutkittavia voi tunnistaa tutkimusraportista.

Teemahaastatteluiden alussa kartoitettiin haastateltavien taustatiedot. Varsinaisessa teemahaastatteluosuudessa kysyttiin kaikilta tutkittavilta teemojen mukaisia kysymyksiä. Kysymysten järjestys ja muoto vaihtelivat eri haastatteluissa. Haastattelujen aikana tehtiin tarkentavia kysymyksiä, joilla selvennettiin ja syvennettiin haastateltavien vastauksia. Teemahaastatteluihin kului aikaa noin puoli tuntia haastateltavaa kohti. Mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen haastattelunauhat litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 39 sivua.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysiä tehdään jo aineiston keräämisen yhteydessä (Hirsjärvi ym. 2004, 211). Analyysissä aineistoa eritellään ja luokitellaan. Luokittelu luo pohjan myöhemmälle tulkinnalle, yksinkertaistamiselle ja tiivistämiselle. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143 - 147.)

Kyselylomakkeiden väitteet ja vastaukset kerättiin yhteenvedoksi eri teemojen alle. Teemat olivat Kettusen ja muiden (2006) luomasta mallista. Hoitajan toimintaa ku-

vaavat teemat olivat *keskustelun virittäminen, positiivisen ilmapiirin rakentaminen, yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoaminen, sekä potilaan kompetenssin kunnioittaminen*. Potilaan omaa toimintaa kuvaavat teemat olivat *avautuminen, kysyminen ja keskeyttäminen*. (Kettunen ym. 2006.) Yhteenvedon keräämisvaiheessa huomioitiin, oliko vastaus kone-edustajan vai hoitajan ohjaaman potilaan antama. Kunkin teeman kohdalla laskettiin annettujen kyllä-, ei-, ja ei voi tällä kertaa vastata –vastauksien määrät. Vastausten yhtenäisyyden tai hajanaisuuden perusteella muodostettiin tulkinnat ja johtopäätökset.

Kettusen ja muiden (2006) luomaan valmiiseen malliin olisi kuulunut myös hoitajan toimintaa kuvaava teema *potilaan reflektion mahdollistaminen* ( ks. Kettunen ym. 2006). Tähän teemaan liittyvät kysymykset jätettiin kuitenkin pois kyselyn muokausvaiheessa, sillä APD-hoidon ohjauksessa ei pyritä keskustelemaan potilaan terveydestä laajemmin eikä potilasta ohjata arvioimaan hänen omaan terveyteensä liittyvää toimintaa. Nämä reflektion mahdollistamisen osa-alueet tulevat esiin muissa potilaalle annettavissa ohjaustilanteissa, ja niiden selvittäminen APD-hoidon ohjaukseen liittyen olisi ollut turhaa.

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä. Tiivistäminen tehdään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta eritellään samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavat luokat eivät ole päällekkäisiä vaan toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Tekstin sanat, fraasit tai muut ilmaisut luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perustella. Käsitteiden samanlaisuus on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta. Samaa tarkoitavia synonyymejä tai sisältöjä yhdistetään saman luokan alle. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Litteroidut haastattelut analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Analysoinnissa käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista sisällönanalyysiä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan deduktiivisessa sisällönanalyysissä analyysirunko tehdään aikaisemman tiedon varassa. Esimerkiksi haastattelurunko voi toimia analyysirunkona. Analyysirunkoon kerätään sopivia asioita aineistosta. Asioista, jotka eivät sovi analyysirunkoon, voidaan muodostaa oma luokka induktiivisen sisällön analyysin avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7 - 9.)

Haastatelluille annettiin kirjainkoodit, jotka merkittiin litteroituihin haastatteluihin ja haastattelunauhoihin. Haastatteluja luettiin ja kuunneltiin useita kertoja, jotta niistä voitaisiin muodostaa kokonaiskuva. Analyysirunko tehtiin haastattelun teemojen pohjalta. Näitä teemoja olivat *ohjaajan suhtautuminen ja kohtelu, ohjaajan ohjaustaidot ja tiedot, resurssit, tiedon ja ohjauksen saanti, avun saanti ja omaisen huomiointi. Kotona selviytymistä* osoittavista ilmaisuista muodostettiin oma luokka.

Aineistosta kerättiin ilmaisia, jotka sopivat kunkin teemaan alle. Keräämisen suoritettiin merkitsemällä samaa teemaa käsittelevät ilmaisut samalla värikoodilla litteroituihin teksteihin. Nämä ilmaisut kerättiin teemoittain yhteen. Yhteenvedoissa eroteltiin eri haastatteluista kerätyt ilmaisut toisistaan kirjainkoodein. Kirjain- ja värikoodaus auttoi palaamaan myöhemmin alkuperäiseen lausumaan ja sen kontekstiin. Ilmaisut yksinkertaistettiin ja niistä muodostettiin alakategorioita, jotka kuvasivat ilmaisia. Lisäksi haastatteluista valittiin kohtia, jotka liitettiin tutkimustuloksiin.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan suorien lainauksien tarkoituksena on osoittaa lukijalle mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Näin lisätään raportin luotettavuutta. Lainauksia tulee käyttää vain esimerkinomaisesti eikä tutkittava saa tulla tunnistetuksi niistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Lainauksiksi valittiin kutakin teemaa kuvaavimmat haastateltujen ilmaisut ja niitä muokattiin sen verran, ettei haastateltujen sukupuoli ollut pääteltävissä niistä.

## 6.4 Eettiset kysymykset

Tutkijan tulee tehdä tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja koko tutkimusprosessin ajan. Jo tutkimuksen aloitusvaiheessa tutkijan tekee eettisen ratkaisun valitessaan tutkimusaiheen. Tutkijan on tiedostettava kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 1998, 27.) Opinnäytetyön tutkimusaihe saatiin Keski-Suomen keskussairaalan osastolta 11. Osaston munuaistiimin hoitaja pyysi selvittämään uusien peritoneaalidialyysipotilaiden ohjauksen riittävyttä. Lisäksi hän toivoi selvitystä APD-hoidon ohjauksen riittävydestä sekä siitä, onko hoitajan ohjauksessa olleiden potilaiden kokemuksissa ohjauksesta ja kotona selviytymisestä eroja verrattuna kone-edustajan ohjauksessa olleisiin potilaisiin. Opinnäytetyö rajattiin kos-



kemaan vain APD-hoidon ohjausta, sillä tutkimusongelmista haluttiin tehdä selkeät ja rajatut (ks. Liite 5. Opinnäytetyön yhteistyösopimus / lupa-anomus).

Asiaa ryhdyttiin tutkimaan, sillä tutkittava asia koettiin tärkeäksi selvittää. APD-hoidon ohjaus oli muuttunut osastolla 11 vuoden 2006 aikana, sillä kone-edustaja ei ollut enää päässyt ohjaamaan kaikkia uusia APD-hoidon aloittavia potilaita. Tämän vuoksi oli tärkeää saada tietoa siitä, miten potilaat kokivat ohjauksen kone-edustajan tai hoitajan antamana ja miten he selvisivät kotona annetun ohjauksen turvin. Jatkossa tutkimuksen tulosten perusteella olisi myös mahdollista parantaa potilaiden saaman hoidon laatua. Lisäksi tarjottu opinnäytetyön aihe oli innostava ja tutkimustehtävien selvittämisen koettiin kehittävän ammatillista osaamista.

Tutkijan tulee tehdä tietoisia ja eettisesti perusteltuja ratkaisuja myös siinä, miten hän kohtelee tutkittavia henkilöitä. Tutkijan velvollisuutena on antaa tutkittaville tietoa tutkimuksen kulusta ja tutkittavien tulee kyetä ymmärtämään tämä informaatio. Tutkittavien on myös kyettävä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja ja tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 1998, 28.) Tutkijan on myös suojattava tutkittavien henkilöllisyys ja oltava luottamuksellinen. Tutkija ei saa vahingoittaa tutkittavia tutkimuksellaan. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39.)

Kun tutkittavia pyydettiin osallistumaan tutkimukseen, heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja kulku lyhyesti. Tutkimuksen tarkoitus tuli vielä ilmi kyselylomakkeen ohessa lähetetyssä saatekirjeessä sekä haastattelutilanteiden alussa. Koska kaikki tutkittavat olivat aikuisia ihmisiä, uskottiin heidän myös ymmärtäneen, mitä tarkoitettiin ja kyenneen tekemään itsenäisen päätöksen tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkittavien kanssa rakennettiin tasavertainen vuorovaikutussuhde. Molemmiin puolin kunnioitettiin toisen asiantuntemusta ja koettiin yhteisymmärrystä. Tutkimuksessa toteutui tutkittavien vapaaehtoinen osallistuminen. Tutkimuksen alussa jokaiselle tutkimusjoukkoon kuuluvalla soitettiin ja heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen kysyttiin. Kaikki tutkimusjoukkoon kuuluvat ilmaisivat vapaaehtoisesti halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimuksesta voi kieltäytyä ja sen voi keskeyttää kesken tutkimuksen eikä se vaikuta tutkittavan saamaan hoitoon. Myös haastattelujen alussa tutkittaville kerrottiin, että haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa, eikä se vaikuta tutkitta-

van saamaan hoitoon. Eräs tutkimusjoukkoon kuuluvista halusi kieltäytyä haastattelusta haastatteluaikojen sovittaessa ja hänelle annettiin siihen täysi vapaus.

Tutkimuksen eri vaiheissa huolehdittiin tutkittavien henkilöllisyyden suojaamisesta. Haastattelunauhoissa tai tulostetuissa litteroiduissa teksteissä ei tutkittavien nimiä ollut esillä. Kertynyt nauhamateriaali tuhottiin sen jälkeen, kun se menetti tutkimuksellisen mielenkiintonsa. Tutkimuspotilaiden pienen määrän vuoksi tutkimusraportissa ei haluttu tuoda esiin juuri minkäänlaisia taustatietoja tutkittavista. Lisäksi tutkimusraportissa käytettyjä suoria lainauksia muutettiin niin, ettei niistä tullut ilmi tutkittavien sukupuoli.

Tutkimuksessa noudatettiin ehdotonta luottamuksellisuutta. Haastatteluista ja kyselyistä saatuja tietoja käytettiin vain tutkimustarkoituksiin. Muutoin noudatettiin vaitiolovelvollisuutta saaduista tiedoista. Tutkittavien vahingoittumattomuus turvattiin sillä, ettei tutkimusraportissa tuotu esille haastatteluissa ilmi tulleita tutkittavien arkaluonteisia asioita.

Tutkimusetiikkaan kuuluu myös välttää kaikkea epärehellisyyttä koko tutkimusprosessissa. Tutkimusraportissa tulee näkyä, mitkä ajatukset ovat tutkijan omia ja mitkä lainattuja. Tutkijan tulee myös tarkastella tutkimustuloksia kriittisesti. Niitä ei saa keksiä eikä muunnella. Tutkimusraportti ei myöskään saa olla harhaanjohtava tai puutteellinen. (Hirsjärvi ym. 1998, 29.)

Opinnäytetyön raportissa on pyritty selkeästi erittelemään tutkijan ajattelu ja muilta lainatut ajatukset. Lainaukset on osoitettu lähdeviittauksilla. Tutkimustulokset on esitetty mahdollisimman selkeästi ja totuudenmukaisesti. Haastatteluaineistosta otetuilla suorilla lainauksilla sekä kyselyn tulosten taulukoinnilla on haluttu osoittaa, minkälaisesta alkuperäisaineistosta tutkimustulokset on muodostettu. Pohdintaosuudessa on tutkimustuloksia ja niiden luotettavuutta arvioitu kriittisesti. Tutkimusraportissa on tutkimuksen kulku ja käytetyt menetelmät selostettu huolellisesti. Myös tutkimuksen puutteet on tuotu esille.

Koska opinnäytetyöhön liittyvät haastattelut ja kyselyt toteutettiin Keski-Suomen keskussairaalan potilaille, tuli tutkimukselle anoa tutkimuslupa sisätautiyksikön esimieheltä (ks. Opinnäytetöiden käsittely 2006). Tutkimusluvan tutkimussuunnitelmalle

myönsivät 9.11.2006 ylilääkäri Pekka Hannonen sekä ylihoitaja Ulla Perko. Myös Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden koulutusjohtaja, Pirkko Hautala, ja opinnäytetyön ohjaavat opettajat Leena Suonpää-Lehtonen sekä Hannele Tyrväinen hyväksyivät opinnäytetyön suunnitelman 6.10.2006.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Kyselyn tulokset

Kyselyllä selvitettiin voimavarakeskeisyyden ulottuvuuksien toteutumista. Näitä ulottuvuuksia olivat keskusteluodotuksen virittäminen, positiivisen ilmapiirin rakentaminen, yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoaminen, potilaan kompetenssin kunnioittaminen sekä potilaan asertiivisuus – avautuminen, kysyminen ja keskeyttäminen. Tulokset on tiivistetty taulukoihin, joista selviää kutakin ulottuvuutta selvittäneet kyselyn kysymykset. Lisäksi taulukoista selviää sekä potilaiden *kyllä*-, *ei*- ja *ei voi tällä kertaa vastata* –vastauksien määrät. *Ei voi tällä kertaa vastata* –vastausvaihtoehto on taulukoissa lyhennetty muotoon *ei voi vastata*. Taulukoissa ei ole eritelty kone-edustajan ja hoitajan ohjauksessa olleiden potilaiden vastauksia.

#### 7.1.1 Keskusteluilmapiirin luominen

Tutkimuspotilaat kokivat keskusteluilmapiirin luomisen onnistuneeksi. Keskusteluilmapiirin luominen sisältää voimavarakeskeisyyden ulottuvuuksista keskusteluodotuksen virittämisen ja positiivisen ilmapiirin rakentamisen. Taulukoista 1 ja 2 nähdään potilaiden vastaukset näiden ulottuvuuksien toteutumista kartoittaneisiin kyselyn kysymyksiin.

Kaikkien tutkimuspotilaiden mielestä yökonehoidon ohjaaja oli huomionnut potilaan senhetkisiä tunteita, auttanut ottamaan osaa keskusteluun ja tarjonnut kysymisen mahdollisuutta ohjaustilanteen alussa. Potilaat vastasivat myönteisesti kaikkiin kol-

meen keskusteluodotuksen virittämistä kartoittaneeseen kyselyn väitteeseen. (ks. taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Ohjaajan toiminta: Keskusteluodotuksen virittäminen.

Ohjaaja	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Huomioi minun sen hetkisiä tuntemuksiani	4	-	-	4
Auttoi minua ottamaan osaa keskusteluun	4	-	-	4
Tarjosi minulle kysymisen mahdollisuutta	4	-	-	4
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>12</b>

Kyselyn mukaan potilaat olivat kokeneen ohjaajan rakentaneen positiivisen ilmapiirin ohjaustilanteessa. Neljä potilasta vastasi yhdeksään positiivisen ilmapiirin rakentamista kartoittaneeseen kysymykseen, ja 36 vastauksesta 33 oli kyllä –vastausta. Kaikkien tutkimuspotilaiden mielestä ohjaaja oli käyttänyt ymmärrettävää kieltä, ollut kohtelias ja ystävällinen, osoittanut kuuntelevansa potilasta, osoittanut myötätuntoa, huolenpitoa sekä hyväksyntää. Kolme potilasta neljästä koki ohjaajan edistäneen rentoutunutta oloa ja olon tuntemista kotoisaksi sekä tarjonneen mahdollisuutta puhua tunteista. Kone-edustajan ohjauksessa ollut potilas ei ollut kokenut ohjaajan rohkaisseensa häntä puhumaan, mutta hoitajan ohjauksessa olleet potilaat olivat kokeneet rohkaisua. (ks. taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Ohjaajan toiminta: Positiivisen ilmapiirin rakentaminen.

Ohjaaja	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Rohkaisi minua puhumaan	3	1	-	4
Käytti kieltä, jonka ymmärsin	4	-	-	4
Oli kohtelias ja ystävällinen	4	-	-	4
Edisti rentoutunutta oloani ja olon tuntemista kotoisaksi	3	-	1	4
Osoitti kuuntelevansa minua	4	-	-	4
Osoitti myötätuntoa	4	-	-	4
Osoitti huolenpitoa	4	-	-	4
Osoitti hyväksyntää minua kohtaan	4	-	-	4
Tarjosi mahdollisuutta puhua tunteistani	3	-	1	4
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>36</b>

### 7.1.2 Jaettu asiantuntijuus

Jaettuun asiantuntijuuteen liittyy sekä ohjaajan tietotaidot sekä potilaan kompetenssin eli kyvykkyyden ja pätevyyden kunnioittaminen. Potilaat kokivat saaneensa ohjaajiltaan pääosin yksilöllistä tietoa ja neuvoja. Neljään viidesosaan ohjaajan tiedon antamiseen liittyvistä väitteistä potilaat vastasivat myönteisesti. Sen sijaan potilaiden kompetenssin kunnioittaminen ei toteutunut potilaiden mielestä kovin hyvin. Vain noin puolet potilaiden kompetenssia selvittäneistä vastauksista oli myönteisiä. (ks. taulukot 3 ja 4.)

Potilaiden mielestä ohjaaja tarjosi heidän tarvitsemaansa tietoa ja antoi riittävästi tietoa yökonehoidosta. He kokivat myös ohjaajan varmistaneen heidän ymmärtäneen asian ja rohkaisseet heitä esittämään kysymyksiä. Kuitenkin yksi potilaista olisi halunnut saada enemmän tietoa yökoneen toiminnasta hoitajalta. Lisäksi kaksi potilasta ei ollut kokenut saaneensa riittävästi tietoa yökoneen toimintaongelmista ja yökoneen vaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. Näistä toinen potilas oli ollut kone-edustajan ja toinen hoitajan ohjauksessa. Kahden potilaan mielestä kone-edustaja ja hoitaja eivät olleet myöskään kysyneet heidän mielipiteitä ja näkemyksiä. (ks. taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Ohjaajan toiminta: Yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoaminen.

Ohjaaja	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Tarjosi tarvitsemaani tietoa	4	-	-	4
Antoi riittävästi tietoa yökonehoidosta	4	-	-	4
Antoi riittävästi tietoa yökoneen toiminnasta	3	1	-	4
Antoi riittävästi tietoa yökoneen toimintaongelmista	2	2	-	4
Antoi riittävästi tietoa puhtaudesta ja aseptiikasta	4	-	-	4
Kertoi riittävästi yökonehoidon vaikutuksista jokapäiväiseen elämään	2	2	-	4
Varmisti, että ymmärsin asian	4	-	-	4
Rohkaisi minua esittämään kysymyksiä	4	-	-	4
Tarkisti, että hän ymmärsi kertomani asiat	3	-	1	4
Kysyi mielipidettäni ja näkemyksiäni	2	2	-	4
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>32</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>40</b>

Kaikki potilaat kokivat ohjaajan osoittaneen kunnioitusta heidän mielipiteitä kohtaan. Kahden potilaan mielestä hoitaja oli rohkaisut heitä ideoimaan hoitoratkaisuja, mutta kone-edustajan ei ollut koettu tekevän näin. Lisäksi yksi potilas ei kokenut saaneensa

hoitajan tukea tekemiinsä hoitoratkaisuihin ja ainoastaan kahden potilaan mielestä hoitaja auttoi tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä. Hoitoon liittyviä vaihtoehtoja ei kukaan potilasta kokenut saaneensa ohjaajalta. (ks. taulukko 4).

TAULUKKO 4. Ohjaajan toiminta: Potilaan kompetenssin kunnioittaminen.

Ohjaaja	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Osoitti kunnioitusta minun mielipiteitäni kohtaan	4	-	-	4
Tuki toteuttamiani hoitoratkaisuja	3	1	-	4
Rohkaisi minua ideoimaan hoitoratkaisuja	2	1	1	4
Auttoi tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä	2	2	-	4
Esitteli erilaisia hoitoon liittyviä vaihtoehtoja	-	4	-	4
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

### 7.1.3 Potilaan assertiivisuus

Kysymyslomakkeessa kartoitettiin potilaiden kokemuksia hoitajien toiminnan lisäksi heidän omasta toiminnastaan. Potilaat arvioivat omien oikeuksiensa puolustamistaan eli assertiivisuutta avautumisen, kysymisen ja keskeyttämisen näkökulmista. Näistä avautumisen ja kysymisen potilaat kokivat melko huonosti toteutuneeksi. Sen sijaan potilaiden asettiivisuus keskeyttämisessä oli onnistunut.

Kaikki potilaat eivät kertoneet hoitajalle yökonehoitoon liittyviä mielessään olleita asioita eivätkä puhuneet hoitajalle mieltään askarruttavista asioista. Kysymyksiin vastattiin kuitenkin avoimesti ja ohjaajan keskeyttämättä. Kakki eivät kertoneet ohjaajalle myöskään omia mielipiteitä ja käsityksiä, elämäntilanteeseensa liittyvää tietoa tai omista hoitokokemuksistaan. Sairauteensa liittyvistä tunteistaan ei kukaan potilaista kertonut ohjaajalleen. Kaksi potilasta ei arvioinut yökonehoitoon liittyviä asioita tai omaa toimintaansa sairautensa hoidossa eikä ollut kertonut hoitoratkaisuistaan ohjaajalle. Hoitopäätöksiä tekemiseen oli ottanut osaa vain puolet tutkittavista. Potilaan avautumista selvittäneet kysymykset ja niiden vastaukset on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Potilaan oma toiminta (assertiivisuus): Avautuminen.

Potilas	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Kerroin yökonehoitoon liittyvät mielessäni olevat asiat	2	2	-	4
Vastasin kysymyksiin niin ettei ohjaaja keskeyttänyt	4	-	-	4
Vastasin kysymyksiin avoimesti	4	-	-	4
Puhuin mieltäni askarruttavista asioista	2	2	-	4
Kerroin omia mielipiteitäni ja käsityksiä	2	2	-	4
Kerroin elämäntilanteeseeni liittyvää tietoa	2	2	-	4
Kerroin omista hoitokokemuksistani	2	2	-	4
Arvioin yökonehoitoon liittyviä asioita	2	2	-	4
Arvioin omaa toimintaani sairauteni hoidossa	2	2	-	4
Kerroin sairauteeni liittyvistä tunteistani	-	4	-	4
Kerroin omista hoitoratkaisuistani	1	2	1	4
Otin osaa hoitopäätöksiin	2	2	-	4
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>48</b>

Potilaiden kysymistä selvittävistä kolmesta väitteestä, joihin saatiin yhteensä 12 vastausta, vain seitsemän vastausta oli kyllä-vastauksia. Kaikki tutkimuspotilaat olivat kysyneet ohjaajaltaan, elleivät olleen ymmärtäneet jotakin. Kuitenkaan puolet tutkittavista ei ollut kysynyt hoitajalta kaikkia mielessään olleista kysymyksiä. Myöskään munuaisten hoitoon liittyviä kysymyksiä ei kolme potilaista ollut kysynyt ollenkaan. (ks. taulukko6).

TAULUKKO 6. Potilaan oma toiminta (assertiivisuus): Kysyminen.

Potilas	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Kysyin, jos en ymmärtänyt jotakin	4	-	-	4
Kysyin munuaisten hoitoon liittyviä kysymyksiä	1	3	-	4
Kysyin kaikki mieltäni askarruttavat kysymykset	2	2	-	4
<b>vastauksia yhteensä</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>12</b>

Potilaat puolustivat omia oikeuksiaan parhaiten ohjaajan puheen keskeyttämisessä. Potilaat vastasivat kolmeen keskeyttämistä kartoittavaan väitteeseen ja 12 vastauksesta 11 oli kyllä –vastausta. Kaikki potilaat ilmaisivat ohjaajalleen, elleivät ymmärtäneet jotakin tai halusivat ohjaajan toistavan jotakin. Vain yksi potilaista ei ottanut puheenvuoroa hoitajalta silloin kun halusi.

TAULUKKO 7. Potilaan oma toiminta (assertiivisuus): Keskeyttäminen.

Potilas	Kyllä/kpl	Ei/kpl	Ei voi vastata/kpl	Yhteensä /kpl
Otin puheenvuoron silloin kun halusin	3	1	-	4
Ilmaisin ellen ymmärtänyt jotakin	4	-	-	4
Ilmaisin, jos halusin ohjaajan toistavan jotakin	4	-	-	4
<b>Vastauksia yhteensä</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>12</b>

## 7.2 Teemahaastattelun tulokset

Teemahaastattelussa selvitettiin potilaiden kokemuksia ohjaajan suhtautumisesta ja kohtelusta, ohjaajan ohjaustaidoista ja tiedoista, resursseista, tiedon ja ohjauksen saannista, avun saannista, omaisen huomioinnista ja kotona selviytymisestä. Kunkin osaluokan tulokset esitetään omissa alaluvuissaan. Haastateltujen kuvaukset esitetään kuvioissa pelkistettyinä ilmaisuina. Ilmaisut ryhmitellään kuvioissa alakategorioihin. Siteerattujen haastatteluotteiden lopussa ilmoitetaan suluissa, onko ote kone-edustajan vai hoitajan ohjauksessa olleiden potilaiden haastatteluista.

### 7.2.1 Ohjaajan suhtautuminen ja kohtelu

Tutkimuspotilaat kuvasivat hyvin samansuuntaisesti kokemuksiaan ohjaajan suhtautumisesta ja kohtelusta. Yhtä tutkimuspotilasta oli ohjannut kone-edustaja ja kolmea muuta osaston 11 munuaistiimin sairaanhoitajat. Haastatellut kuvasivat ohjaajaansa kuviossa 3 esitetyillä tavoilla. Pelkistetyt ilmaisut on ryhmitelty sen mukaan, kuvaavatko ne kone-edustajan vai hoitajan suhtautumistapoja.



OHJAAJAN SUHTAUTUMINEN	
Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu
Kone-edustajan suhtautuminen	Asiallista Mukavaa Hyvää Normaalia Työhön vihkiytynyttä Mahdollisti kysymisen
Hoitajan suhtautuminen	Asiallista Ystävällistä Mukavaa Auttavaista Valoisaa Hyvää Positiivista Ei Negatiivista Kannustavaa Herättää turvallisuuden tunnetta Pitää huolta Halua antaa aikaa Huomioi Vastaa kysymyksiin

KUVIO 3. Ohjaajan suhtautuminen potilaaseen ja ohjaukseen.

Potilaat kokivat sekä kone-edustajan että hoitajan suhtautumisen ohjaustilanteessa hyvin myönteisenä. Potilaat kuvasivat ohjaajan suhtautumista muun muassa asialliseksi, ystävälliseksi, hyväksi, mukavaksi ja kannustavaksi. Eräs haastatelluista korosti hoitajien huolenpitoa ja potilaan huomioimista. Hän kertoi myös tuntevansa olonsa turvalliseksi osastolla ollessaan. Hoitajilla koettiin olevan halua antaa aikaa potilaalle. Kone-edustajaa kuvailtiin työelleen vihkiytyneeksi. Kaikista potilaiden kuvauksista heijastui tyytyväisyys ohjaajalta saamaansa kohteluun. Potilaiden vastauksista ilmeni myös ohjaustilanteen vuorovaikutteisuus. Potilaat saivat mahdollisuuden kysyä ja heille myös vastattiin. Seuraavassa on potilaiden antamia kuvauksia.

*Kaiken sai kysyä mikä vaivas mieltä ja...ja tota ja kyllähän se varmaan asiansa osas kyllä, että...on, oon soittanut sille myöhemminki sitte, kyselly neuvoja, ja kyllä se aina tulee, vaikka iltayöstä niin tulee neuvoja, että tota...kyllä se ihan siihe vihkiytynyt on siihen hommaan.  
(Kone-edustaja ohjaajana)*

*Mä ainakin sain iha asiallise...ja musta tuota ni...iha ystävällinen ja tämmöne oli ohjaus...että...ei oo mitää valittamista, että...muutenki mul-*

*la on ollut aina, että oon niiku turvassa...Mulla on niin turvallinen olo, että...ku olla ja taitaa, että...nii ja muutenki yleensä, että ku ne pitää niin hyvä huole. (Hoitaja ohjaajana)*

*Kaikki otti niiku huomioon minut ainaki mitä...ja sitte...niiku minua kohtaan...ni kyllä, iha tosi ystävällistä ja semmosta, että ei mitää valittamista ois. (Hoitaja ohjaajana)*

*Ne (hoitajat) suhtautu kyllä hirvee hyvin ja valosasti, että ne vaan niiku sillee kannusti, että kyllä tästä vielä, vaikka minä joskus vähä epätoivoonki siinä vaivuin, että tää on kyllä aikamoinen urakka ja sillalaila. (Hoitaja ohjaajana)*

## 7.2.2 Ohjaajan ohjaustaidot ja tiedot

Potilaiden kokemukset ohjaajan ohjaustaidoista ja tiedoista olivat keskenään samankaltaisia. Kuviossa 4 eritellään kone-edustajaa ja hoitajaa kuvaavat haastateltujen pelkistetyt ilmaisut.

OHJAAJAN OHJAUSTAI DOT JA TIEDOT	
Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu
Kone-edustajan ohjaustaidot ja tiedot	Hyvät Hallitsee asian Osaa asiansa Osaa neuvoa, vaikkei näe konetta Parantamisen varaa
Hoitajan ohjaustaidot ja tiedot	Hyvät Hyvä opettaja Pätevä hoitaja Hallitsee asian Osaa ohjata unissaankin ”Ei mene sormi suuhun” Pystyy kertomaan asiasta Tietää mistä puhuu Puhuu selvää suomea Puhuu normaalia kieltä Koneen käyttö tuttua hommaa Ei osaa puhua kaikkea Ei osaa kaikkea

KUVIO 4. Ohjaajan ohjaustaidot ja tiedot

Potilaat kuvailivat ohjaajan ohjaustaitoja ja tietoja hyviksi. Sekä kone-edustaja että hoitaja hallitsivat opetettavan asian haastateltavien mielestä. Molemmat myös osasivat ohjata potilasta. Ohjaajaa kuvailtiin muun muassa ilmaisuilla osaa asiansa, hallitsee asian, hyvä opettaja ja tietää mistä puhuu. Kuitenkin eräs potilas koki parantamisen varaa olevan kone-ohjaajan ohjaustaidoissa. Eräs toinen potilas arveli, ettei hoitaja osannut kaikkea opetettavasta asiasta. Kuitenkin hän myös kuvaili opetettavan asian olevan tuttua hommaa hoitajalle. Potilas arvioi, ettei hoitaja osannut puhua potilaalle kaikkesta. Hän koki ymmärtämisen vaikeaksi, sillä opittava asia oli niin outoa. Kuitenkin hoitaja oli puhunut potilaan mukaan normaalia kieltä välttäen ammattisanastoa, eikä hoitajan käyttämä kieli vaikeuttanut oppimista. Kaiken kaikkiaan potilaat luottivat ohjaajan ohjaustaitoihin ja tietoihin.

*Kyllähän se (kone-edustaja) sen hallitsi, kyllä ihan hyvin ja...osaa tota ni ihan tossa vain neuvoa vaikei nää konettakaan ni osaa sanoa, mitä pitää tehdä ja kyllä se, kyllä sen hallitsee kyllä...se henkilö ainaki. (Kone-edustaja ohjaajana)*

*Kyllä ne (hoitajat) musta ne on iha päteviä, että ei minkään laista moittimista. (Hoitaja ohjaajana)*

*Tietysti varmaan niiku tää, joka opetti sitä nii...eihän hänkään varmaan ihan kaikkee osannu niiku. Se oli niille (hoitajille) tietysti niin tuttua hommaa. Ne ei välttämättä osannu...sillai kaikkee puhua. (Hoitaja ohjaajana)*

*Vaikka puhuttiin iha selvää suomee, mutta siitä huolimatta ni, ei varmaan ihan kaikkee ymmärtäny. (Hoitaja ohjaajana)*

### **7.2.3 Resurssit**

Haastattelussa potilaita pyydettiin kuvailemaan ohjaukseen käytettyä aikaa ja ohjauksen määrää sekä ohjaustilaa. Potilaiden pelkistetyt ilmaukset näistä ohjaukseen liittyvistä resursseista on esitetty kuviossa 5. Aikaan ja ohjauksen määrään liittyvissä ilmauksissa on eritelty se, onko sillä viitattu kone-edustajan vai hoitajan antamaan ohjaukseen. Kaikki ohjaustilaan liittyvät kuvaukset esitetään yhdessä.

RESURSSIT	
Alakategoriat	Pelkistetty ilmaisu
Ajan ja ohjauksen määrä kone-edustajan ohjauksessa	Riittävää Vähäinen Vanhemmalle ihmiselle ei riittävää
Ajan ja ohjauksen määrä hoitajan ohjauksessa	Riittävää Hoitaja koko ajan läsnä Hoitaja ei lähde muualle pomppimaan Hoitaja varannut ohjausajan Hoitaja perehtynyt ohjaukseen Hoitajalla kiire Hoitaja tulee, kun ehtii muilta töiltä Hoitajan pitää olla joka puolella yhtä aikaa Hoitajia vähän Kokonaisaikaa vähän Ohjausaikaa vähän Vähäinen ohjausaika ei haittaa Hoitaja ei pysty mahdottomiin Hoitajalla halu antaa enemmän aikaa potilaalle Resurssit tulisi tulla muualta potilaalle annettavaan aikaan Hoitajalle enemmän aikaa Hoitajan aikaa enemmän potilaalle
Ohjaustila	Kahdenhengenhuone ei haittaa Järjestäneet oman huoneen Oma huone hyvä Omassa huoneessa oma rauha Omassa huoneessa ei häiritseviä tekijöitä Omassa huoneessa voi keskittyä Helpompi keskittyä, kun ohjaajan kanssa kahdestaan

KUVIO 5. Resurssit.

Ajan ja ohjauksen määrässä haastateltujen potilaiden mielipiteet olivat ristiriitaisia ja erosivat toisistaan. Kone-edustajan ohjauksessa olleen potilaan mielestä ohjaukseen käytetty aika ja ohjauksen määrä oli vähäistä, mutta riittävää. Kuitenkin hän totesi, ettei hänen saamansa ohjauksen määrä olisi ollut riittävää vanhemmalle ihmiselle. Myös hoitajan ohjauksessa olleiden potilaiden mielipiteet vaihtelivat välillä riittävää ja liian vähäistä. Yhden potilaan kohdalla hoitaja oli varannut ajan ohjauksen antamiseen. Tämä potilas koki hyvänä sen, ettei hoitajan tarvinnut lähteä kesken ohjauksen mihinkään muualle. Hoitaja oli koko ajan potilaan luona ja potilas koki ohjauksen määrän riittäväksi.

*Kyllä ihan riittävästi kuitenkin oli, että ku...vois sanoo, että aika vähäistä se (ohjaus) sillai...jos aattelee, et olis vielä vanhempi ihminen kuin minä niin varmaan ei ois riittänyt. (Kone-edustaja ohjaajana)*

*Kyllä se oli koko aja se hoitaja siinä. Ei se lähtenä. Se oli ilmeisesti...varanna sen...ajan mitä, nyt moneltakohan myö nyt alotettiin. Sitä mä en muista, mutta kyllä se oli sen...ihan...koko, koko ajan siinä. Ei se mihinkään lähteny pomppimaan siitä. (Hoitaja ohjaajana)*

Kaksi muuta haastateltua potilasta kertoi useamman hoitajan ohjanneen heitä. Molemmat heistä kokivat, että hoitajilla oli kiire ja muut osaston työt veivät hoitajien aikaa. Haastatellut myös toivoivat, että aikaa ohjaukseen olisi ollut enemmän. Heistä toisen mielestä hoitajia oli liian vähän. Hän koki myös, että yksi ohjauksen antaneista hoitajista oli pystynyt perehtymään ohjauksen antamiseen paremmin kuin muut hoitajat. Hän koki myös, että hoitajilla olisi ollut halua antaa aikaa enemmän, mutta eivät he pysty suoriutumaan mahdottomasta työmäärästä. Hänen mielestä resurssit potilaalle annettavaan aikaan tulisi tulla jostain muualta. Toinen näistä potilaista kuitenkin oli sitä mieltä, että vähäinen ohjausaika ei haittaa ja ohjausaikaa oli riittävästi. Hän kuitenkin tunsi sääliä hoitajia kohtaan ja toivoi, että hoitajilla olisi ollut enemmän aikaa suorittaa työnsä.

*No siellä oli semmonen tilanne, että...no tietysti hoitajia vähä ja kiire kaikilla niin siinä oli varmaan kaikki hoitajat...kävi jotakin sanomassa, sitte etenki sillo illalla ja yöaikana. (Hoitaja ohjaajana)*

*No ainut on varmaan se aika. Et sitä vois olla tietysti sille potilaalle enempi, mutta se on tietysti taas semmonen kysymys, että...se on varmaan niin monesta asiasta kiinni...et siihen ei niiku välttämättä...se, että varmaan niiku osaston henkilökunta ni niillä on halua siihen, että ne vois antaa sitä aikaa enempi, mutta se on taas sitten, että eihän nekään mahdottomiin pysty. Se täytyy tulla sit jostain muualta, se, ne resurssit, et sitä aikaa voidaan antaa sille potilaalle. (Hoitaja ohjaajana)*

*No sitähan tietysti vois olla, että sitä aikaa vois olla hiukan enemmän, ettei sitä tarteis iha kellon lyömälleen laskee, et nyt tuohon aikaan mennään ja tehdään. Nii, mut eihän se nyt siinä haittaa. Ei se haittaa hirveesti, vaikka se aika onkin vähä kortilla. Niinku, et sillee et tarkkaan laskettuna. Tekeepähän sillo just sen minkä kuuluu. Nii, et kyllä sille hoitajalle vois olla niiku inhimillisempää, et se vois kasata vähä ihtesä ensin ku se niiku lähtee siihe hommaa, että ois niiku sillee semmone...no aika kiireetön olo. (Hoitaja ohjaajana)*

Potilaat olivat saaneet ohjausta sekä omassa huoneessa että kahdenhengen huoneessa. Kahden hengen huoneessa ollutta potilasta ei huonetoverin läsnäolo haitannut. Kui-

tenkin omassa huoneessa olleet potilaat kokivat yksityisyyden hyväksi. He kuvailivat, että omassa huoneessa oli rauha, siellä voi keskittyä ja siellä ei ole häiritseviä tekijöitä. Yksi potilaista oli kokenut, että oma huone oli pyritty järjestämään hänelle.

*No se oli ihan normaali...potilashuonehan se oli nii. Oliko se to-  
ta...kahen hengen huone se oli joo... ..Eihän se (toinen potilas) tommo-  
sessa mitään haittaakaan. Ihan voi olla. Ei mitään...merkitystä oo...mun  
mielestä ainakaan. (Kone-edustaja ohjaajana)*

*Se oli ihan tuota niin semmonen tutkimushuone ja mä olin yksin, yksin  
siinä, että siitä ei ollu mitään häiritseviä tekijöitä, että se oli iha...että  
siinä sai ihan kokonaan vaan keskittyä siihen hommaan. (Hoitaja ohjaa-  
jana)*

*Ihan normaali osaston huone...Siellä oli aluksi yks, mut siten mä jäin  
yksi siihe huoneeseen. Sillai oli...Ne oli ilmeisesti yrittänyt järjestää sen  
sillai. (Hoitaja ohjaajana)*

#### **7.2.4 Tiedon ja ohjauksen saanti**

Teemahaastattelussa potilaita pyydettiin kuvailemaan tiedon saantia ohjaustilanteessa. Kuviossa 6 on esitetty pelkistetysti potilaiden kokemukset tiedon saannista joko kone-edustajalta tai hoitajalta.

TIEDON SAANTI	
Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu
Tiedon saanti kone-edustajalta	Tiedon määrä tuntuu liian suurelta Loppujen lopuksi ei paljon tietoa Riittävää Kysymällä kaikki selviää Kaikki sanotaan ja kerrotaan Harjoittelua enemmän
Tiedon saanti hoitajalta	Sopivaa Tarpeeksi Riittävää Ei turhaa tietoa Ei turhia ohjeita Tarpeellinen oppi Tarpeellisen tieto tuodaan esille Kysymyksiin vastataan Paljon asiaa lyhyessä ajassa Ei koskaan tarpeeksi Kertausta enemmän Tarkennusta enemmän Tietoa enemmän

KUVIO 6. Tiedon ja ohjauksen saanti ohjaajalta.

Haastateltujen kokemukset tiedon saannista olivat samansuuntaisia sekä kone-edustajan että hoitajan ohjauksessa olleilla. Kaikki potilaat kokivat saaneensa tietoa riittävästi. Eräs potilas kertoi hoitajan tuovan kaiken tarpeellisen tiedon esille. Toinen potilas puolestaan kuvasi kone-edustajan sanovan ja kertovan kaiken tarvittavan tiedon. Haastateltujen vastauksista ilmeni heidän aktiivinen rooli tiedon hankkijana. He kyselivät kysymyksiä ohjaajalta ja saivat niihin vastauksia.

Joiltakin yksittäisiltä alueilta tiedon saanti oli jäänyt kuitenkin puutteelliseksi. Potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa ja kertausta koneen ongelmatilanteista, käytännön harjoitusta ulosvalutuksen keskeytyksestä ja tarkennusta koneesta irrottautumisesta. Erään hoitajan ohjauksessa olleen potilaan mielestä tietoa ei koskaan ole tarpeeksi.

Kahden potilaan kuvauksista ilmeni tiedon suuri määrä. Kone-edustajan ohjauksessa ollut potilas sanoi tiedon määrän olevan liian suuri. Kuitenkin hän loppujen lopuksi ajatteli, ettei tietoa tullut paljon. Hoitajan ohjauksessa ollut potilas kertoi, että asiaa tuli paljon lyhyessä ajassa. Kukaan potilaista ei kuitenkaan kokenut saaneensa turhaa tietoa.

*Uus asia aina tuntuu, et sitä nyt tulee ihan liikaa, mutta...kyllä se sit ihan kuintekin mun kohalla oli ainakin riittävää, et...eihän sitä loppujen lopuks niin paljon sitä tietoo kumminkaan tuu kun aatellaan, et ei oo kuin muutama letku mikä laitetaan. (Kone-edustaja ohjaajana)*

*No kyllä mä sain iha...niihin kysymyksiin vastaukset iha...mitä mä kyse-  
lin ja älysin kysyä. (Hoitaja ohjaajana)*

*No varmaan ne koneen ne ongelmatilanteet. Jos tulee jotakin ongelmia nii...se oli sillai. Niissä ois varmaan vähä enempi voinu saaha sitä tietoo... ...No varmaan lähinnä se kertaus, et kyl nyt varmaan ne...varmaan ne ongelmatilanteet, mitä nyt vois tulla ni...ne mentiin läpi, mutta sit, että varmaan ois vähä niiku kertausta ja semmoista ois voinit saaha enemmän. (Hoitaja ohjaajana)*

### **7.2.5 Avun saanti**

Haastatellut potilaat kertoivat saavansa apua kotona sekä yökoneen ohjekirjasta että soittamalla joko kone-edustajalle tai hoitajille osastolle 11. Kuviossa 7 on esitetty potilaiden avun saannin lähteet sekä kerrottu minkälaisia ilmaisuja potilaat niistä käyttivät.



AVUN SAANTI	
Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu
Apua saa soittamalla kone-edustajalle	Helposti Hyvin Saa aina Aikataulun mukaan Sovittuna aikana Virka-aikaan Neuvotaan iltayöllä
Apua saa soittamalla hoitajalta	Helposti Hyvin Saa varmasti Ympäri vuorokauden Ei aina asian hallitsevaa hoitajaa Saa jotain lohtua Ei tarvitse lähteä mihinkään
Avun saanti ohjekirjasta	Ohjekirja turvana Ohjekirjasta voi tarkistaa Ohjekirja ei selkeä

KUVIO 7. Avun saanti kotona.

Ongelmatilanteissa potilaat soittivat joko kone-edustajalle tai hoitajalle ja kokivat aina saavansa avun. Kaksi haastatelluista kertoi soittavansa vain hoitajalle. Kaksi muuta soittivat sekä kone-edustajalle että hoitajalle. Potilaat kertoivat saavansa apua hyvin ja helposti sekä kone-edustajalta että hoitajalta. Eräs potilas koki helpottavana, että avun sai soittamatta eikä hänen tarvinnut lähteä hakemaan apua mistään.

Kone-edustajalle potilaat soittivat sovitun aikataulun mukaan – aamu kuuden ja ilta puoli yhdentoista välillä. Eräs potilaista kertoi soittavansa kone-edustajalle virka-aikaan. Sen sijaan hoitajalle potilaat kokivat voivansa soittaa ympäri vuorokauden. Potilaat eivät kuitenkaan olleet varmoja siitä, onko paikalla aina hoitajaa, joka hallitsi asia ja osaisi neuvoa. Kuitenkaan he eivät kokeneet tätä ongelmana, vaan tyytyivät odottamaan asian osaavan hoitajan tulemistä työvuoroon. Yksi potilaista arveli saavansa jotain lohtua osastolta, vaikkei asian osaavaa hoitajaa olisikaan paikalla.

*Oon joutunut soittaa sitte sille edustajalle sekä tänne (osastolle) ni tosi hyvi on tullu kyllä neuvoja ja apua, että ei oo siinä suhteessa ollu mitään ongelmaa. (Hoitaja ohjaajana)*

*Kyllä sieltä (kone-edustajalta) niinku aina avun saa... ..mitenkähän se anto sen aikataulun, puol ykstoista viiva aamu...aamu kuus niin sillä välillä hä ei niiku...mielellään varmaan. En tiedä vastaiskokaan, jos soittais, mutta...mä oon aina pystynyt soittaa sillai sovittuna aikana, että...että totta kai silläkin täytyy jonkinlainen yörauha olla. (Kone-edustaja ohjaajana)*

*Ne (hoitajat) anto mulle luvan, et mä saan soittaa mihin vuorokauden aikaan tahansa, tahansa tuota tänne yheltoista ja jos täällä vuorossa oli, joku semmonen henkilö, joka ties, ni niin nin, ni se kyll autto mua sil-lalaillla, että, et mä niiku sitten koin selviävänä siitä. (Hoitaja ohjaajana)*

Potilaiden kuvauksista ilmeni, että he saivat apua myös ohjekirjasta. Eräs potilas kertoi ohjekirjan olevan turvana. Toinen kertoi voivansa tarkistaa asiat ohjekirjasta. Kone-edustajan ohjauksessa ollut potilas piti ohjekirjaa kuitenkin epäselvänä ja koki tiedon etsimisen sieltä vaikeaksi.

*Vaikka mä tiesinki, et mä osaan sen ja mulla on se kirjanen, josta mä voin sitten tarkistaa, että miten se menee. (Hoitaja ohjaajana)*

*Koska jos sitä alkaa siitä...siitä ohjekirjasta ettimään niin mun mielestä se ei oo kauheen selkee kumminkaan vaikka...jotenki, jotenki se on kyllä, ei en mä tiä...ehkä sen tekijä aattelee asioita sit ihan erilaillla, mutta...vois se olla selvempiki. (Kone-edustaja ohjaajana)*

### **7.2.6 Omaisen huomiointi**

Haastateltavat kuvailivat omaisen huomioimista ohjaustilanteissa sekä kertoivat toiveitaan miten heidän mielestään omaiset tulisi huomioida. Kuviossa 8 on esitetty potilaiden pelkistetyt ilmauksen omaisen huomioinnista kone-edustajan ja hoitajan ohjauksissa. Lisäksi kuviossa näytetään potilaiden omat toiveet pelkistettyinä ilmauksia.

OMAISEN HUOMIOINTI	
Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu
Omaisien huomiointi kone-edustajan ohjauksessa	Omaista ei kutsuta ohjaustilanteeseen Ei kysytä haluaako ottaa omaisen mukaan ohjaustilanteeseen Omaisien osallistumista ei kielletä Omainen varmasti saisi tulla mukaan ohjaukseen
Omaisien huomiointi hoitajan ohjauksessa	Ei keskustelua omaisen osallistumisesta Ei kysytä haluaako ottaa omaisen mukaan ohjaustilanteeseen
Potilaan toiveet omaisen huomioinnista	Halukkuutta omaisen mukaan ottamiseen ohjaustilanteeseen voisi kysyä Puoliso voisi olla jonkin verran mukana ohjaustilanteessa Omainen kannattaa ottaa vähän mukaan ohjaustilanteeseen Omaiselle oma opas yökonehoidosta

KUVIO 8. Omaisen huomiointi ohjauksessa.

Potilaiden mielestä omaisia ei huomioitu ohjaustilanteessa ollenkaan. Potilailta ei kysytty, haluavatko he ottaa omaisen ohjaustilanteeseen mukaan. Kone-edustajan ohjauksessa ollut potilas uskoi, ettei omaisen osallistumista ohjaustilanteeseen kiellettäisi. Lisäksi hän arveli, että halutessaan omainen varmasti saisi tulla mukaan ohjaustilanteeseen.

Potilaat olivat hieman epävarman oloisia vastatessaan kysymykseen *miten omaisia tulisi huomioida?* Yksi haastatelluista ehdotti, että potilaalta kysyttäisiin halukkuutta omaisen mukaan ottamiseen ohjaustilanteeseen. Toisen mielestä puoliso voisi olla ohjaustilanteessa jonkin verran mukana, sillä se helpottaisi monia potilaita. Kolmannen mielestä asiallinen omainen kannattaisi ottaa vähän mukaan ohjaustilanteeseen. Eräs potilaista toivoi, että omaiselle olisi oma opas yökonehoidosta. Sen avulla omainen pystyisi kytkemään potilaan koneeseen, tämän ollessa huonossa kunnossa.

*Niin mi kyllähän se tietysti kysyä voisi, eihän siinä mitään ja ei, eihän se tota, kyllähän varmaan aina saa tulla, eihän siinä....eihän niitä koskaan kielletä, mutta...ei sitä nyt kysytykään oo taikka sillai tai annettu sillai...mahol sillai, että sanottu, että vois tulla tai...että...mutta voi kyllähän saa tulla eihän siinä mittään varmaankaan. (Kone-edustaja ohjaajana)*

*Musta se (omainen) siinä voi jonki verra olla...ehkä siinä ohjautilanteessa vaikka...sanotaan nyt vaikka puoliso jonkun verran mukana. Se varmaan, varmaan niiku helpottas moniaki. (Hoitaja ohjaajana)*

*No tuota kyllä varmaan jonkinlainen semmonen opas ois omaiselleki ihan hyvä, että jos on jokin semmonen tulee semmone sairaus tai joku semmonen, että esim. kuume tai joku muu, että on nii heikkona, ettei itse oikein pysty hoitamaan, ni ohan se tietysti ihan hyvä, että joku ois kotiväestäkin, joka pystyis sitten laittaa ne systeemit kohilleen ja kytkemään sit potilaan siihe koneeseen. (Hoitaja ohjaajana)*

### **7.2.7 Kotona selviytyminen**

Haastatteluissa potilaat kuvasivat avoimesti kokemuksiaan kotona selviytymisestä annetun ohjauksen turvin. Potilaiden kertomuksista kootut pelkistetyt ilmaisut esitellään kuviossa 9. Kuviossa eritellään kone-edustajan ja hoitajan ohjauksessa olleiden potilaiden ilmaisut.

KOTONA SELVIITYMINEN	
Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu
Kotona selviytyminen kone-edustajan antaman ohjauksen turvin	Osaan heti käyttää konetta Pärjään hyvin Hyvin menee Tieto takaraivossa Askarruttaa Vähän epäselvää Epävarmuutta Pelko koneen sekaisin menemisestä Muutamaan iltaan ei uskallusta koskea koneen nappuloihin Vanhempi ihminen olisi vähän hukassa
Kotona selviytyminen hoitajan antaman ohjauksen turvin	Jälkeenpäin ei ongelmia Ei mene ”sormi suuhun” Pärjään Koen selviäväni En epäröi Osaan nyt Opin sen kanssa elämään Onnistuu hyvin Ei ongelmia Vähän epävarmuutta Alkuun rimakauhuja Perhosia mahassa kotiutuessa Avuton olo Arkielämän todellisuuden sisäistäminen vie kauan Joskus henkisesti raskasta

KUVIO 9. Kotona selviytyminen annetun ohjauksen turvin.

Kaikki haastatellut potilaat kokivat selviytyvänsä kotona annetun ohjauksen turvin. Potilaiden kuvauksissa selviytymistä osoittivat ilmaisut osasin heti käyttää konetta, tieto takaraivossa, pärjäsinkin hyvin, hyvin meni, ei ongelmia, ei mennyt sormi suuhun, koin selviäväni, en epäröinyt, osaan nyt, opin sen kanssa elämään ja onnistuu hyvin.

Kuitenkin kolme haastateltua kertoivat kokeneensa joko epävarmuutta tai avuttomuutta alkuaikoina. Näistä yksi oli ollut kone-edustajan ohjauksessa ja kaksi hoitajan ohjauksessa. Hoitajan ohjauksessa olleet olivat saaneet ohjauksen usealta hoitajalta. Potilaista se, joka ei kokenut minkäänlaista epävarmuutta selviytymisessä, oli saanut ohjauksen hoitajalta, joka oli varannut ohjaukseen ajan.

Eräs potilaista oli kokenut pelkoa koneen sekaisin menemisestä, eikä ollut uskaltanut koskea muutamaa iltaan yökoneen nappuloihin. Yökoneen käyttö oli askarruttanut

häntä ja potilas oli miettinyt, että kuinkahan tässä käy. Hän arveli häntä vanhemman ihmisen olevan vähän ”hukassa” sillä ohjausmäärällä, minkä hän oli saanut. Toinen potilas kuvaili, että hänellä oli ”perhosia mahassa” kotiutuessaan koneen kanssa. Hän kertoi myös alkuun kokeneen rimakauhuja yökonehoidon kansa ja olonsa avuttomaksi. Potilas kertoi myös, että häneltä vei kauan aikaa ennen kun hän sisäisti millaista arkielämä yökonehoidon kanssa oli. Potilaista se, joka ei ollut kokenut mitään epävarmuutta selviytymisessä, kuvasi kuitenkin silloin tällöin tulevaa henkistä väsymystä yökonehoitoon.

*Kyllä se joskus tuntuu, et helvetti ku mä työnnä ulos koko myllyn tosta. (Hoitaja ohjaajana)*

*No ei mulle tullu sormi suuhun meno ollenkaan. Kyllä mää sillo seuraavana iltana kun menin tai niiku seuraavana päivänä menin kotija ja kytinkin itteni siihe koneeseen ja laitoin kaikki ne ni emmä oikeestaan epäroiny ja olihan mulla sitten se ohjekirja turvana, jos jotaki tuli, mutta emmä muista, että mä oisin tarvinnut ees sitä aukoo. (Hoitaja ohjaajana)*

*Sehä katottiin, et miten mä selviän ja joko mä selviän kotona ja näin ja kyllähän mulla perhosia mahassa ol kun mä sitten sen koneen kanssa sinne kotia lähi. Ei kai se nyt iha ollut nii yksinkertaista, vaikka mä tiesinki, et mä osaan ja mulla on se kirjanen, josta mä voi siten tarkistaa, että miten se menee, ja tosi hyvät ohjeet oli ne semmoset, semmonen tämmönen lappu, jossa oli et miten tehdä ja...mutta onhan se ihminen semmonen jännä vekotin, et kun se kotia lähtee nii se avuton olo tulee. Se tuli joksku aikaa semmonen hirvee avuto olo, et osaanko minä tosisaan tämä, mut kyllä se siitä sit lähti menee. (Hoitaja ohjaajana)*

*Se vei niiku aika kauan ennen ku mä oikein sisäistin, et mitä tämä nyt sitten on käytännön elämässä, että tää on tätä, että mun makuuhuoneessa pörrää tämmönen kone. (Hoitaja ohjaajana)*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen päätarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan APD-hoidon ohjauksesta ja kotona selviytymisestään saamansa ohjauksen turvin.

Kaikki neljä tutkimuspotilasta kokivat saavansa pääosin voimavarakeskeistä ohjausta. Ohjauksen määrä oli myös riittävää. Ohjaajat suhtautuivat potilaisiin ja ohjaukseen myönteisesti ja olivat hyvin ammattitaitoisia. Parhaiten ohjauksessa onnistuttiin emotionaalisen tunneilmaston luomisessa sekä potilaan assertiivisuudessa keskeyttämisen näkökulmasta. Myös tiedon antamisessa onnistuttiin melko hyvin. Kehittämisalueeksi nousi potilaan kompetenssin kunnioittaminen sekä potilaiden assertiivisuus avautumisen ja kysymisen näkökulmasta. Kotiuduttuaan ja aloitettuaan APD-hoidon potilaat olivat kokeneen aluksi epävarmuutta yökoneen käytössä, mutta olivat selvinneet ja pärjänneet lopulta hyvin saadun ohjauksen turvin. Apua potilaat kokivat saavansa helposti. Sillä, oliko ohjaajana ollut kone-edustaja vai hoitaja, ei näyttänyt olevan suurta merkitystä potilaiden ohjauskokemuksiin tai kotona selviytymiseen.

Ohjaustilanteissa **keskusteluodotuksen virittäminen** ja **positiivisen ilmapiirin luominen** toteutuivat parhaiten voimavarakeskeisyyden ulottuvuuksista. Myös Kettunen ja muut (2006) päätyivät POPPI –projektissa samaan tulokseen. He pitävät neuvontakeskustelun alkua merkittävänä, jotta voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu voisi toteutua. Usein ohjaajalla on tärkeä rooli aloitteen tekijänä, jotta potilas uskaltautuu osallistumaan keskusteluun. (Kettunen ym. 2006.) Sekä kyselyistä että haastatteluista tuli esille ohjaajien positiivinen asenne ja potilaiden tyytyväisyys saamaansa kohteluun. Timosen (2001, 39) tutkimuksen mukaan hoitajien myönteinen suhtautuminen tukee potilaan voimavaroja ja sitä kautta myös potilaan kotona selviytymistä. Siitonen (1999) tuo esiin, että kun potilaat ovat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa ja saavat kokea vapautta, hyväksyntää, kannustusta, turvallisuuden tunnetta, tasa-arvoisuutta, arvostusta ja luottamusta, he kokevat sisäistä voimaantumista. Tämä johtaa vapaaseen, itsenäiseen ja aktiiviseen toimimiseen ja samalla vahvaan hoitoon sitoutumiseen. (Siitonen 1999, 61, 99 ja 118.)

Tutkimustulosten mukaan potilaan **kompetenssin kunnioittaminen** ei toteutunut ohjauksessa kovinkaan hyvin. Potilaista osa koki, ettei ohjaaja ollut kannustanut tai auttanut heitä hoitoratkaisujen ideoimisessa ja valinnassa eikä ohjaaja tukenut potilaan valitsemia hoitoratkaisuja. Potilaan tukeminen päätöksenteossa on kuitenkin tärkeää potilaan selviytymisen kannalta (Purola 2000, 23). Potilaan voimaantuminen voi estyä, jos hoitaja ei anna potilaalle arvostusta ja vastuuta päätöksenteossa (Siitonen 1999, 61). Mielestäni myös jaettu asiantuntijuus jää toteutumatta silloin, kun potilaan kyvykkyyttä ei kunnioiteta.

Kaikkien tutkittavien mielestä ohjaaja ei esitelty hoitoon liittyviä vaihtoehtoja. Se, ettei eri vaihtoehtoja ollut esitelty, voi kuitenkin johtua siitä, ettei APD-hoidon toteutuksessa ole juurikaan mahdollisuutta variaatioihin. Näin ollen hoitovaihtojen esittelemättä jättäminen ei osoita kompetenssin puuttumista. Potilaiden kompetenssin kunnioittaminen toteutui siinä, että potilaat kokivat ohjaajan kunnioittaneet heidän mielipiteitään. Myös Kettusen ym. (2006) tekemässä tutkimuksessa hoitajat olivat osoittaneet kunnioitusta potilaiden mielipiteitä kohtaan.

Potilaiden **avautuminen** onnistui melko heikosti ohjauskeskustelussa. Puolet potilaista ei kertonut, asioistaan, mielipiteistään tai käsityksistään ohjaajalle. Myös Kettusen ym. (2006) tutkimuksessa tulee ilmi, etteivät kaikki potilaat puhu mieltään askarruttavista tai elämäntilanteeseen liittyvistä asioista. Potilaat eivät myöskään arvioineet esille tulleita asioita tai omaa toimintaansa hoidossa. Kukaan potilaista ei kertonut sairautensa liittyvistä tunteista ohjaajalleen. Tämä on ristiriidassa sen kanssa, että potilaat yhtä lukuun ottamatta olivat kuitenkin kokeneet ohjaajan tarjonnan mahdollisuutta kertoa tunteista. Jääkin epäselväksi, miksi potilaat pidättäytyivät tunneilmaisussa. Kyngäksen ja muiden (2004) tutkimuksen mukaan potilaat kuitenkin haluaisivat puhua tunteistaan enemmän.

Potilaiden **kysyminen** oli osittain puutteellista. Puolet potilaista ei kysynyt kaikkia mieleissään olleita kysymyksiä. Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös POPPI – projektin tutkimuksessa (Kettunen ym. 2006). Tutkimuksessa ei käynyt ilmi, miksi potilaat eivät kysyneet kaikkia mieltään askarruttavia kysymyksiä, vaikka he kokivat hoitajan rohkaisseen heitä kysymään. Todennäköistä kuitenkin on, että potilaat kokivat, ettei hoitajilla ollut kiireen vuoksi aikaa vastata kaikkiin kysymyksiin. Tätä oletusta tukee Heikkisen (2003, 46) opinnäytetyön tulokset, joiden mukaan hoitajien kiire estää potilasta kysymästä.

Potilaiden assertiivisuus onnistui parhaiten ohjaajan puheen **keskeyttämisen** näkökulmasta. Samaan tulokseen tulivat myös Kettunen ja muut (2006) tutkimuksessaan. Keskeyttämisellä potilaat tasavertaistavat vuorovaikutusta ohjaajan kanssa. Keskeyttäminen voi tapahtua, kun potilaan mieleen juolahtaa jokin keskusteluaiheeseen liittyvä asia tai kun potilas varmistaa asioita pienin kysymyksin ohjaajan puheen lomassa. (Kettunen 2001, 46.)



Kaksi haastatelluista koki **resursseja** puuttuvan ohjausajasta ja olisivat halunneet hoitajalta enemmän aikaa. Kun hoitajat eivät olleet pystyneet varaamaan erillistä ohjausaikaa, potilaat kokivat heidät kiireisiksi. Timosen (2001, 39) tutkimuksen mukaan hoitajien kiire heikentää potilaiden selviytymistä kotona. Ajan puute tai hoitajien kiire ei tullut esille niiden potilaiden kohdalla, joiden ohjaukseen oli varattu erillinen aika.

Kolme potilaista oli ollut ohjaustilanteessa omassa huoneessa. Potilaat kokivat yhden hengen huoneen hyväksi, sillä siellä oli rauhallista ja keskittyminen onnistui hyvin. Yksi potilas oli ollut kahden hengen huoneessa eikä kokenut järjestelyä huonoksi. Ajattelen kuitenkin, että potilaille paras vaihtoehto olisi olla yhden hengen huoneessa. Kahden tai useamman hengen huoneessa muut potilaat ja heidän hoitonsa voivat häiritä ohjausta, mutta myös ohjaaminen häiritsee muiden potilaiden rauhaa. Sonnisen ja muiden (2006) tutkimuksessa tuli esille, että hoitajalla ja potilaalla tulisi olla kahdenkeskeistä aikaa, jolloin he voivat keskustella sairauten ja elämään liittyviä asioita. Muiden potilaiden läsnäollessa potilas voi jättää mieltä painavat asiat kysymättä. (Sonninen ym. 2006, 19 - 20.)

Sekä haastatteluissa että kyselytutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat olivat saaneet yksilöllistä **tietoa ja ohjausta** riittävästi. Tämä tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Kettunen ym. 2006; Kyngäs ym. 2004; Heikkinen 2003, 47). Saadun tiedon avulla potilas ymmärtää paremmin omaa terveyttä koskevia asioita ja voi tehdä niihin liittyviä päätöksiä ja elämänmuutoksia. Potilaan tietoisuuden lisääminen onkin voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun tärkeä tavoite. (Kettunen 2001, 81 ja 89.) Heikkisen (2003, 47) opinnäytetyöstä tulee ilmi, ettei osa potilaista luottanut hoitajilta saamaansa tietoon. Tällaista ei tutkimuksessani kuitenkaan tullut esille. Ohjaajia pidettiin asiansa osaavina ja potilaat luottivat saavansa kaiken tarpeellisen tiedon ohjaajaltaan. Myös ohjaajien ohjaustaitoja ja tietoja pidettiin hyvinä.

Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että vaikka potilaat pitivät saamaansa tietoa riittävänä, niin he olisivat halunneet saada lisää tietoa yökoneen toimintaongelmista. Enemmän tietoa kaivattiin myös APD-hoidon vaikutuksista jokapäiväiseen elämään. Myös Sonnisen ym. (2006, 19) tutkimuksesta tulee ilmi, että potilaat haluavat saada enemmän tietoa sairauden vaikutuksesta päivittäiseen elämään. Tutkimukseni osoittaa, että puutteelliseksi jääneet tiedot aiheuttivat kotihoidon alkuaikoina potilaille epävar-

muuden ja avuttomuuden tunnetta. Potilailla oli pelkoja ja uskalluksen puutetta koneen käyttämiseen.

Hoitajan ohjauksessa olleet potilaat kokivat ongelmatilanteissa saavansa **apua** ohjekirjasta. Myös Kyngäksen ym. (2004, 233) tutkimuksessa tuli esille, että kirjalliset ohjeet auttoivat potilaita selviytymään kotona. Kone-edustajan ohjauksessa ollut potilas piti ohjekirjaa kuitenkin epäselvänä. Hoitajan ohjauksessa olleille potilaille ohjekirja oli tullut tutuksi jo ohjaustilanteessa. Ohjekirjaa käytettiin ohjauksen runkona ja ohjauksessa edettiin sen mukaan. Kone-edustaja puolestaan ei käyttänyt ohjekirjaa ohjauksessa kuin vähän, joten se jäi potilaalle vieraaksi ja todennäköisesti myös sen vuoksi epäselväksi. Sonnisen ym. (2006, 19 - 20) tutkimustulokset osoittavat potilaiden toivovan ohjaustilanteessa keskustelua kirjallisesta materiaalista. Mielestäni ohjekirjaa onkin hyvä käyttää APD-hoidon ohjauksessa apuna.

Potilaat kokivat saaneensa apua helposti ja aina tarvittaessa soittaessaan osastolle sekä kone-edustajalle. Potilaat eivät kokeneet ongelmallisena sitä, ettei asian hallitsevaa hoitajaa ollut aina tavoitettavissa osastolla, ja he olivat valmiita odottamaan avun saamista. Tämä on ristiriidassa Timosen (2001, 39) tutkimustuloksen kanssa. Sen mukaan potilaat kokevat kuormittavana tekijänä sen, etteivät he aina välittömästi saa neuvoja hoitajilta osastolle soittaessaan.

Potilaiden mielestä **omaisia ei huomioitu** ohjaustilanteessa. Potilaat eivät olleet kuitenkaan kokeneet omaisen huomioimista omalla kohdallaan tarpeelliseksi eikä se myöskään herättänyt tyytymättömyyttä. Timosen (2001) tutkimustulokset ovat ristiriidassa saamieni tulosten kanssa. Hänen tutkimustuloksiensa mukaan potilaat kokevat omaisen huomioinnin olevan selviytymistä edistävä voimavara. (Timonen 2001, 39.) Potilaat kuitenkin ehdottivat, että omaisen osallistumishalukkuutta ohjaukseen voisi kysyä. Tällainen käytäntö lisäisi aktiivisen vastavuoroisen neuvontasuhteen rakentamista ohjauksessa (vrt. Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005, 32).

Potilaat kokivat **selviävänsä kotona** saadun ohjauksen turvin. Myös Kyngäksen ja muiden (2004) tutkimuksessa potilaat olivat kokeneet ohjauksessa saadun tiedon auttavan selviytymään sairauden kanssa. Kuitenkin alkuvaiheessa potilaista kolme oli kokenut epävarmuutta ja arkuutta yökoneen käytössä. He kuitenkin kokivat selviävän-

sä ongelmatilanteistaan, sillä ohjatut asiat olivat kuitenkin jääneet potilaiden mieleen ja he tiesivät kuinka toimia. Toisaalta heillä oli myös ohjekirja tukena ja mahdollisuus kysyä neuvoja ja ohjeita kone-edustajalta ja osastolta 11.

Selviytymiskokemukseen vaikuttavat potilaan persoonallisuus ja muut ominaisuudet, sairauden laatu sekä sosiaalinen ja fyysinen ympäristö (Purola 2000, 16). Tutkimukseni selvitin ainoastaan APD-hoidon ohjauksen selviytymistä tukevaa vaikutusta. Selviytymishaasteena potilailla oli hoitoon liittyvien toimintatapojen omaksuminen (vrt. Purola 2000, 21). Yhden selviytymistä tukevan osa-alueen tutkiminen on kuitenkin vaikeaa, sillä kaikki muutkin voimavarat ja kuormittavat tekijät vaikuttavat potilaan selviytymiskokemukseen. Mielestäni APD-hoidon ohjauksella on kuitenkin niin suuri merkitys potilaan selviytymiskokemukseen, että pidän saatua tulosta melko luotettavana kuvauksena hoidon ohjauksen merkityksestä potilaan kotona selviytymiseen.

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen liittyviä asioita. Aineiston laatu on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky puolestaan vaikuttavat aineiston analysointiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen totuusarvon, sovellettavuuden, pysyvyyden ja neutraaliuden kannalta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.)

Opinnäytetyön tutkimusjoukko rajoittui vain neljään tutkittavaan. Suppeudesta huolimatta tutkimusjoukko edusti tutkittavaa ilmiötä melko hyvin. Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 hoitokäytännöt APD-hoidossa olivat muuttuneet vuoden 2006 aikana ja tietoa haluttiin juuri muutoksen jälkeisestä tilanteesta. Näin ollen tutkimusjoukon laajentaminen potilaisiin, jotka olivat aloittaneet APD-hoidon ennen vuotta 2006, ei olisi antanut tutkittavasta ilmiöstä lisää tietoa. Sen sijaan kahden tutkimusjoukkoon kuuluneen tutkimuspotilaan pois jääminen tutkimuksesta heikensi jonkin verran tutkimuksen luotettavuutta. Koska nämä kaksi potilasta olivat luopuneet APD-hoidosta tutkimuksen aikana, olisi heiltä voinut saada tämän tutkimuksen tuloksista poikkeavia näkökantoja kotona selviytymiseen.

Kaikilla neljällä tutkimuspotilailla oli omakohtainen kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuspotilaat vastasivat kuitenkin muistitiedon varassa kyselyyn ja haastattelukysymyksiin. Kun tutkimusjoukko rajattiin vain vuonna 2006 APD-hoidon ohjauksessa olleisiin potilaisiin, voidaan olettaa, että he muistivat tarkemmin kokemuksiaan hoidon ohjauksesta kuin jos tutkimusjoukko olisi ollut laajempi. Toisaalta jo nyt tutkittavat sekoittivat kokemuksiaan muista ohjaustilanteista APD-hoidon ohjaustilanteeseen. Tämä heikentää jonkin verran tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta aineistonkeräämisvaiheessa lisäsi rauhallinen haastattelu-ympäristö ja se, että tutkijana tein haastattelut itse. Koska haastattelut toteutettiin osaston 11 ulkopuolella, pystyivät haastateltavat puhumaan avoimesti kokemuksistaan. Esihaastattelun avulla kehitin haastattelutekniikkaani ja varmistin, että valitsemani teemat antoivat vastaukset tutkimustehtäviin. Teemahaastattelu antoi mahdollisuuden tarkentavien ja syventävien lisäkysymysten esittämiseen. Oma työharjoittelukokemukseni osastolla 11 ja perehtyneisyys APD-hoitoon auttoivat ymmärryksen syntymisessä. Haastatteluissa oli luottamuksellinen ilmapiiri ja koin haastateltavien vastaavan avoimesti ja rehellisesti esitettyihin kysymyksiin.

Kyselytutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että kyselylomake oli muokattu valmiin luotettavaksi osoitetun kyselyn pohjalta (ks. Kettunen ym. 2006). Muokatun kyselylomakkeen testaaminen APD-hoidossa olevalla potilaalla varmisti kyselyn yksiselitteisyyden ja selkeyden. Kyselyn luotettavuutta osoitti se, ettei neljästä analysoidusta kyselylomakkeesta puuttunut vastauksia ja vastauksissa oli vain muutamia *en voi tällä kertaa vastata* -vastauksia. Kuitenkin kyselytutkimuksen luotettavuutta heikentää kyselyjen vähäinen määrä ja tuloksia voidaan näin pitää vain suuntaa antavina.

Sisällönanalyysissä tulee arvioida onko tutkija pystynyt pelkistämään aineiston niin, että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Myös luokittelun luotettavuutta tulee arvioida. Tutkijan tulee osoittaa yhteys tulosten ja aineiston välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36 - 37.) Tutkimustuloksissa esitetyt potilaiden pelkistetyt ilmaisut oli poimittu haastatteluista. Suorilla lainauksilla osoitettiin, millaisesta aineistosta tutkimustulokset oli nostettu. Lainauksia käytettiin esimerkinomaisesti ja lainauksiksi valittiin ne kohdat, joista tutkimustulokset nousivat selkeästi ja mahdollisimman kattavasti esille. Lainauksien perään merkittiin, kuka oli ollut ohjauksen antaja

haastatelluille. Näin osoitettiin perustelija kone-edustajaa ja hoitajaa koskevien ilmaistujen luokitteluille ja potilaiden eri ohjaajilta saamien kokemusten vertailulle.

Myös kyselyn teemoittelussa osoitettiin yhteys aineiston ja tulosten välillä. Kyselyjen vastaukset taulukoitiin kunkin teeman kohdalla, jotta niistä on mahdollisuus nähdä mistä tulokset oli saatu. Teemojen luokittelun luotettavuutta lisäsi se, että samaa luokittelua oli käytetty jo aikaisemmissa tutkimuksissa (ks. Kettunen ym. 2006; Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota 2005) Myös kyselyn tulosten vertailu aikaisempiin tutkimustuloksiin oli luotettavaa, sillä valmiilla mittarilla saadut tulokset ovat Metsämuurosen (2001, 43) mukaan vertailukelpoisia muiden samalla mittarilla saatujen tulosten kanssa.

Tutkimuksessa käytetyillä tutkimusmenetelmillä, haastattelulla ja kyselylomakkeella, kerättiin osittain samoja tietoja. Menetelmien antamat tulokset olivat samansuuntaisia, joten tämä lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Kaksi tutkimusmenetelmää toi myös tarkkuutta tutkimukseen. Ne täydensivät ja syvensivät toistensa antamia tutkimustuloksia. Tutkimustulosten luotettavuutta osoittaa myös se, että tutkimustulokset olivat pääasiassa samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa.

Hirsjärven ja muiden (1998) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä varten. Kuitenkin he esittävät, että tutkittaessa yksityistä tapausta riittävällä tarkkuudessa voidaan löytää se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 1998, 181 ja 182.) Opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan todeta millaista APD-hoidon ohjausta potilaat ovat kokeneet saaneensa vuonna 2006 Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11. Tulokset potilaiden kotona selviytymisestä kuvaavat lähinnä vain niiden potilaiden kokemuksia, jotka ovat pysyneet APD-hoidossa ainakin puoli vuotta hoidon aloittamisen jälkeen. Tuloksia ei voi yleistää ennen ja jälkeen vuotta 2006 osastolla 11 tapahtuneisiin APD-hoidon ohjauksiin. Myöskään muiden osastojen tai sairaaloiden antamiin APD-hoidon ohjauksiin tuloksia ei voi yleistää.

### **8.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet**

Tuloksista nähdään mitkä osa-alueet APD-hoidon ohjauksessa ovat onnistuneet ja mitkä vaatisivat kehittämistä jatkossa. Tämä auttaa APD-hoidon ohjauksen ja PD-

hoidon ohjausmallin kehittämistä osastolla 11. Näin potilasohjauksesta voidaan saada potilaslähtöisempää ja potilaan voimavaroja ja kotona selviytymistä pystytään tukemaan paremmin.

Jatkotutkimushaasteena olisi hyvä selvittää niiden potilaiden kokemuksia, joilla APD-hoito ja selviytyminen kotona ei onnistu. Heidän kokemuksistaan voitaisiin saada selville, mitkä tekijät vaikuttavat hoitomuodon epäonnistumiseen. Näin pystyttäisiin kehittämään ohjausta niin, että nämäkin potilaat pystyisivät selviytymään kotona annetun ohjauksen turvin. Tutkimus olisi tärkeä, sillä APD-hoito antaa potilaalle enemmän vapautta kuin esimerkiksi päivisin toteutettava CAPD-hoito ja sen kustannukset yhteiskunnalle ovat paljon pienemmät kuin hemodialyysipotilaiden aiheuttamat kustannukset. Jatkotutkimuksissa voisi selvittää myös, miten ikä vaikuttaa potilaan kotona selviytymiseen APD-hoidossa ja millaisilla menetelmillä hoidon ohjaus kannattaisi toteuttaa iäkkäille potilaille.

## LÄHTEET

Dialyysiopas. Tietoa kotona tapahtuvaa dialyysihoitoa varten. Opaskansio. Baxter Oy.

Finne, P., Honkanen, E. & Grönhagen-Riska C. 2006. Tulevaisuuden haasteet munuaisten vajaatoiminnan hoidossa. *Duodecim*. 122, 2, 193 - 195.

Gokal, R. 2002. Peritoneal Dialysis in the 21st Century: An Analysis of Current Problems and Future Developments. *J Am Soc Nephrol* 13, 104 - 115.

Heikkinen, K. 2003. Peritoneaalidialyysipotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen merkityksestä kotona selviytymiselle. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala.

Heikkinen, K., Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003 . *Hoitotiede*, 18, 3, 120 - 130.

Heiskanen, E., Hyvärinen, H., Kilpiö, S. & Koskiahho, P. 2002. Munuaisen vajaatoimintaa sairastavan aikuispotilaan ohjaus Keski-Suomen keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, täydennyskoulutusyksikkö.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. 3-4 p. Tampere: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10 p., osin uud. laitos. Helsinki: Tammi.

HomeChoice-laite. HomeChoice PRO –laite (versio 8.5). Käyttöopas. 2001. Baxter International Inc.

Hänninen, A., Lehtimäki, M. & Muroma-Karttunen, R. 1997. Hemodialyysihoito. Helsinki: Kirjayhtymä.

Iire, L. & Leino-Kilpi, H. 1992. Omatoimista dialyysia toteuttavan potilaan tiedon tarve. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro nursing ry. julkaisusarja C:2:1992. Turku: Kirjapaino Pika.

Ikonen, T. H. 2000. Tuhkasta uusi elämä. Selviytymisen teoreettiset ja käytännölliset lähtökohdat. Helsinki: Yliopistopaino.

Kaurala, M. & Pasanen E. 2003. Hemodialyysipotilaan voimavaralähtöinen ohjaus. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala.

- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, *Studies in sport, physical education, health* 75. Jyväskylä.
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. *Sairaanhoitaja* 79, 1, 19 - 22.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila, P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14, 5, 213 - 222.
- Kilpiö, S. 2006a. Automaattinen peritoneaalidialyysi. Sivu päivitetty 10.10.2006. Viitattu 18.10.2006. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), sairaanhoitajan tietokannat, automaattinen peritoneaalidialyysi.
- Kilpiö, S. 2006b. Dialyysiperitoniittipotilaan hoito. Sivu päivitetty 10.10.2006. Viitattu 18.10.2006. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), sairaanhoitajan tietokannat, dialyysiperitoniittipotilaan hoito.
- Kilpiö, S. 2006c. Peritoneaalidialyysi. Sivu päivitetty 10.10.2006. Viitattu 18.10.2006. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), sairaanhoitajan tietokannat, peritoneaalidialyysi.
- Kilpiö, S. 2006d. Peritoneaalidialyysikatetrin juuren hoito. Sivu päivitetty 10.10.2006. Viitattu 15.10.2006. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), sairaanhoitajan tietokannat, peritoneaalidialyysikatetrin juuren hoito.
- Kilpiö, S. 2006e. Peritoneaalidialyysipotilaan hoito. Sivu päivitetty 10.10.2006. Viitattu 18.10.2006. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), sairaanhoitajan tietokannat, peritoneaalidialyysipotilaan hoito.
- Kilpiö, S. 2006f. Peritoneaalidialyysipotilaan ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja. Sivu päivitetty 10.10.2006. Viitattu 18.10.2006. [Http://www.terveysportti.fi/](http://www.terveysportti.fi/), sairaanhoitajan tietokannat, peritoneaalidialyysipotilaan ohjaus.
- Kilpiö, S. 2006g. Sairaanhoitaja, Keski-Suomen keskussairaala, osasto 11. Haastattelu 12.10.2006.
- Koulutuksen tarkistus – Potilas. HomeChoice –laitteen potilasohjauskaavake. Baxter Oy.
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M.L. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede*, 16, 5, 225 - 234.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11, 1, 3 - 12.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*, 17, 5, 250 - 258.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. *Hoitotiede*, 17, 4, 208 - 216.



Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kyselytutkimuksen tulokset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*, 18, 1, 4 - 13.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Suomen säädöskokoelma. Helsinki: Edita.

Laaksonen, T. 1996. Munuaispotilaiden kokemuksia hemodialyysihoidosta, ohjauksesta ja tiedonsaannista Turun yliopistollisen keskussairaalan osasto 016:n hemodialyysiyksikössä ja avodialyysiasemalla. *Hoitotyön julkaisusarja C:12*. Turun yliopistollinen keskussairaala.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. Juva: WSOY, 21 - 43.

Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. *Metodologia –sarja 1*. 2 p. Viro: International Methelp.

Munuaistaudit. 2006. Viitattu 9.10.2006. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin sivustoilla. [Http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1994,1949](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1994,1949).

Munuaisten vajaatoiminta. 2006. *Suomen lääkärilehti*, 61, 15-16, 1808.

Munuaistiimin tavoite. 2005. Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 munuaistiimin laatima toimintatavoite.

Mäkelä, S. & Saha, H. 2003. Miksi peritoneaalidialyysi ei yleisty Suomessa? *Duodecim*, 119, 18, 1709 - 1710.

Opinnäytetöiden käsittely. 2006. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sivusto. Sivu päivitetty 5.7.2006. Viitattu 4.3.2007. [Http://www.ksshp.fi/Public/Default.aspx](http://www.ksshp.fi/Public/Default.aspx), tutkimus ja kehittämistoiminta, eettinen toimikunta, opinnäytetöiden käsittely.

Oravainen, T., Heiskanen, E. & Mäntyniemi, S. 2005. Munuaisen vajaatoimintapotilaiden ryhmäohjausmalli. Teoksessa *Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota*. Toim. L. Liimatainen, P. Hautala & U. Perko. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja, 64 - 68.

PD Hoidonohjaus malli. 2004. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Osasto 11.

Peritoneaalidialyysipotilaan ruokavalio. 2005. Viitattu 14.10.2006. Satakunnan sairaanhoitopiiri. [Http://www.satshp.fi/portal/page?\\_pageid=123,77542&\\_dad=wportal&\\_schema=WPOR TAL&p\\_calledfrom=1](http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=123,77542&_dad=wportal&_schema=WPOR TAL&p_calledfrom=1).

Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota. 2005. Toim. L. Liimatainen, P. Hautala & U. Perko. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

- Rajala, M. & Kyngäs, H. 2003. Potilaiden ohjaus tukee kotona selviytymistä. Pohjanpiiri 31, 5, 42 - 43.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Oulun opettajankoulutuslaitos.
- Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A-M. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden näkemyksiä. Sairaanhoitaja, 10, 18 - 21.
- Suomen munuaistautirekisteri – vuosiraportti 2005. 2006. Munuais- ja maksaliiton sivustoilla. Sivut päivitetty 11.12.2006. Viitattu 9.3.2007.  
[Http://www.musili.fi/fin/etusivu/](http://www.musili.fi/fin/etusivu/), munuaistautirekisteri, vuosiraportti 2005.
- Timonen, M. 2001. Dialyysihoidossa olevien potilaiden koettu elämänlaatu ja selviytyminen. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Vinberg, H. 2000. Peritoneaaldialyysipotilaiden elämänlaatu ja siihen liittyvät tekijät. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

# LIITTEET

## Liite 1. Voimavaraistavien puhekäytäntöjen arviointimittari

### KYSELY YÖKONEHOIDON OHJAUKSEN TOTEUTUMISESTA

Kyselyn tarkoituksena on selvittää ennen yökonehoidon aloittamista saamanne yökonehoidon ohjauksen toteutumista Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11.

Kone-edustaja osallistui yökonehoidon ohjaukseen.

Kyllä  Ei

Ympyröi numero, joka vastaa parhaiten esitettyyn väitteeseen:  
1 – kyllä, 2 – ei, 3 – en voi tällä kertaa vastata.

#### ARVIOI OHJAAJAN TOIMINTAA

	Kyllä	Ei	En voi tällä kertaa vastata
<b>Yökonehoidon ohjaustilanteiden alussa ohjaaja:</b>			
1. Huomioi minun sen hetkisiä tuntemuksiani	1	2	3
2. Auttoi minua ottamaan osaa keskusteluun	1	2	3
3. Tarjosi minulle kysymisen mahdollisuutta	1	2	3

	Kyllä	Ei	En voi tällä kertaa vastata
<b>Yökonehoidon ohjaustilanteiden aikana ohjaaja:</b>			
4. Tarjosi tarvitsemaani tietoa	1	2	3
5. Antoi riittävästi tietoa yökonehoidosta	1	2	3
6. Antoi riittävästi tietoa yökoneen toiminnasta	1	2	3
7. Antoi riittävästi tietoa yökoneen toimintaongelmista	1	2	3
8. Antoi riittävästi tietoa puhtaudesta ja aseptiikasta	1	2	3
9. Kertoi riittävästi yökonehoidon vaikutuksista jokapäiväiseen elämään	1	2	3
10. Varmisti, että ymmärsin asian	1	2	3
11. Rohkaisi minua esittämään kysymyksiä	1	2	3
12. Tarkisti, että hän ymmärsi kertomani asiat	1	2	3
13. Kysyi mielipidettäni ja näkemyksiäni	1	2	3
14. Rohkaisi minua puhumaan	1	2	3

	Kyllä	Ei	En voi tällä kertaa vastata
<b>Yökonehoidon ohjaustilanteiden aikana ohjaaja:</b>			
15. Käytti kieltä, jonka ymmärsin	1	2	3
16. Oli kohtelias ja ystävällinen	1	2	3
17. Edisti rentoutunutta oloani ja olon tuntemista kotoisaksi	1	2	3
18. Osoitti kuuntelevansa minua	1	2	3
19. Osoitti myötätuntoa	1	2	3
20. Osoitti huolenpitoa	1	2	3
21. Osoitti hyväksyntää minua kohtaan	1	2	3
22. Tarjosi mahdollisuutta puhua tunteistani	1	2	3
23. Osoitti kunnioitusta minun mielipiteitäni kohtaan	1	2	3
24. Tuki toteuttamiani hoitoratkaisuja	1	2	3
25. Rohkaisi minua ideoimaan hoitoratkaisuja	1	2	3
26. Auttoi tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä	1	2	3
27. Esitteli erilaisia hoitoon liittyviä vaihtoehtoja	1	2	3

## ARVIOI OMAA TOIMINTAASI

	Kyllä	Ei	En voi tällä kertaa vastata
<b>Yökonehoidon ohjaustilanteissa minä:</b>			
28. Kerroin yökonehoitoon liittyvät mielessäni olevat asiat	1	2	3
29. Vastasin kysymyksiin niin ettei ohjaaja keskeyttänyt	1	2	3
30. Vastasin kysymyksiin avoimesti	1	2	3
31. Puhuin mieltäni askarruttavista asioista	1	2	3
32. Kerroin omia mielipiteitäni ja käsityksiä	1	2	3
33. Kerroin elämäntilanteeseeni liittyvää tietoa	1	2	3
34. Kerroin omista hoitokokemuksistani	1	2	3
35. Arvioin yökonehoitoon liittyviä asioita	1	2	3
36. Arvioin omaa toimintaani sairauteni hoidossa	1	2	3
37. Kerroin sairauteeni liittyvistä tunteistani	1	2	3
38. Kerroin omista hoitoratkaisuistani	1	2	3
39. Otin osaa hoitopäätöksiin	1	2	3
40. Kysyin, jos en ymmärtänyt jotakin	1	2	3
41. Kysyin munaisten hoitoon liittyviä kysymyksiä	1	2	3
42. Kysyin kaikki mieltäni askarruttavat kysymykset	1	2	3
43. Otin puheenvuoron silloin kun halusin	1	2	3
44. Ilmaisn ellen ymmärtänyt jotakin	1	2	3
45. Ilmaisn, jos halusin ohjaajan toistavan jotakin	1	2	3

**Kiitos kyselyyn vastaamisestanne!**

(Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006; Kaurala & Pasanen 2003)

## **Liite 2. Haastattelun teema-alueet**

- **Hoitajien suhtautuminen ja kohtelu**
- **Hoitajien ohjaustaidot ja tiedot**
- **Resurssit**
- **Tiedon saanti**
- **Avun saanti**
- **Omaisien huomiointi**

### **Liite 3. Kyselylomakkeen saatekirje**

Jyväskylässä 2.1.2007

#### **Hyvä tutkimukseen osallistuja**

Olen sairaanhoidon opiskelija Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää peritoneaali-dialyysipotilaiden kokemuksia saamastaan yökonehoidon ohjauksesta ja yökonehoidon ohjauksen merkityksestä potilaan kotona selviytymiselle. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 kanssa, ja tuloksia tullaan hyödyntämään yökonehoidon ohjauksen kehittämisessä Keski-Suomen keskussairaallassa.

Teillä on mahdollisuus olla mukana kehittämässä tulevaisuuden hoitotyötä kertomalla kokemuksistanne ja saamastanne ohjauksesta. Tutkimus toteutetaan uusille yökonehoitopotilaille, jotka ovat aloittaneet hoidon viimeisen vuoden aikana. Tässä tutkimuksessa juuri **Te olette keskeisessä asemassa ja Teidän kokemuksenne** ovat minulle tärkeitä.

Tutkimus on kaksivaiheinen. Ensimmäinen vaihe on kirjeen ohessa tullut kyselytutkimus ja toinen osa on myöhemmin tehtävä haastattelututkimus. Kyselytutkimuksella tutkitaan miten yökonehoidon ohjaustilanteessa tuetaan potilaan voimavaroja. Pyydän teitä ystävällisesti palauttamaan kyselylomakkeen pikaisesti kuitenkin viimeistään kahden viikon kuluessa siihen varatulla palautuskuorella. Palautuskuoren postimaksu on maksettu.

Haastattelututkimuksessa kerään aineistoa väljillä teemakysymyksillä potilaan kotona selviytymisestä annetun yökonehoidon ohjauksen turvin. Haastattelu toteutetaan Teidän dialyysipoliklinikkakäyntinne yhteydessä Keski-Suomen keskussairaallassa tammi-helmikuussa. Tarkemman haastatteluajankohdan ja -paikan ilmoitan Teille myöhemmin puhelimitse.

Tutkimuksen avulla saadut tiedot käsitellään täysin luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä on oikeus kieltäytyä myös kesken tutkimuksen. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta Teidän saamaanne hoitoon.

**Kiitos yhteistyöstänne!**

**Johanna Roininen**

Vaneritori 3 B 30

40100 JYVÄSKYLÄ

johanna.roininen.sho@jamk.fi

puh. 040 596 3017

## **Liite 4. Lupa haastattelujen nauhoittamiseen**

### **POTILAAN SUOSTUMUS HAASTATTELUUN**

Annan luvan nauhoittaa haastattelun, joka liittyy tutkimukseen ”Peritoneaali-dialyysipotilaan kokemuksia saamastaan APD-hoidon ohjauksesta ja ohjauksen merkityksestä kotona selviytymiselle”. Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Nauhoja säilytetään kunnes ne menettävät tutkimuksellisen mielenkiintonsa.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2007.

---

Potilaan allekirjoitus

## Liite 5. Opinnäytetyön yhteistyösopimus / lupa-anomus


**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULLU**  
 Sosiaali- ja terveysala  
 Opinnäytetyöryhmä  
 Lukuvuosi 2006-2007

1/2

### OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olen Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelija.  
 Pyydän lupaa toteuttaa opinnäytetyötäni yhteisössänne.

#### Opinnäytetyön aihe/nimi

Peritoneaalidialyysipotilaan kokemuksia saamastaan APD-hoidon ohjauksesta ja ohjauksen merkityksestä kotona selviytymiselle

#### Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida onko APD-hoidon ohjaus ollut riittävää ja tarpeeksi kattavaa sekä potilaan voimavaroja tukevaa. Tavoitteena on selvittää pd-potilaiden kokemuksia APD-hoidon ohjauksesta ja ohjauksen merkityksestä kotona selviytymiselle. Tuloksia käytetään myöhemmin osastolla 11 APD-ohjauksen ja PD hoidonohjausmallin kehittämiseen.

#### Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Toukokuu 2007

#### Opinnäytetyön tekijä sitoutuu

Esittelemään työ tulokset yhden kerran K-S ks:n osaston 11 osastotunnilla munuaistimille

#### Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

30.10.2006

#### Ohjaavat opettaja

Leena Suonpää-Lehtonen, Hannele Tyrväinen

#### Opinnäytetyön yhteistyötaho

Keski-Suomen keskussairaalan osasto 11

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme  
 (esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisia)

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia  ei  kyllä, mitä

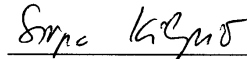
ylilääkäri Pekka Hanuonen



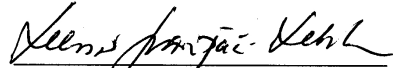
 **JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
Sosiaali- ja terveysala  
Opinnäytetyöryhmä  
Lukuvuosi 2006-2007

2/2

**Paikka ja aika** 2,11.2006



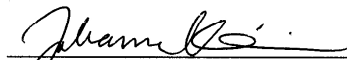
**Yhteistyötaho, osasto 11**



**Ohjaava opettaja**

Leena Suonpää-Lehtonen

**Paikka ja aika** 2,11.2006



**Opinnäytetyön tekijä**

Johanna Roininen

**Yhteystiedot**

Vaneritori 3 B 30

40100 JYVÄSKYLÄ

p. 040 596 3017

johanna.roininen.sho@jamk.fi