

Taru Höykinpuro, Kalle Koljonen ja Marjut Lehikoinen

# Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus dialyysipotilaiden hoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2017

Tekijät	Taru Höykinpuro, Kalle Koljonen ja Marjut Lehikoinen
Otsikko	Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus dialyysipotilaiden hoitotyössä
Sivumäärä	20 + 2 liitettä
Aika	21.4.2017
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Liisa Montin TtT, sh, lehtori
<p>Tämä kirjallisuuskatsaus on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja HUS Dialyysiovetuskeskuksen alkavaa potilasohjauksen yhteistä kehittämishanketta.</p> <p>Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata sairaalassa tai poliklinikalla dialyysihoidossa käyvien potilaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tietoalueiden sisältöä. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tietoalueet ovat: bio-fysiologinen, toiminnallinen, kokemuksellinen, sosiaalinen, eettinen ja taloudellinen. Tässä työssä haluttiin kuvailla, mitä voimavaraistumista tukevaa tietoa dialyysipotilaat ohjauksessa saavat.</p> <p>Työtä varten kerättiin tutkimustietoa tietokannoista Medic, CINAHL ja Medline. Analysoitavaksi jäi kymmenen tutkimusta, jotka vastasivat parhaiten tutkimuskysymykseen. Tarkastelimme tuloksia luokittelemalla ne voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kuuden tiedon osa-alueen avulla.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa korostuivat bio-fysiologinen ja toiminnallinen tieto. Dialyysipotilaat saivat vähemmän ohjausta liittyen eettiin ja taloudelliseen tietoon. Yksilöllinen ohjaus ja aktiivinen seuranta hyvässä vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa olivat merkittävimpiä tekijöitä potilaiden voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa.</p> <p>Tavoitteena on hyödyntää kirjallisuuskatsauksen tuloksia käytännön hoitotyössä. Tulokset osoittivat, että voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on merkittävä hoidon laatuun liittyvä tekijä dialyysipotilaiden hoitotyössä. On tärkeää, että tutkimustyötä aiheesta jatketaan ja sairaanhoitajien ohjaamisvalmiuksia ja ohjausten sisältöjä kehitetään.</p>	
Avainsanat	voimavaraistumista tukeva potilasohjaus, dialyysi, dialyysipotilas, hoitotyö

Authors Title Number of Pages Date	Taru Höykinpuro, Kalle Koljonen and Marjut Lehtikoinen Empowering Patient Education among Dialysis Patients - A Literature Review 20 + 2 appendices 21 April 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>This literature review is part of a project between The Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki, Finland, and The Dialysis Teaching Centre of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Finland.</p> <p>The purpose of this literature review was to describe what kind of knowledge the empowering patient education of dialysis patients contained. We wanted to find out what kind of information these patients received.</p> <p>There were ten peer reviewed research articles for this literature review collected systematically from three databases: Medic, Cinahl and Medline. All chosen research articles provided important knowledge for our literature review.</p> <p>The results showed that empowering patient education was provided for dialysis patients. However, the dimensions of knowledge were not equally represented. The biophysiological and functional dimensions of knowledge were emphasized, whereas ethical and financial dimensions were less represented.</p> <p>We concluded that empowering patient education was an important factor in the nursing of dialysis patients. It is essential that further researches will be conducted to guarantee the quality of nursing.</p>	
Keywords	empowering patient education, dialysis, dialysis patient, nursing

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	2
3	Tietoperusta	3
3.1	Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	3
3.2	Dialyysipotilaan hoito	5
3.3	Dialyysipotilaan ohjaus	6
4	Aineistonkeruu ja analysointi	8
4.1	Kirjallisuuskatsaus	8
4.2	Aineiston haku	8
4.3	Aineiston analysointi	9
5	Tulokset	10
5.1	Bio-fysiologinen tieto	11
5.2	Toiminnallinen tieto	11
5.3	Sosiaalinen tieto	12
5.4	Kokemuksellinen tieto	13
5.5	Eettinen tieto	14
5.6	Taloudellinen tieto	15
6	Pohdinta	15
6.1	Tulosten pohdinta	15
6.2	Luotettavuus	17
6.3	Eettisyys	18
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	20
	Lähteet	21
	Liitteet	
	Liite 1 Tiedonhaku	
	Liite 2 Tutkimukset	

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena oli vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastavien, dialyysihoidossa sairaaloissa tai poliklinikalla käyvien aikuisten potilaiden voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen sisällöt. Työ on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja HUS Dialyysiovetuskeskuksen alkavaa potilasohjauksen yhteistä kehittämishanketta.

Dialyysipotilaat saavat runsaasti ohjausta itse dialyysihoitoon liittyen sekä hoidon vaikutuksesta ja rajoituksista munuaissairaahan jokapäiväiseen elämään. Dialyysihoitojen aloittaminen on suuri elämänmuutos, joten tiedon ja ohjauksen tarve on tällä potilasryhmällä olennainen. Terveellisillä elämäntavoilla, oikealla ruokavaliolla sekä liikunnalla on suuri merkitys sairauden hoidossa. (Munuais- ja maksaliitto 2016.)

Diabeteksestä johtuva munuaissairaus (diabeettinen nefropatia) on yleisin dialyysihoitoon johtava sairaus. Se etenee hitaasti, ja oireita ovat nesteen kertyminen elimistöön sekä kliinisissä kokeissa löydetty valkuaisen ja proteiinin erittyminen virtsaan ja veren kohonneet rasva-arvot. Muita dialyysihoidon taustalla olevia sairauksia ovat valtimonkoveittumatauti (ateroskleroosi), munuaiskerästulehdus, munuaisten monirakkulatauti sekä verisuonitulehdukset. Yhteistä näille sairauksille on korkea verenpaine. Liitännäissairaudet kuten sydän- ja verisuonitaudit ovat tavallisia. Ruokavalioidolla, liikunnalla ja lääkityksellä pyritään ehkäisemään sairauksien etenemistä ja keinomunuaishoidon aloittamista potilaan elämäntilanteen ja sairauden sallimissa rajoissa. (Alahuhta – Hyväri – Linnanvuo – Kylmäaho – Mukka 2008: 46–59.) Krooninen munuaisten vajaatoiminta etenee hitaasti ja varhaisella puuttumisella pyritään jarruttamaan sairauden etenemistä dialyysivaiheeseen tai munuaisensiirtoon. Potilaan tilaa seurataan säännöllisesti kliinisillä kokeilla (Terveyskirjasto 2016. Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia)).

Tilastojen mukaan dialyysipotilaiden määrä on kasvanut kymmenessä vuodessa (2004–2014) 18 prosenttia. On ennustettavissa, että dialyysipotilaiden määrä ei tulisi suuresti lisääntymään, mutta tulevaisuuden dialyysipotilaat ovat ikääntyneempiä kuin tänä päivänä. (Suomen munuaistautirekisteri. Vuosiraportti 2014: 20, 27.) Tämä seikka tulee tuomaan uusia haasteita dialyysipotilaiden ohjaukseen.

Potilasohjauksella on hoitotyössä keskeinen rooli potilaan voimavaraistumisen edistämisessä. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus on muuttunut vuosien saatossa enemmän jaetuksi vastuuksi potilaan hyvinvoinnista. Voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella on keskeinen rooli potilaan elämänhallinnan mahdollistamisessa. Oikein toteutetun potilasohjauksen avulla on mahdollista päästä kaikkia osapuolia tyydyttävään lopputulokseen. Näin vältetään suuremmalla todennäköisyydellä turhilta hoitajakoilta ja säästetään terveydenhuollon resursseja. (Rankinen – Salanterä – Virtanen – Leino-Kilpi 2014: 4–6.)

Munuais- ja maksaliiton vuoden 2014 keväällä tekemän kyselytutkimuksen mukaan dialyysipotilaat kaipaavat tietoa sairaudestaan ja sen vaikutuksista elämään. Tutkimukseen osallistui 193 dialyysipotilasta eri puolilta Suomea. Vastaajien ikäjakauma oli 51–70 vuotta ja suurin osa heistä kävi dialyysissä sairaalassa. Vastaajista vain puolet koki saaneensa tarpeeksi ohjausta. Huomiota herättävää oli se, että noin 40 % vastaajista ei ollut saanut tietoa ryhmäohjauksesta tai informaatiotilaisuudesta. Osassa sairaaloista näitä ohjaustilaisuuksia ei järjestetty lainkaan. (Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää.)

## **2 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys**

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kuvata sairaalassa tai poliklinikalla dialyysihoidoissa käyvien potilaiden voimavaraistumista tukevan ohjauksen sisältöä. Tavoitteena on hyödyntää kirjallisuuskatsauksen tuloksia käytännön hoitotyössä.

Tämän työn tutkimuskysymys on: Mitä tietoa dialyysipotilaan voimavaraistumista tukeva ohjaus sisältää?

### 3 Tietoperusta

#### 3.1 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella on keskeinen merkitys potilaan elämänlaatuun. Vakavan sairastumisen ja sitoutumista vaativien hoitomuotojen, kuten dialyysihoidon, onnistumisen kannalta voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella on tärkeä rooli. Tutkimusten mukaan ohjausta saaneet olivat valmiimpia kohtaamaan sairauden aiheuttamat elämänmuutokset. Lisäksi vakavasti sairastuneet potilaat kokivat ohjauksen parantaneen kommunikointitaitoja, mahdollisuuksia hahmottaa omaa toimintakykyä sekä hoidon tavoitteiden tiedostamista. Voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella on kyetty tukemaan dialyysihoitopotilaita sairauden aiheuttamassa elämänmuutoksessa, itsehoitoon sopeutumisessa, hoitoon sitoutumisessa ja elämönhallinnan ylläpitämisessä. Tutkimustietoa voimavaraistumista tukevasta potilasohjauksesta on olemassa verrattain vähän, mutta jo näissä tutkimuksissa voidaan osoittaa ohjauksen parantaneen potilaiden omaa kokemusta sairauden hallinnasta sekä potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. (Virtanen – Leino-Kilpi – Salanterä 2007: 140, 145.)

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus jaetaan kuuteen tiedon osa-alueeseen. Nämä tietoalueet ovat bio-fysiologinen, toiminnallinen, sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen. (Rankinen ym. 2014: 8–9.) Seuraavassa kappaleessa esitellään voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tiedon osa-alueiden sisällöt.

Bio-fysiologisen tiedon osa-alueella tarkoitetaan fyysisten ongelmien tunnistamista, tutkimus- hoitomahdollisuuksien ja ennusteen tarkastelua. Toiminnallisen tiedon osa-alueessa tarkastellaan esimerkiksi kykyä selvitä jokapäiväisessä elämässä ja arvioidaan liikkumista ja apuvälineiden tarvetta potilaalle. Sosiaalinen tiedon osa-alue pitää sisällään perheen osallistumisen hoitoon sekä vertaistuen hyödyntämisen, ja tukijärjestöjen tarjoaman avun. Kokemuksellisen tiedon osa-alueen toteutumisessa arvioidaan hoitoon ja sairauteen liittyviä tunteita sekä niiden käsittelyä. Eettisen tiedon osa-alueen kannalta arvioidaan potilaan oikeuksien toteutumista, hänen omaa ja terveydenhuoltohenkilöstön vastuullisuutta ja tietosuojan noudattamista. Taloudellisen tiedon osa-alue pitää sisällään lääke- ja hoitokustannuksista aiheutuvat menot, niihin saatavat taloudellisen tuen mahdollisuudet ja vakuutuksien mahdolliset korvaukset. (Rankinen ym. 2014: 8–9.)

Potilaiden yksilöllisten tarpeiden ja elämäntilanteiden huomioiminen korostuu hoitoyksiköissä. Munuais- ja maksaliiton tutkimuksen mukaan dialyysipotilaat kokivat monissa tapauksissa hoitojen rajoittavan elämänpiirinsä vain kodin ja sairaalan välille. Hoitoa verrattiin työntekoon ilman mahdollisuutta lomaan, ja potilaat kokivat joutuneensa luopumaan paljosta hoitojen myötä. (Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää: 2.)

Kyselytutkimuksessa monet dialyysissa käyvät kertoivat dialyysin rajoittavan myös sosiaalista elämää, ja yli kolmannes osallistuneista koki ystävyys-suhteiden ylläpidon vaikeaksi hoitojen asettamien rajoitteiden takia. Pääsääntöisesti dialyysipotilaiden läheisten vastaukset korostivat tyytyväisyyttä saatuun tukeen ja perheet suhtautuivat dialyysihoidoihin positiivisesti. Potilaat itse kertoivat, että läheisten tuki ei aina ollut riittävää, ja heillä oli tarvetta vertaistukeen sekä ammattilaisten antamaan ohjaukseen. (Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää: 5–7.)

Taloudellinen tilanne herätti myös pohdintaa tutkimukseen osallistuneiden joukossa. Vastanneista yli 80 prosenttia oli eläkkeellä, ja heistä lähes puolet oli joutunut jättämään työnsä munuaissairauden vuoksi. Kolmasosa kertoi sairauslomalle tai eläkkeelle jäämisen vaikuttaneen huolestuttavasti taloustilanteeseen. Avoimissa kysymyksissä työssäkäyvät puolestaan kertoivat, että työnantajan suhtautuminen hoitoihin tai osa-aikatyön mahdollisuuteen ei ollut kannustavaa. Moni koki hoidot esteenä työnteolle. (Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää: 6-7.)

Matkat hoitopaikan ja kodin välillä, lääkekulut ja sairaanhoidon kustannukset aiheuttavat dialyysihoidoissa käyville lisämenoja, mikä todettiin tutkimuksessa. Kotidialyysihoidossa olevia askarruttivat myös kohonneet sähkö-, vesi- ja jätehuoltokustannukset. (Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää: 6.)

Dialyysipotilaat kaipaavat tietoa sairaudestaan sekä hoitovaihtoehtoista ja haluavat ehdottomasti osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. He tarvitsevat paljon tietoa voidakseen valita sopivan hoitomuodon ja kyetäkseen sitoutumaan itsehoitoon lääkityksen, ravitsemuksen, liikunnan ja kuntoutumisen osalta. (Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää: 5–7.)



### 3.2 Dialyysipotilaan hoito

Dialyysi eli keinomunuaishoito on välttämätön hoitomuoto kun potilaan omat munuaiset eivät enää pysty huolehtimaan potilaan nestetasapainon säätelystä ja poistamaan elimistölle haitallisia aineenvaihduntatuotteita riittävästi. Dialyysihoidon avulla poistetaan koneellisesti potilaan verestä kuona-aineita, elimistöstä ylimääräistä nestettä sekä korjataan happo-emäs -tasapainoa. Hoidon ansiosta vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastava voi elää kymmeniäkin vuosia, riippuen iästä, terveydentilasta ja liitännäissairauksista. Toinen vaihtoehto potilaan hengen pelastamiseksi on munuaisensiirto. (Munuais- ja maksaliitto 2016.)

Dialyysihoidon voidaan toteuttaa kahta eri reittiä, jotka ovat hemodialyysi ja peritoneaalidialyysi. Hemodialyysihoidon toteuttamiseksi asennetaan kirurgisella toimenpiteellä potilaan ei-dominoivaan käteen verisuonikatetri eli fisteli. Katetrin olemassaolo merkitsee potilaan elämään tiettyjä varokeinoja ja rajoituksia. Katetrikohtaa tulee varjella kolhuilta, kädellä ei tule tehdä paljon lihasvoimaa tarvitsevia liikkeitä, ja verenpaineen mittaus sekä verikokeet tulee aina ottaa toisesta kädestä. Mikäli verisuonikatetrin käteen asentaminen ei ole mahdollista, on olemassa muitakin keinoja verisuoniyhteyden muodostamiseksi dialyysia varten. (Alahuhta ym. 2008: 70–81.)

Hemodialyysihoidon ei ole ongelmattonta. Komplikaationa voi tulla hoidon aikana tai sen jälkeen äkillistä verenpaineen laskua ja siitä johtuvaa huonovointisuutta. Potilaalle joudutaan tekemään säännöllisesti verikokeita, joten neulan pistoista sekä sairauden aiheuttamasta vastustuskyvyn alenemisesta johtuvat infektiot ovat yleisiä. Yksi hoito kestää noin 3–5 tuntia kerrallaan, ja hoitokertoja viikossa on yleensä kolmena päivänä. Kesto ja aikataulu määräytyvät yksilöllisesti potilaan tilanteesta riippuen. Dialyysin aikana potilas voi levätä, lukea, syödä tai harjoittaa dialyysia tehostavia liikeharjoituksia. Hemodialyysia voidaan tehdä sairaaloissa hoitajan avustamana tai kotihemodialyysina. Potilaan kiinnostus ja halu osallistua dialyysiin liittyviin toimiin kuten laitteen ohjelmointiin otetaan huomioon, koska potilaan osallistuminen lisää hänen hoitoon sitoutumistaan. (Alahuhta ym. 2008: 81–83, 85, 87.)

Peritoneaalidialyysi- eli vatsakalvodialyysihoidon on helppo oppia ja toteuttaa kotona. Potilaaseen kertynyt neste ja kuona-aineet poistuvat tasaisesti vuorokauden aikana, joten nestetasapainon heittäminen ei kuormita potilaan sydäntä kuten hemodialyysihoidossa. Peritoneaalidialyysin toteuttaminen vaatii kirurgisesti tai tähystyksellä vatsanpeitteiden läpi

asetettavan tunneloidun katettrin. Potilaan tilanteesta riippuen valitaan hoitomuodoksi jatkuva vatsakalvodialyysi tai öisin dialyysilaitteen avulla toteutettava automaattinen hoito. Peritoneaalidialyysi vie potilaan muulta elämältä vähemmän aikaa, koska yksi hoitokerta kestää noin puoli tuntia tai dialyysihoidon voi tehdä nukkuessa yön aikana. Vaikka vatsakalvodialyysihoidon toteuttaminen onkin potilaan ajankäytön osalta joustavampi hoitomuoto, ei se ole täysin ongelmaton. Komplikaatiota ovat katettrin ulostuloaukon tulehdus, vatsakalvontulehdus sekä nestetasapainon ongelmat. (Alahuhta ym. 2008: 90–93, 96, 105.)

Hoitomuodon suunnitteluun ja valintaan osallistuu potilaan lisäksi moniammatillinen työryhmä hoitoyksiköstä munuaistautien poliklinikalta. Potilaan sosiaalinen tilanne otetaan huomioon johtuen monista hoidon aiheuttamista käytännön järjestelyistä. Tarkoituksena on löytää potilaalle mahdollisimman sopiva dialyysimuoto ottaen huomioon esimerkiksi klinikan etäisyys kotoa, potilaan toimintakyky sekä elämäntilanne. Dialyysihoidon aloittaminen voi tapahtua nopeastikin sairauden pahenemisen myötä, mutta yleensä hoidon aloitus pyritään suunnittelemaan ja toteuttamaan hyvissä ajoin ennen sairauden kriittistä etenemistä. Dialyysihoidon suunnitteluprosessiin voi sisältyä monia tapaamisia sairaanhoitajan, lääkärin ja esimerkiksi sosiaaliohjaajan kanssa. (Alahuhta ym. 2008: 70–100.)

Hoidon toteuttaminen vaatii potilaalta runsaasti uuden tiedon omaksumista ja oppimista, oli kyseessä sitten hemo- tai peritoneaalidialyysi. Laitteiden toimintakuntoon saattaminen ja käyttö vaativat usean koulutuskerran ja hoitoympäristöllä sekä toimenpiteellä on tarkat vaateet esimerkiksi aseptiikan osalta. Potilaalle pyritään antamaan aikaa omaksua ohjeet ja järjestetään mahdollisimman todellista tilannetta vastaavat olosuhteet opettamista varten. On tärkeää, että potilas rohkaistuu heti ohjauksen alusta asti sitoutumaan ja ottamaan aktiivisen roolin dialyysihoitoon liittyen. (Alahuhta ym. 2008: 70–100.)

### 3.3 Dialyysipotilaan ohjaus

Munuaissairaalan potilaan hoitoon kuuluu olennaisena osana ravitsemusohjaus, koska sairauden pahenemista pyritään hillitsemään mahdollisimman varhain yksilöllisellä ja potilaan oireiden mukaisella ruokavaliolla. Ruokavalion suunnitteluun osallistuvat hoitoyksikön ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja ja potilas yhdessä. Säännöllinen yhteydenpito ravitsemusterapeutin kanssa kuuluu potilaan hoitoon, koska sairauden edetessä tulee ruokavalionkin muuttua. (Opas munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle ja hänen läheiselleen 2016: 6–7.)

Ylipaino vaikuttaa negatiivisesti sairauteen, joten säännölliset punnitukset kuuluvat hoitoon ja tarvittaessa ravitsemusterapeutti auttaa laatimaan laihdutusohjelman. On tärkeää suunnitella yhdessä potilaan kanssa juuri hänen elämäntilanteensa sopiva ruokavalio, jonka noudattaminen sujuisi mahdollisimman luontevasti ilman stressiä. Päähuomio on proteiinin, fosforin, suolan ja nesteiden saannissa potilaan munuaisten vajaatoiminnan asteesta riippuen. Tarkoituksena on minimoida potilaan aineenvaihdunnan häiriön elimistölle aiheuttama haitallisten ravintoaineiden kertyminen elimistöön, mutta turvata tärkeiden ravintoaineiden saanti. Kohonnut verenpaine ja sydämen vajaatoiminta tuovat rajoitteita suolan ja nesteiden nauttimiseen. Kokonaistilannetta seurataan säännöllisin verikokein, mittaamalla verensokeria ja seuraamalla potilaan painon kehitystä. (Erytisyruokavaliot – Opas ammattilaisille 2009: 137–139.)

Dialyysihoidon aloittaminen tuo entistäkin tarkempia rajoituksia munuaissairaahan ravitsemukseen. Dialyysimuoto vaikuttaa ruokavalioon; mikäli keinomunuaishoito puhdistaa elimistön usein, rajoituksia on pääpiirteittäin vähemmän. Hoidon mukana häviää elimistöstä proteiinia, joten ruokavalion tulee sisältää sitä suurempia määriä. Nesteiden ja suolan käytölle on myös tarkemmat rajoitteet. Dialyysipotilaan ravitsemuksen suunnittelu on haasteellista, ja ravitsemusterapeutti on potilaan tukena sopivan, monipuolisen ja ravitsevan ruokavalion löytämiseksi. Hemodialyysissa käyvän haasteena on riittävä energiansaanti ja peritoneaalidialyysipotilailla taasen painonnousu johtuen dialyysinesteen määrästä vatsaontelossa. (Erytisyruokavaliot – Opas ammattilaisille 2009: 145–148.)

Hyvä fyysinen kunto ja sen ylläpitäminen saattavat hidastaa munuaisten vajaatoiminnan pahenemista. Liikunnan rooli on tärkeä munuaissairaahan potilaan sairauden hoidossa ja oireiden hallinnassa. Liikunnan merkitys korostuu erityisesti dialyysipotilailla, joilla on jopa puolet heikompi fyysinen suorituskyky ja hapenottokyky kuin terveillä. Hyötyliikunta ja ylipainon pudottamista tukeva harjoittelu helpottavat sairauden oireita ja vähentävät sairaudentuntoa aineenvaihdunnan, toimintakyvyn ja elämänilon lisääntymisen kautta. (Munuais- ja maksaliitto 2016.)

Sairaus voi tuoda mukanaan häiriöitä seksuaali- ja hormonitoimintoihin sekä muuttaa minäkuvaa ulkoisen olemuksen muuttuessa. Seksuaalinen haluttomuus, erektio- ja kuu-kautishäiriöt sekä raskauden suunnitteluun liittyvät haasteet ja rajoitukset vaikuttavat vaikeaa munuaisten vajaatoimintaa sairastavan elämänhaluun ja toimintakykyyn, parisuh-teeseen ja sosiaaliseen elämään. (Munuais- ja maksaliitto 2016.)

Dialyysihoidossa käyminen tuo rajoitteita myös matkustamiseen. Potilaan matkustaminen vaatii erityisjärjestelyjä, koska hoitoa ei voi keskeyttää ja sen tulee olla säännöllistä. Matkustaminen on sallittua, mutta dialyysihoito tulee voida toteuttaa myös matkakohdeissa. (Munuais- ja maksaliitto 2016.)

## 4 Aineistonkeruu ja analysointi

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on tarkoituksena etsiä tietoa, joka vastaa valittuun tutkimuskysymykseen. Sen avulla voidaan myös tarkastella tutkimuskysymyksen keskeisiä käsitteitä, ja niiden välisiä suhteita. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyrkii havainnoimaan aikaisempien tutkimusten mahdollisia puutteita, jatkotutkimuksen tarvetta ja tiedon ristiriitoja sekä puutteita. (Kangasniemi ym. 2013: 294.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta voidaan jakaa implisiittiseen ja eksplisiittiseen tapaan. Implisiittinen tarkoittaa löydetyn aineiston haun polun ja kriteerien avaamista argumentoimalla ja raportoimalla tekstissä. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen haut tehdään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin eri tietokannoista, ja siinä hyödynnetään aineistojen aika- ja kielirajauksia. (Kangasniemi ym. 2013: 295–296.)

Tämän työn aineistonkeruumenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus. Aineiston valintaa ohjasi tutkimuskysymys: Mitä tietoa dialyysipotilaan voimavaraistumista tukeva ohjaus sisältää? Aineiston haku tehtiin kriittisesti analysoiden löydettyjä tutkimuksia koko prosessin aikana. Tarkoituksena oli löytää mahdollisimman relevantti ja merkityksellinen aineisto, jossa jokainen tutkimus vastaa työn tutkimuskysymykseen.

### 4.2 Aineiston haku

Tiedonhaku tehtiin tietokannoista Medic, CINAHL ja Medline tutkimuskysymyksen rajoilla hakusanoilla. Medic-tietokannassa hakusanoina käytettiin: ”dialyysihoito ja potilas

ja voimavaraistumista tukeva ohjaus”. Tuloksena saatiin kuusi tutkimusta, joista yksi vastasi tutkimuskysymykseen. CINAHL-tietokannasta tehtiin kaksi eri hakua rajaamalla haku käyttäen hakusanoja eri tavoin. Hakukriteereinä käytettiin hakusanojen lisäksi tarkennettuja rajauksia. CINAHL-tietokannassa rajaukset olivat: englanninkieliset, vertaisarvioidut, vain aikuisia ("all adults") koskevat tutkimukset. Medline:sta tehtiin yksi laaja haku, jossa käytettiin kaikkia tutkimukseen liittyviä aihe sanoja. Haku rajattiin edelleen tarkennetuilla rajauksilla. Rajaukset olivat: englanninkieliset, hoitotieteelliset, vuosina 2012–2017 tehdyt ja ainoastaan aikuisia ("all adult (19 plus years)) koskevat tutkimukset. Haussa määriteltiin myös mukaan otettaviksi aihe sanojen samankaltaiset termit.

Kaikista hauista saatiin tulokseksi yhteensä kymmenen artikkelia. Aineistohaut on esitelty Liitteessä 1; Taulukossa 1. Tässä työssä aineiston valintaan käytettiin eksplisiittistä tapaa, eli valintaprosessin vaiheet avattiin Liitteessä 1.

#### 4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston sisällön analyysi voidaan tehdä kahdella eri tavalla: induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Induktiivisessa sisällön analyysissä aineistoa kuvaillaan pelkistäen, ryhmitellen ja abstrahoiden. Deduktiivisessa mallissa sisällön analyysia ohjaa teema, käsitekartta tai valmis viitekehys, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Analyysirunko voi olla väljä tai strukturoitu, ja sen muodostamisen jälkeen lähdetään systemaattisesti pelkistämään aineistoa käyttämällä luokittelua. Luokittelussa voidaan järjestää ilmiöt aluksi joko ylä- tai alaluokkaan analyysirungon mukaisesti. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5–8.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analysointiin käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysia. Analyysirunkona käytettiin voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kuutta eri tiedon osa-aluetta, joiden alle luokiteltiin valikoiduista tutkimuksista vain tutkimuskysymykseen vastaavaa tietoa (Rankinen ym. 2014: 8–9.).

## 5 Tulokset

BIO-FYSIOLOGINEN	TOIMINNALLINEN	SOSIAALINEN	KOKEMUKSELLINEN	EETTINEN	TALOUDELLINEN
LÄÄKEHOITO JA LÄÄKKEIDEN SIVUVAIKU- TUKSET  VERENPAINEN TARKKAILU, KALIUM- JA FOSFORIARVOJEN SEURANTA  NESTERAJOITUKSET, PAINON TARKKAILU JA VAJAARAVITSEMUKSEN EHKÄISY  SAIRAUDEN OIREIDEN TARKKAILU  MUNUAISENSIIRTO	OMATOIMINEN TERVEYDENTILAN SEURANTA KOTONA  RAVITSEMUSOHJAUS JA LIIKUNNALLISET HARJOITTEET  TUNTEIDEN VAIKUTUS TOIMINTATAPoiHIN JA KÄYTTÄYTYMISMALLEI- HIN  HENGITYSHARJOITUKSET	KOTONA SELVITYTYMINEN  POTILASJÄRJESTÖJEN TOIMINTA JA VERTAISTUKI  SOSIAALITYÖNTEKJÖI- DEN PALVELUT  LÄHEISTEN HOITON OSALLISTUMINEN	TUNNETAITOJEN JA ITSE- TUNTEMUKSEN KEHITTÄMINEN  VAIHTOEHTOISET STRESSIN KÄSITTELYTAVAT	VASTUUNJAKO JA HOI- TOON SITOUTUMINEN	HOITON LIITTYVÄT KUSTANNUKSET

Kuvio 1. Tulokset: Dialyysipotilaan voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen sisältämä tieto

## 5.1 Bio-fysiologinen tieto

Dialyysipotilaiden terveydentilaa seurattiin kuukausittain tekemällä klinisiä mittauksia sairaanhoitajan tapaamisten yhteydessä. Säännöllisiin mittauksiin kuuluivat veren fosfori- ja kaliumarvon mittaaminen sekä potilaiden punnitseminen. (Bennett ym. 2012: 724.) Potilaat saivat kirjallista materiaalia liittyen fosforin rajoittamiseen ruokavaliosta taskukokoisten opetuslehtisten muodossa. Materiaalissa oli perustietoa veren liiallisesta fosfaattipitoisuudesta (hyperfosfatemia) ja lääkehoidosta. Ohjausta annettiin myös ryhmätietoiskujen muodossa potilaille ja heidän omaisilleen sekä yksilöllistä potilasohjausta hemodialyysihoitojen aikana viikoittain. (Shi ym. 2013: 1191–1192.)

Potilaat saivat ohjausta liittyen ruokahalun seurantaan ja tarkkailuun vajaaravitsemusriskin ehkäisemiseksi ja välttämiseksi. Ravitsemuksen sisällöstä ja ruokahalusta keskusteltiin säännöllisesti kuukausittain sairaanhoitajan ohjauskäynneillä. Sairaanhoitaja käytti arvioinnissa apuna dialyysipotilaiden vajaaravitsemusriskin varhaiseen puuttumiseen suunniteltua neliportaista menetelmää. Menetelmä koostui potilaan ruokahalun, painon sekä veren kalium- ja fosforitason seurannasta. Mikäli yksikin edellä mainituista osa-alueista herätti huolta tai ylitti sille asetetut raja-arvot, lähetettiin potilas ravintoneuvontaan ravitsemusterapeutille hänen niin halutessaan. (Bennett ym. 2012: 723–726, 728.)

Lääkehoidosta ja lääkkeiden sivuvaikutuksista potilaat saivat yksilöllistä ja intensiivistä ohjausta. Potilaita neuvottiin lääkkeenoton muistamisessa konkreettisin esimerkein, jotta potilaan lääkehoito toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla. (Shi ym. 2013: 1196.) Potilaat saivat tietoa ja ohjausta myös sairauden oireiden tarkkailusta, munuaistensiirrosta, sairauteen liittyvistä hoitotoimenpiteistä, nesterajoituksista sekä verenpaineen tarkkailusta. (Eloranta – Gröndahl – Engblom – Leino-Kilpi 2014: 6; Cho 2013: 88; Quan – Dong – Li – Zuo 2011: 1269.)

## 5.2 Toiminnallinen tieto

Dialyysipotilaat saivat tietoa jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen ohjaustapaamisissa, joissa heidän kanssaan laadittiin yksilölliset ja realistiset itsehoidon tavoitteet sekä ohjeet. Potilaat kirjasiivat kotona ylös itsehoitopäiväkirjaan tekemänsä verenpaineen ja painon seurannan, fistelin hoidon, ruokavalion toteutumisen ja liikunnalliset harjoitteet. (Cho 2013: 87.) Potilaat saivat muistin avuksi lääkehoidon toteuttamiseen käytännön keinoja kuten herätyksen asettaminen lääkkeenottoajankohtaan ja lääkkeiden pitäminen

näkyvillä paikoilla kotona (Shi ym. 2013:1196). Tavoitteiden toteutumisesta ja haasteista keskusteltiin terveydenhuollon edustajan kanssa viikoittain dialyysihoitojen yhteydessä. Tavoitteita ja itsehoito-ohjeita muokattiin tarpeen ja potilaiden voimavarojen mukaan. (Cho 2013: 87,88.) Potilaita ohjattiin havainnoimaan myös tunteiden vaikutusta toimintatapoihin ja käyttäytymismalleihin sekä löytämään vaihtoehtoisia selviytymiskeinoja omien ongelmakohtien tunnistamiseen ja voittamiseen. Tietoa annettiin suullisesti sekä kirjallisesti informaatiopakedin muodossa. (Tsay – Hung 2004: 61, 64.)

Ruokavalioon ja ruokaostoksilla käymiseen annettiin ohjausta potilaille ja heidän läheisilleen sekä yksilötapaamisissa että ryhmäluennoilla. Potilaita opetettiin tunnistamaan heille haitallisia ruoka-aineita ja heille neuvottiin keinoja sovittaa nesterajoitukset osaksi normaalia elämää konkreettisin esimerkein kuten asteittaisella teenjuonnin vähentämisellä. Säännöllisten tapaamisten lisäksi sairaanhoitaja seurasi puhelimitse potilaiden edistymistä ja sitoutumista itsehoito-ohjeisiin. Läheiset saivat käytännön tietoa mittauksista ja hoitoon osallistumisesta kotioloissa tarkoituksena auttaa heitä tukemaan potilaita heidän jokapäiväisessä elämässään. (Cho 2013: 87, 88; Quan ym. 2011: 1268-1269; Shi ym. 2013: 1191.)

Potilaiden hengitystekniikkaan annettiin yksilöllistä valmennusta tarkoituksena parantaa hengityssyvyyyttä ja helpottaa rentoutumista. Harjoituksia tehtiin sekä yhdessä ryhmän kanssa että itsenäisesti sairaanhoitajan äänittämän rentoutusnauhoitteen avulla dialyysikeskuksen tiloissa. Ensimmäisellä kerralla sairaanhoitaja ohjasi ryhmän hengitysharjoitukset opettamalla potilaille oikeaa hengitystekniikkaa. Potilaita opetettiin hengittämään sisään nenän kautta, rentouttamaan vatsalihaksensa ja hengittämään ulos hitaasti. Sairaanhoitajan pitämän hengitysharjoituksen jälkeen osallistujat kuuntelivat ennalta nauhoitetun tietopaketin hengitystekniikan vaikutuksista elämänlaatuun ja masennukseen. Nauhoitteet sisälsivät tietoa syvähengityksen hyödyistä, hengitysnopeudesta ja kehon asennosta. Potilaat jatkoivat seuraavilla kerroilla itsenäisesti hengitysharjoituksia nauhoitteen avulla sairaanhoitajan valvonnassa. (Tsai ym. 2015: 26–27, 29.)

### 5.3 Sosiaalinen tieto

Sosiaalisen tiedon osa-alue toteutui dialyysipotilaiden ohjaustilanteissa läheisten mukaan ottamisella potilaalle tärkeänä voimavarana, ja heille mahdollistettiin osallistuminen potilaiden hoitoon. Potilaat läheisineen saivat ohjauksessa tietoa kotona selviytymisestä,



potilasjärjestöjen toiminnasta, vertaistuesta ja sosiaalityöntekijöiden palveluista. Läheisiä osallistettiin potilaiden hoitoon niin ikään sairaanhoitajan järjestämässä koulutustapaamisissa, joissa osallistujat saivat käytännön tietoa ja opetusta liittyen verenpaineen mittaamiseen kotona. (Eloranta ym. 2014: 7; Quan ym. 2011: 1268.)

Potilaat ja heidän läheisensä saivat käytännön tietoa ja perusteluja ruokavalion noudattamisen tärkeydestä sairaanhoitajan järjestämässä ryhmätapaamisissa havainnollisten PowerPoint-esitysten avulla. Runsaasti kuvamateriaalia sisältäneen esityksen tarkoituksena oli lisätä läheisten tietoa potilaalle sopivista ruoka-aineista ja fosforirajoitusten noudattamisesta. Läheiset saivat myös yleistietoa dialyysipotilaiden lääkehoidosta ja käytännön vinkkejä lääkkeiden ottamisesta muistuttamiseen, jotta he pystyisivät tukemaan potilaan lääkehoidon valmiuksia ja toteutumista parhaalla mahdollisella tavalla. (Shi ym. 2013: 1191, 1196.)

Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu suomalaisilla dialyysipotilailla vuonna 2011. Tutkimuksessa todettiin sosiaalisen tiedon osa-alueen jääneen vähemmälle huomiolle. Puolet osallistuneista olisi toivonut saavansa enemmän tietoa läheisten osallistumisesta hoitoon, sosiaalipalveluista sekä vertaistuesta. (Eloranta ym. 2014: 7.)

#### 5.4 Kokemuksellinen tieto

Dialyysipotilaille suunniteltiin voimavaraistumista tukeva ohjelma, jonka avulla haluttiin tukea potilaiden itsehoitovalmiuksia ja pitkäaikaissairauden herättämien tunteiden käsittelyä. Ohjelman pääsisältö keskittyi yksilölliseen ohjaukseen tarkoituksena kehittää potilaiden tunnetaitoja sekä itsetuntemusta. Ohjelmassa potilaita rohkaistiin sairauteen liittyvien tunteiden havainnointiin ja käsittelyyn. Lisäksi heidän kanssaan haettiin työvälineitä tunnereaktioiden hallintaan. Keskiössä oli potilaiden taitojen ja itsetuntemuksen kehittäminen tavoitteiden asettamisessa, ongelmanratkaisussa, stressin hallinnassa, selviytymiskeinoissa ja motivaatiossa tähtäimenä saavuttaa pitkäaikainen toiminnan muutos. Potilaita tuettiin hahmottamaan sairauden aiheuttamien tunteiden yhteys ongelmiin, kehittämään tavoitteiden asettamiskykyä, hallintaa sekä keinoja saavuttaa asetetut tavoitteet. (Tsay – Hung 2004: 61, 64.)

Voimavaraistumista tukevan ohjelman avulla potilaita kannustettiin ja rohkaistiin hoitamaan omaa sairauttaan ja sen myötä he kokivat onnistumisen tunteita. Ohjelmaan kuului

vaihtoehtoisten stressinhallintakeinojen ja selviytymistapojen hakeminen yhteistyössä potilaiden kanssa. Ohjelma osoitti, että potilaiden kyky reflektoida tunteitaan, hallita elämänsä ja kyky asettaa tavoitteita kehittyivät. Vaikka potilaat olivatkin jo kokeneet voimaantumisen tunteita itsehoitovalmiuksien osalta, heitä rohkaistiin jatkamaan tunteiden käsittelyä ja sekä etsimään vaihtoehtoisia keinoja selvitä sairauteen liittyvästä stressistä. Tuloksena potilaat rohkaistuivat tarkastelemaan sairauteen liittyviä tunteitaan, heidän kyvykkyytensä hallita stressiä kasvoi ja he olivat vähemmän masentuneita. (Tsay – Hung 2004: 61, 63–64.)

## 5.5 Eettinen tieto

Vastuun jako ja dialyysipotilaiden hoitoon sitoutuminen korostuivat kirjallisessa terveys-sopimuksessa, jonka potilaat solmivat terveydenhuollon edustajan kanssa. Sopimuksessa potilaita edellytettiin asettamaan sairautensa hoitoon ja hallintaan itselle sopivat realistiset ja saavutettavissa olevat yksilölliset tavoitteet. Niiden asettamiseen potilas sai tukea hoitoyksiköstä. Potilas sitoutui pitämään säännöllisesti itsehoitopäiväkirjaa, johon kirjattiin paino, verenpaine, ruokavalion toteutuminen, liikunnalliset suoritteet sekä fistelin hoito. Päiväkirjaa käytettiin klinikalla potilaiden itsehoitokyvyn arviointivälineenä yhdessä laboratoriotulosten kanssa. Potilailla oli vastuu tunnistaa sopimukseen liittyviä haasteita sekä keskustella niistä säännöllisillä tapaamisilla. Hoitohenkilökunnan vastuulla oli terveys-sopimuksen laatiminen ja käytännön toteuttaminen kuten sopimuksen allekirjoittaminen. Vastuu liittyi niin ikään ammatillisen osaamisen tuomiseen potilaiden tavoitteiden asettamisessa, tavoitteiden säännöllisessä seuraamisessa ja päivittämisessä yhdessä potilaiden kanssa. (Cho 2013: 87–88.)

Sairaanhoitajan vastuulla oli soittaa potilaille säännöllisesti tarkoituksena seurata potilaiden pärjäämistä kotona sekä tukea potilaiden itsehoitovalmiuksia pohtimalla yhdessä potilaiden kanssa ratkaisuja haasteisiin. Puhelinseurannassa käytiin läpi myös nesterajoitusten ja verenpaineen mittaamisen toteutumista sekä mahdollisia itsehoidon ongelmia. Hoitajan vastuulla oli lisäksi konsultoida lääkäriä tarvittaessa mikäli potilaiden kotona ilmenneet oireet – kuten esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutukset – vaativat lääkärin asiantuntemusta. (Quan ym. 2011: 1268–1269.)

## 5.6 Taloudellinen tieto

Dialyysipotilaat arvioivat itse voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista. Tuloksissa todettiin, että potilaiden mukaan suurimmalle osalle oli annettu tietoa hoitoon liittyvistä taloudellisista menoista, kuten lääke- ja hoitokustannuksista, niihin saatavista taloudellisen tuen mahdollisuudesta ja vakuutuskorvauksista. (Eloranta ym. 2014: 7.)

# 6 Pohdinta

## 6.1 Tulosten pohdinta

Krooninen munuaissairaus vaikuttaa sairastuneen toimintakykyyn, lähisuhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen ja aiheuttaa merkittäviä muutoksia ulkonäköön. Sairastuminen koskettaa koko perhettä, ja dialyysihoidon aloittaminen on suuri elämänmuutos. Potilaiden elämän lähes joka osa-alueelle puututaan terveydenhuollon henkilökunnan taholta, ja sairastuneelta vaaditaan paljon voimavaroja sekä kykyä omaksua uutta. Tutkimuksen mukaan potilaat haluavat konkreettista tietoa sairaudestaan, dialyysihoidosta ja keinoja arjessa selviytymiseen (Rantanen ym. 2008: 251–252). Erityisesti läheisten osallistumisesta hoitoon, vertaistuesta sekä sosiaalipalveluista alle kaksi vuotta dialyysihoitoa saaneiden potilaiden tiedon tarve on suurempi (Rantanen ym. 2008: 252). Potilaille on iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman lisäksi yksilöllisiä valmiuksia tiedon omaksumiseen ja tarvetta ohjaukseen, joten yksilöllisyyden toteutuminen on olennaista voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset vahvistavat, että voimavaraistumista tukevan ohjauksen merkitys potilaan itsehoidon valmiuksiin on merkittävä.

Tuloksissa painottuivat bio-fysiologisen ja toiminnallisen tiedon ohjaaminen –sosiaalisen ja eettisen tiedon osa-alueiden jäädessä vähäisemmälle huomiolle. Pääosa työn tutkimuksista oli aasialaisia (Cho 2013; Quan ym. 2011; Shi ym. 2013; Tsai ym. 2015; Tsay – Hung 2004), ja tuloksista kävi ilmi, että dialyysipotilaiden perhe ja läheiset otettiin mukaan hoitoon. Aasian maissa eletään yleisesti ottaen isoissa perheyksiköissä, ja vanhempien hoitaminen on kunnia-asia, joten oletamme läheisten osallistamisen potilaan hoitoon olevan myös kulttuurisidonnaista. Pohdimme, että lukutaidottomuus ja koulu-

vistyksen puute saattoivat myös vaikuttaa läheisten mukaan ottamiseen dialyysipotilaiden hoidossa. Suomessa tilanne on luonnollisesti erilainen, koska lukutaidottomuus ei ole maassamme yleistä, ja potilaiden hoidossa korostuu yksilölähtöisyys. Suomalaiset dialyysipotilaat toivoivat Elorannan ym. tutkimuksen mukaan kuitenkin enemmän perheen ja läheisten osallistamista hoitoonsa, mikä mielestämme kertoo juuri suomalaisen hoitotyön individualistisesta vastuuttamisesta (Eloranta ym. 2014: 7).

Tulevina sairaanhoitajina olemme huolissamme siitä, minkälainen vaikutus dialyysipotilaiden päätöksentekokykyyn ja elämänlaatuun on bio-fysiologisen ja toiminnallisen tiedon painottamisella voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa. Tästä aineistosta ei löytynyt tietoa esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyvästä ohjauksesta edes maininnan tasolla, vaikka seksuaalielämän puheeksi ottaminen ja siihen liittyvä ohjaus on osa potilaan hoitoa sairauden laadusta, potilaan iästä, sukupuolesta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta. Seksuaalielämään liittyvät bio-fysiologiset haasteet kuten erektio-, kuukautishäiriöt tai raskauden suunnitteluun liittyvät ongelmat ja rajoitukset vaikuttavat potilaiden elämän joka osa-alueelle, joten tutkimusaineistosta olisi voinut olettaa löytyvän tietoa myös näihin kysymyksiin liittyvästä ohjauksesta edes bio-fysiologisen tiedon osa-alueen alta.

Kuten edellä totesimme, aineistoon valikoitui enimmäkseen aasialaisia tutkimuksia, mikä saattaa vaikuttaa seksuaalisuuteen liittyvän tiedon puuttumiseen. Pohdimme, että aasialaisessa kulttuurissa seksuaalisuus saatetaan kokea edelleen hyvinkin intiimiksi ja yksityiseksi aiheeksi. Toisaalta Rantasen ym. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa dialyysipotilaat eivät edes odottaneet saavansa aiheeseen liittyvää ohjausta (Rantanen ym. 2008: 251), mikä herättää tutkimusryhmässämme hieman ihmetystä. Mielestämme dialyysipotilaiden seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus tulee olla luonnollinen osa potilaiden voimavaraistumista tukevaa ohjausta, koska seksuaalisuus kattaa myös toiminnallisen (apuvälineet), sosiaalisen (tuki läheisille), kokemuksellisen (tunteet), eettisen (tieto potilaan päätöksenteon tukena) ja taloudellisen (yksityisten seksuaaliterveyspalvelut) tiedon osa-alueet. On tärkeää, että voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kaikki tiedon osa-alueet ovat tasapainossa ohjauksessa, ja että ohjaus on yksilöllistä ja potilaslähtöistä.

Potilaiden sitoutuminen omaan hoitoonsa edellyttää hyvää potilas-hoitaja -suhdetta, vastavuoroisuutta, vastuun jaon selkeyttä ja säännöllistä seuranta. Sairaanhoitajilta vaaditaan hyviä vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitoja ammattitaitoisen ohjausosaamisen lisäksi, jotta potilaiden tiedon tarpeet tulevat täytetyiksi. Lähtökohtana voimavaraistumista

tukevalle potilasohjaukselle tulee aina olla potilaan yksilölliset tarpeet ja henkilökohtainen elämäntilanne. Terveydenhuollon hierarkkiset rakenteet, joissa sairaanhoitaja on tiedon antaja ja potilas sen vastaanottaja, estävät aitoa dialogia sekä potilaiden voimavaraistumista oman sairautensa hoitoon. Hoidon ja ohjauksen yksilöllisen laadun kehittäminen parantaa potilaiden voimavaraistumisen tunnetta, mikä vaatii sairaanhoitajien jatkuvaa koulutusta ammattitaidon syventämiseksi ja moniammatillista yhteistyötä. Epäterveiden valtarakenteiden tiedostaminen ja purkaminen vaativat resursseja erityisesti nyt sote-uudistuksen ollessa lähellä.

Tutkimusmateriaalin sisältämät analyysit osoittivat, että ryhmäohjaukseen osallistuneilla dialyysipotilailla oli merkittävästi enemmän ongelmia elämässään kuin yksilöohjausta saaneilla (Cho 2013: 90–91). Yksilöllisellä ohjauksella, säännöllisellä seurannalla ja itsehoitopäiväkirjan pitämiseen sitoutumisella oli taas positiivisia vaikutuksia potilaan sairauden hoitoon. Tulevaisuudessa dialyysipotilaat ovat entistä iäkkäämpiä ja monisairaampia, mikä tulee haastamaan potilasohjauksen kehitystyötä. Oletamme, että potilasohjauksen ryhmäkoot tulevat suurenemaan ja yksilöllinen ohjaus vähenemään. Dialyysipotilaiden hoito ja ohjaus tulevat näin ollen siirtymään enenevässä määrin potilaan vastuulle sekä digitaalisten ohjauspakettien varaan resurssien rajallisuuden vuoksi. Haja-asutusalueiden palvelutarjonta tulee supistumaan entisestään, ja potilaat joutunevat matkustamaan pidempiä matkoja. Tämä lisää potilaiden alueellista eriarvoisuutta ja kuormittaa lähihoitoyksiköitä. Omais- ja kotihoitoon tuleekin saada huomattavasti lisää panostusta ja voimavaroja, koska nykyinen tilanne on jo lähes kestämaton.

Jatkuva tutkimus ja hoitohenkilöstön kouluttaminen ovat olennaisia voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kehittämisessä, koska yhteiskunnallinen keskustelu hoitoalalla on keskittynyt hoitoon liittyviin kustannuksiin ja kliiniseen asiantuntemukseen. Näemme, että terveydenhuollon nopea reagointi sairauden oireisiin ja masennukseen sekä sairaanhoitajien kyky arvostaa potilaita oman elämänsä asiantuntijoina ennaltaehkäisevät syrjäytymistä ja edesauttavat voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteuttamista.

## 6.2 Luotettavuus

Keskeisin kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä on aineiston valinta, jonka luotettavuutta tarkastellaan kriittisesti koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston si-

sällön käsittelyn monipuolisuus, rationaalinen ja puolueeton tarkastelutapa sekä analyyttinen kyky katsoa tutkittavan aiheen tulevaisuuden trendejä lisäävät kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. On tärkeä rakentaa ja perustella myös tutkimuksen johtopäätökset kriittisesti ja noudattaen tutkimusprosessin linjaa. (Kangasniemi ym. 2013: 298.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston luotettavuutta tarkasteltiin koko tutkimusprosessin ajan kriittisesti. Tietoa haettiin ainoastaan luotettavista ja tieteellisistä lähteistä työn aiheeseen liittyvillä valituilla hakusanoilla. Aineistohaku tehtiin systemaattisesti ottamalla mukaan vain vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin enimmäkseen englanninkielistä aineistoa, joten aineiston sisällön ymmärtämiseen kiinnitettiin erityistä huomiota ja tarkkuutta. Tutkimukset käytiin läpi itsenäisesti sekä yhdessä tutkimusryhmän kesken, tarkoituksena saavuttaa syvempi ymmärrys materiaalista ja pystyä refleктоimaan lukemaansa. Tarvittaessa käytettiin apuna luotettavia sanakirjoja sekä kysyttiin neuvoa termien ymmärtämiseen tilastotieteen opiskelijalta. Sisältöä käsiteltiin ja tarkasteltiin rationaalisesti, monipuolisesti ja puolueettomasti tutkimusryhmän jäsenten kesken säännöllisillä tapaamisilla sekä pikaviestipalvelua ja yhteiskirjoituspalvelua käyttämällä. Tulevaisuuden trendejä analysoitiin pohdinnassa, ja johtopäätökset perusteltiin rationaalisesti noudattaen tutkimusprosessin linjaa. Valmis työ tarkistettiin plagioinnin tunnistusohjelmalla (Turnitin-ohjelma), joka osoitti tämän kirjallisuuskatsauksen tekstin luotettavaksi ja itse tuotetuksi.

Tutkimusaineistosta valittiin tuloksiin seitsemän tutkimusta, ja pohdintaan käytettiin lisäksi kolmen muun tutkimuksen sisältöä. Syynä edelliseen oli se, että nämä kolme tutkimusta eivät vastanneet suoraan tutkimuskysymykseen, vaikka ne sisälsivät voimavaraistumista tukevaan potilasohjaukseen ja tämän kirjallisuuskatsauksen aiheeseen liittyvää relevanttia tietoa. Tutkimusaineisto jäi rajalliseksi, koska pääkäsitteelle ”empowering patient education” eli ”voimavaraistumista tukeva potilasohjaus” ei löytynyt vaihtoehtoisia hakutermejä ja dialyysipotilaat käsitteeseen yhdistettynä haku ei tuottanut runsaammin hakutuloksia.

### 6.3 Eettisyys

Kirjallisuuskatsauksessa etiikka liittyy tutkimusaineiston laadun arviointiin, pitäytymiseen tutkimuskysymyksessä ja tutkijoiden luotettavuuteen aineiston valintaprosessin aikana.

Kirjallisuuskatsauksen eettistä luotettavuutta voidaan tukea pitämällä prosessi läpinäkyvänä ja johdonmukaisena. Tulosten raportoinnin tulee olla oikeudenmukaista, tasavertaista ja rehellistä. (Kangasniemi ym. 2013: 298.)

Edellä mainittujen eettisten periaatteiden lisäksi tutkimusprosessin laatua ja luotettavuutta määrittelevät hyvän tieteellisen käytännön mukaiset toimintatavat. Huolellisuus, tarkkuus, avoimuus, kunnioitus ja muiden tutkijoiden työn arvostaminen ovat rehellisyyden lisäksi hyvän tieteellisen käytännön ominaispiirteitä. Tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi ja arviointimenetelmät ovat tieteellisesti ja eettisesti kestäviä sekä tutkijoiden asema ja siihen liittyvät vastuut ja velvollisuudet ovat selkeästi määritellyt. Rahoituslähteet ja muut mahdolliset sidonnaisuudet tulee niin ikään määrittellä hyvässä tieteellisessä käytännössä. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 364.)

Jokainen tutkimusryhmän jäsen vastaa omalta osaltaan sekä ryhmä yhdessä hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, oikeanlaista tietojen tallentamista ja analysointia. Eettinen kestävyys ja tieteellisen tutkimuksen kriteerit tulevat täytyä tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmissä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi pysyi läpinäkyvänä ja johdonmukaisena sekä aineiston laatua arvioitiin tasavertaisesti. Tutkimuskysymyksessä pitäydettiin eikä tutkijoilla ollut taloudellisia intressejä tutkimusprosessiin tai tutkimuksen tilaajiin liittyen. Työn tilaaja ei ollut mukana prosessissa tutkimuksen aikana. Tulokset raportoitiin oikeudenmukaisesti, tasavertaisesti ja rehellisesti. Koko prosessia luonnehti huolellisuus, tarkkuus, rehellisyys, avoimuus, kunnioitus ja muiden tutkijoiden työn arvostaminen. Tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi ja arviointimenetelmät olivat tieteellisesti ja eettisesti kestäviä sekä tutkijoiden asema ja siihen liittyvät vastuut ja velvollisuudet selkeästi määritellyt. Tutkimuksessa ei ollut rahoittajia tai muita sen tuloksiin vaikuttaneita sidonnaisuuksia.

Ryhmä yhdessä sekä jokainen tutkimusryhmän jäsen omalta osaltaan vastasi hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tiedonhankinta tehtiin luotettavasti ja eettisesti tasapuolisesti sekä tiedot tallennettiin ja analysoitiin asianmukaisesti.

#### 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus on olennainen osa potilaan hoitoon sitoutumista. Ohjauksen laatu vaikuttaa hoidon tuloksiin ja korreloi myös terveydenhuollon resursseihin. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen käsite on verrattain uusi ja siihen liittyvää tutkimus- ja kehittämistyötä on syytä tehdä edelleen. Mielestämme tarvitaan lisää tutkimustietoa erityisesti monisairaiden voimavaraistumista tukevasta potilasohjauksesta, koska he tarvitsevat ohjausta ja tukea lähes kaikilla elämän osa-alueella.

Sairaanhoitajan rooli korostuu voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa, joten ammattitaidon jatkuva kehittäminen esimerkiksi koulutusten avulla on olennaista. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että dialyysipotilaat hyötyivät yksilöllisestä ohjauksesta ja säännöllisestä seurannasta.

Nykytrendi vaikuttaa siltä, että potilaiden ja läheisten vastuu sairauden hoidosta tulee kasvamaan, koska ryhmämuotoisten ohjausten ja digitaalisten ohjauspakettien käyttäminen syrjäyttävät yksilölliset ohjausmenetelmät. Edelliseen vaikuttanevat enimmäkseen taloudelliset seikat, mikä on mielestämme lyhytnäköistä ja eettisesti arveluttavaa. Sote-uudistuksessa tulee kiinnittää enemmän huomiota siihen, että potilaat eivät joudu uudistusten jalkoihin ja oman onnensa nojaan. Ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttamiseen panostaminen on kansantaloudellisesti ja inhimillisesti kannattavaa.



## Lähteet

Alahuhta, Maija – Hyväri, Tuija – Linnanvuori, Marjatta – Kylmäaho, Risto – Mukka, Heikki 2008. Munuaissairaalan hoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Bennett, Paul N – Miller, Michelle D – Woodman, Richard J – Hill, Kathleen – Murray, Susan – Gleadle, Jonathan M 2012. Nutrition Screening by Nurses in Dialysis. *Journal of Clinical Nursing* 22. 723–732.

Cho, Mi-Kyoung 2013. Effect of Health Contract Intervention on Renal Dialysis Patients in Korea. *Nursing & Health Sciences* 15. 86–93.

Eloranta, Sini – Gröndahl, Weronica – Engblom, Janne – Leino-Kilpi, Helena 2014. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 12 (4). 4–11.

Erityisruokavaliot – Opas ammattilaisille 2009. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291–301.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3–12.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Munuais- ja maksaliitto 2014. Dialyysi osana elämää. Verkkodokumentti. <[http://www.muma.fi/files/1779/dialyysi\\_osana\\_elamaa.pdf](http://www.muma.fi/files/1779/dialyysi_osana_elamaa.pdf)>. Luettu 9.3.2017.

Munuais- ja maksaliitto 2016. Verkkodokumentti. <<http://www.muma.fi/>>. Luettu 4.10.2016.

Nabolsi, Manar M. – Wardam, Lina – Al-Halabi, Jehad O 2015. Quality of Life, Depression, Adherence to Treatment and Illness Perception of Patients on Haemodialysis. *International Journal of Nursing Practice* 21. 1–10.

Nygårdh, Annette – Malm, Dan – Wikby, Kerstin – Ahlsröm, Gerd 2012. Empowerment Intervention in Outpatient Care of Persons with Chronic Kidney Disease Pre-dialysis. *Nephrology Nursing Journal* 39 (4). 285–293.

Opas munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle ja hänen läheiselleen 2016. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<https://hoitohjeet.fi/OhjepankkiSATSHP/Munuaisten%20vajaatoimintaa%20sairastavalle%20j%C3%A4%20h%C3%A4nen%20l%C3%A4heiselleen.pdf>>. Luettu 9.3.2017.

Quan, Lei – Dong, Jie – Li, Yanjun – Zuo, Li 2011. The Effectiveness of Intensive Nursing Care on Seasonal Variation of Blood Pressure in Patients on Peritoneal Dialysis. *Journal of Advanced Nursing* 68 (6). 1267–1275.

Rankinen, Sirkku – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena 2014. Empowering Patient Education Programme: Examples of Reviews Conducted in Education. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku: Turun yliopisto.

Rantanen, Mirkka – Kallio, Tapio – Johansson, Kirsi - Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena 2008. Knowledge Expectations of Patients. *Nephrology Nursing Journal* 35 (3). 249–255.

Shi, Yue-Xian – Fan, Xiao-Yan – Han, Hui-Juan – Wu, Qiu-Xia – Di, Hong-Jun – Hou, Ya-Hong – Zhao, Yue 2013. Effectiveness of a Nurse-led Intensive Educational Programme on Chronic Kidney Failure Patients with Hyperphosphataemia: Randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical Nursing* 22. 1189–1197.

Suomen munuaistautirekisteri. Vuosiraportti 2014. Verkkodokumentti. <[http://www.muma.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri\\_Vuosiraportti\\_2014.pdf](http://www.muma.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri_Vuosiraportti_2014.pdf)>. Luettu 4.10.2016.

Terveyskirjasto 2016. Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia). Verkkodokumentti. Päivitetty 20.8.2012. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00587&p\\_haku=munuaisten%20vajaatoiminta#s1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00587&p_haku=munuaisten%20vajaatoiminta#s1)>. Luettu 20.10.2016.

Tsai, Siou-Hung – Wang, Mei-Yeh – Miao, Nae-Fang – Chian, Pei-Chuan – Chen, Tso-Hsiao – Tsai, Pei-Shan 2015. The Efficacy of a Nurse-led Breathing Training Program in Reducing Depressive Symptoms in Patients on Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Nursing* 4 (115). 24–32.

Tsay, Shiow-Luan – Hung, Li-Oer 2004. Empowerment of Patients with End-stage Renal Disease – a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies* 41 (1). 59– 65.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 20.10.2016.

Virtanen, Heli – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna 2007. Empowering Discourse in Patient Education. *Patient Education and Counseling* 66. 140–146.

## Tiedonhaku

Taulukko 1. Tiedonhaku eri tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	dialyysihoito ja potilas ja voimavaraistumista tukeva ohjaus	6	1	1	1
CINAHL	empowering patient education and dialysis	3	1	1	1
CINAHL	empower* and dialysis patients	15	4	2	2
Medline	empowering patient education dialysis nursing	92	15	12	6

Tutkimus	Tarkoitus ja tavoite	Kohderyhmä ja otos	Toteutus	Tulokset
Bennett, Miller, Woodman, Hill, Murray, Gleadle/ Australia 2012	Tutkia lisääkö sairaanhoitajavetoinen säännöllinen dialyysipotilaiden ravinto-seulonta lähetteen määrää munuaissairaiden potilaiden ravitsemusohjaukseen erikoistuneille asiantuntijoille. Lisäksi selvittää edellä mainitun vaikutukset potilaiden fyysiseen terveydentilaan.	N = 81: tutkimus- ja kontrolliryhmä. Hemodialyysipotilaita neljästä eri satelliittihemodialyysikeskuksesta suurkaupungissa Australiassa. Tutkimus toteutettiin 9 kk aikana.	Prospektiivinen ryväksittäin satunnaistettu vertailukoe. Analysointiin käytettiin Stata-ohjelmaa.	Tutkimusryhmällä oli kolminkertainen määrä lähetettä ravitsemuksen ohjaukseen munuaissairaiden ohjaamiseen erikoistuneille ravintoterapeuteille. Sairaanhoitajavetoinen säännöllinen ravitsemuseulonta saattaa johtaa tarpeellisiin lähetteisiin ravitsemukseen erikoistuneille asiantuntijoille.
Cho/ Korea 2013	Tutkia dialyysipotilaille tehdyn yksilöllisen terveyssovimuksen vaikutuksia itsehoidollisiin valmiuksiin ja fyysiseen hyvinvointiin..	N = 43: tutkimus- ja kontrolliryhmä. Soulin yliopistollisen sairaalan dialyysipotilaita. Tutkimus toteutettiin 3 kk aikana.	Satunnaistettu vertailukoe. Kyselylomake ja psykologinen arviointi. Analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmaa.	Terveyssovimus paransi tutkimukseen osallistuneiden itsehoidollisia valmiuksia, edisti painonpudotusta sekä potilaiden yksilöllisiä tavoitteita.

Eloranta, Gröndahl, Engblom, Leino-Kilpi/ Suomi 2014	Dialyysipotilaiden voimava- raistumista tukevan potilas- ohjauksen toteutuminen.	N = 91. Dialyysiyksi- köissä hoidettavia poti- laita yhden sairaanhoito- piirin alueelta. Toteutet- tiin 3 kk aikana.	Strukturoitu Sairaalapoti- laan Tiedon Saanti –mit- tari. Analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmaa.	Tiedon osa-alueista bio-fy- siologinen ja toiminnallinen tieto toteutuivat parhaiten, sosiaalinen tieto heikoiden.
Nabolsi, Wardam, Al-Hal- abi/ Jordan 2013	Tutkia elämänlaadun, ma- sennuksen, sairaudentun- non ja hoitoon sitoutumisen yhteyttä hemodialyysipoti- lailla.	N = 244. Hemodialyy- sipotilaita neljästä pää- dialyysikeskuksesta Am- manissa.	Kuvaileva korrelaatiotutki- mus. Kyselylomake, jossa Likert-asteikko. Analysoin- tiin käytettiin SPSS-ohjel- maa.	Kohtalainen elämänlaadun alenumen oli tyypillistä. Tähän vaikuttivat potilaan hoitoon sitoutuminen ja sairaudentunto. Positiivi- nen asenne ja sopeutumi- nen sairauteen korreloivat paremman elämänlaadun kanssa.
Nygårdh, Malm, Wikby, Ahlström/ Ruotsi 2012	Selvittää, kuinka nefrologi- set sairaanhoitajat pystyvät tukemaan polikliinisten pre- dialyysipotilaiden voimava- raistumisen tunnetta.	N = 46: tutkimus ja ver- tailuryhmä. Munuaisre- kisterissä olevia etelä- ruotsalaisia predialyy- sipotilaita, jotka eivät voi	Vertailututkimus. Kysely- kaavake, jossa Likert-as- teikko. Analysointiin käy- tettiin SPSS-ohjelmaa.	Yksilöllisen hoidon laadun kehittäminen kasvatti pre- dialyysipotilaiden voimava- raistumisen tunnetta.

		saada munuaissiirrän- näistä. Toteutettiin 2 vuoden aikana.		
Quan, Dong, Li, Zuo/ Kiina 2011	Tutkia intensiivisen hoito- työn vaikuttavuutta peri- toneaalidialyysipotilailla, ta- voitteena kausittaisten ve- renpaineiden vaihteluiden väheneminen.	N = 76. Pekingin yliopis- tollisen sairaalan peri- toneaalidialyysiyksikön potilaita. Toteutettiin 2 vuoden aikana.	Ryhmäseurantatutkimus. Analysointiin käytettiin SPSS- ohjelmaa.	Intensiivisen ohjauksen avulla verenpaineen vaih- telut vähenivät.
Rantanen, Kallio, Johans- son, Salanterä, Virtanen, Leino-Kilpi/ Suomi 2008	Lisätä tietoisuutta liittyen dialyysipotilaiden tiedon saannin odotuksiin.	N = 47. Dialyysi- ja pre- dialyysipotilaita suoma- laisessa sairaalassa. Toteutettiin 3 kk aikana.	Strukturoitu kyselykaa- vake. Analysointiin käytet- tiin SPSS-ohjelmaa.	Bio-fysiologinen, toiminnal- linen ja eettinen tiedon osa-alue olivat tärkeimpiä. Potilaiden yksilölliset omi- naisuudet vaikuttivat tiedon saannin odotuksiin.
Shi, Fan, Han, Wu, Di, Hou, Zhao/	Sairaanhoitajavetoisen oh- jausohjelman vaikutuksen	N = 80: tutkimus ja kont- rolliryhmä. Kahdessa	Satunnaistettu vertailutut- kimus. Kyselykaavake,	Intensiivisellä ohjausohjel- malla oli tärkeä rooli tiedon

Kiina 2012	arviointi loppuvaiheen munuaissairautta sairastavien tiedon määrään ja hallintaan liittyen hyperfosfatemiaan.	sairaalan hemodialyysiyksikössä Tianjinissä. Tutkimus toteutettiin 22 kk aikana.	mittauksia. Analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmaa.	lisääntymiseen ja hyperfosfatemian hallintaan loppuvaiheen munuaissairautta sairastavilla.
Tsai, Wang, Miao, Chian, Chen, Tsai/ Taiwan 2015	Tutkia sairaanhoitajavetoisen hengitysharjoitusohjelman vaikutusta masennukseen, unenlaatuun sekä elämänlaatuun hemodialyysipotilailla.	N = 64. Dialyysikeskuksessa hemodialyysissa Taipeiissä käyviä potilaita.	Kontrolloitu satunnaisotantutkimus. Kyselykaavake. Analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmaa.	Hengitysharjoitusohjelmaan osallistuneiden masennusoireet vähenivät huomattavasti ja elämänlaatu koheni. Unenlaadussa ei havaittu merkittäviä muutoksia.
Tsay, Hung/ Taiwan 2004	Potilaiden voimavaraistumista tukevan ohjelman vaikuttavuus itsehoitoon, kyvykkyyteen ja masennukseen.	N = 50: tutkimus- ja kontrolliryhmä. Hemodialyysipotilaita Etelä-Taiwanissa kahdessa suurimassa sairaalassa.	Kontrolloitu satunnaisotantutkimus. Analysointiin käytettiin SPSS-ohjelmaa.	Voimavaraistumista tukeva ohjelma paransi potilaiden itsehoitotaitoja, kyvykkyyttä sekä vähensi masennusta.