

Marjo Pentti

OSALLISUUTTA VAHVISTAVA POTILASOHJAUSMALLI –  
MUNUAISPOTILAIEN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN  
SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2017



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

## OSALLISUUTTA VAHVISTAVA POTILASOHJAUSMALLI – Munuaispotilaiden ohjauksen kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä

Pentti, Marjo

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden koulutusohjelma, ylempi AMK

Kesäkuu 2017

Sivumäärä: 137

Liitteitä: 7

Asiasanat: munuaispotilas, ohjaus, osallisuus, osallisuutta vahvistava ohjausmalli

---

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää munuaispotilaiden osallisuutta vahvistavaa ohjausta Satakunnan keskussairaalan munuaispoliklinikalla yhteistyössä potilaiden sekä heidän hoitoonsa ja ohjaukseensa osallistuvan hoitohenkilökunnan kanssa. Tavoitteena oli selvittää munuaispotilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta ja käsityksiä ohjauksen kehittämistarpeista, laatia munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli, ottaa käyttöön osallisuutta vahvistava ohjausmalli sekä arvioida kehitettyä ohjausmallia moniammatillisessa tiimissä.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena, joka muodostui neljästä toimintaa kehittävästä syklistä. Ensimmäinen sykli oli tutkimusosio, jossa kartoitettiin tätä tutkimusta varten modifioidulla Ohjauksen laatu-kyselylomakkeella (© Kääriäinen 2007) munuaispotilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta. Kyselyaineistonkeruu toteutettiin munuaispoliklinikalla syksyllä 2015 ja kohderyhmän olivat poliklinikan ensi- ja uusintakäyntipotilaat (N=168). Vastausprosentti oli 48 (n=81). Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kyselytutkimuksen määrällisen aineiston tulosten mukaan munuaispotilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen laatuun. Laadullisen aineiston tuloksissa ohjauksen kehittämistarpeet koskivat ohjauksia ja munuaispotilaiden yksilöllisten tarpeiden sekä toiveiden huomiointia. Vähiten ohjausta saatiin vertaistuesta, sosiaalietuuksista ja kuntoutuksesta. Ohjauksesta oli eniten hyötyä munuaispotilaan omahoidon toteutukseen ja vähiten omaisten sekä läheisten tiedon lisääntymiseen. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen tueksi toivottiin internet-ohjausta. Munuaispotilaat kuvailivat omaa osuuttaan poliklinikkakäynnillä voimaantumisen, hoitoon sitoutumisen ja itsemääräämisen kokemuksena. Muokatun kyselylomakkeen luotettavuutta arvioitaessa Cronbachin alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,53–0,91.

Toinen, kolmas ja neljäs sykli olivat kehittämisosioita. Toisessa syklissä laadittiin munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli, joka pohjautuu kyselytutkimuksen tuloksiin ja teorian tietoon. Kolmannessa syklissä otettiin käyttöön munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli poliklinikan potilaiden ohjauksessa. Neljännessä syklissä kehitetty ohjausmalli vietiin moniammatilliseen tiimiin arviointikierrokselle. Kehittämistyössä laadittu munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli rakentuu osallisuuden lähtökohdista, potilaan osallistumismahdollisuuksia edistävästä menetelmästä ja kuvailee osallisuutta kokemuksena. Kehitetty ohjausmalli jäsentää ja tuo näkyviin käytännön hoitotyössä tapahtuvaa potilaan osallisuuden vahvistamista. Lisäksi ohjausmalli kuvaa ja selkiyttää osallisuuden ilmiötä sekä siihen liittyviä käsitteitä erikoissairanhoidon polikliinisen hoitotyön kontekstissa.

Jatkotutkimuksissa tulisi selvittää sekä munuaispotilaiden että hoitohenkilökunnan käsityksiä osallisuudesta, osallisuuden ilmenemisestä, sitä edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä arvioida kehitetyn osallisuutta vahvistavan ohjausmallin vaikutuksia käytännön hoitotyössä.

## PARTICIPATION ENHANCING COUNSELLING OF RENAL PATIENTS

Pentti, Marjo

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion, Master`s Degree

June 2017

Number of pages: 137

Appendices: 7

Key words: renal patient, counselling, patient participation, participation enhancing counselling model

---

The purpose of this thesis was to develop the participation enhancing counselling of chronic kidney disease patients in the renal clinic of Satakunta Central Hospital. The aim was to find out the renal patients' experiences of the quality of counselling and their perspectives of the needs for development. The results of the inquiry were used to develop a counselling model which enhances the participation of renal patients.

The thesis was carried out as an action research, which consisted of four cycles. The first cycle included the theoretical part with an inquiry on the patients' experiences of the quality of counselling. The inquiry was carried out in the renal clinic in autumn 2015 and the target group consisted of the patients of the clinic (N=168). The response rate was 48 per cent (n=81). The quantitative data were analysed with statistical methods and the qualitative data with content analysis.

The quantitative inquiry showed that the renal patients were satisfied with the quality of counselling. The qualitative data showed that there were development needs in counselling times and consideration of the renal patients' individual needs and wishes. The renal patients did not get adequate counselling in peer support, benefits and rehabilitation. Counselling was useful for self-management but it did not improve the relatives' or significant others' knowledge. The renal patients hoped for counselling on the Internet to support oral and written counselling. The renal patients described their own part in counselling in terms of empowerment, commitment to treatment and personal autonomy. The credibility values of the inquiry varied within the range of 0,53–0,91 in Cronbach's alpha.

The second, third and fourth cycle consisted of development. A model enhancing the participation of renal patients was drawn up in the second cycle. This model was based on the results of the inquiry and theoretical information. The model was implemented in the counselling of the renal patients of the renal clinic in the third cycle. In the fourth cycle the model was evaluated by a multidisciplinary team. The model consists of premises for participation, methods enhancing the patient's participation and descriptions of participation. The model describes and clarifies the phenomenon of participation in the contexts of nursing care in out-patient care in special nursing care.

Future studies could explore the renal patients' and staff's perceptions of participation, its manifestations and factors which promote and hinder it. The effects of the participation enhancing model could be assessed and its benefits studied in nursing practice.

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA .....	8
2.1 Toimintaympäristön kuvaus ja kehittämisen lähtökohdat.....	8
2.2 Munuaissairaus pitkäaikaissairautena .....	10
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	13
4 MUNUAISPOTILAAN OSALLISUUS OMASSA HOIDOSSAAN .....	14
4.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus potilaan osallisuudesta ja ohjauksesta .....	14
4.2 Potilaan osallisuus .....	17
4.2.1 Osallisuuden käsitteellistä määrittelyä.....	17
4.2.2 Osallisuuden ulottuvuudet.....	21
4.2.3 Potilaan osallisuus omassa hoidossaan .....	23
4.3 Potilasohjaus osallisuuden vahvistajana .....	26
4.3.1 Potilasohjauksen käsitteellistä määrittelyä.....	26
4.3.2 Tiedontarpeet potilasohjauksen lähtökohtana .....	28
4.3.3 Potilasohjauksen laatu .....	30
4.3.4 Motivoiva haastattelu osallisuutta vahvistavana ohjausmenetelmänä .....	33
4.4 Osallisuuden lähikäsitteet.....	36
4.4.1 Hoitoon sitoutuminen ja omahoito.....	36
4.4.2 Voimaantuminen .....	40
4.4.3 Itsemäärääminen .....	43
4.5 Yhteenveto kehittämistyön teoreettisista lähtökohdista.....	45
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN .....	47
5.1 Osallisuutta vahvistavan potilasohjauksen kehittäminen.....	47
5.2 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä .....	49
5.3 Toimintatutkijana kentällä .....	53
5.4 Ensimmäinen sykli: Munuaispotilaan ohjauksen laatua kartoittava kysely.....	55
5.5 Toinen sykli: Ohjausmallin laadinta .....	65
5.6 Kolmas sykli: Potilasohjausmallin käyttöönotto.....	67
5.7 Neljäs sykli: Potilasohjausmallin arviointi moniammatillisessa tiimissä .....	68
6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....	69
6.1 Munuaispotilaan ohjauksen laatua kartoittavan kyselyn tulokset .....	69
6.1.1 Vastaajien taustatiedot .....	69
6.1.2 Ohjauksen laatu .....	69
6.1.3 Ohjauksen riittävyys .....	70
6.1.4 Ohjauksen toteutus .....	74

6.1.5 Ohjauksen resurssit .....	81
6.1.6 Ohjauksen hyödyt .....	82
6.1.7 Ohjauksen kehittäminen.....	84
6.1.8 Taustatekijöiden yhteys munuaispotilaiden kokemuksiin ohjauksen laadusta.....	91
6.1.9 Yhteenveto kyselytutkimuksen tuloksista.....	92
6.2 Munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli .....	96
6.3 Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin käyttöönotto .....	102
6.4 Moniammatillisen tiimin arviointi potilasohjausmallin sisällöstä .....	102
7 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	104
7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelu ja arviointi .....	104
7.2 Luotettavuus ja siirrettävyys kehittämistyössä.....	109
7.2.1 Kehittämistyön luotettavuus .....	109
7.2.2 Kehittämistyön siirrettävyys .....	116
7.3 Eettisyys kehittämistyössä .....	117
7.4 Kehittämistyön merkitys käytännön hoitotyölle .....	119
7.5 Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset .....	122
LÄHTEET.....	126
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Potilaan osallisuus omassa hoidossaan on ajankohtainen tutkimus- ja kehittämisaihe, sillä Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä elää voimakkaan muutoksen aikaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos asettaa uudenlaisia haasteita palvelujen järjestämiselle ja kehittämiselle. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa ja valvoo hallitusohjelman strategista tavoitetta Hyvinvointi ja terveys, jonka viidessä kärkihankkeessa korostetaan osallisuuden merkitystä terveyden ja hyvinvoinnin perustana. Kärkihankkeiden tavoitteena on, että suomalaiset voivat paremmin ja kokevat pärjäävänsä erilaisissa elämäntilanteissa. (Hallitusohjelma 2015, 20–22.) Palvelurakenteen muuttuminen avohoitopainotteiseksi toiminnaksi lisää potilaan omaa vastuuta ja kasvattaa näin ollen tarvetta potilasnäkökulman korostamiseen hoidon ja ohjauksen kehittämisessä, suunnittelussa ja toteutuksessa. Osallisuuden vahvistamiseksi on tärkeää huomioida potilaiden näkemykset haasteiden ratkaisemisessa, uusien toimintamallien innovoinnissa ja palvelujen toteuttamisessa. Potilaiden osaaminen, asiantuntemus ja heiltä saatava tieto tulee nähdä merkityksellisenä ja arvokkaana hyötynä palvelujen kehittämistyössä. Potilaslähtöisyys on lähestymistapa, joka näkyy koko toimintakulttuurissa. Osallisuuden toteutumiseksi hoitotyön ammattilaisilta edellytetään uudenlaista ajattelua ja roolin muuttumista perinteisestä osaajasta kohti ammattihenkilöä, joka jakaa päätöksentekoa ja käy vastavuoroista keskustelua potilaan kanssa. (Kettunen & Kivinen 2012, 40–42.)

Osallisuuden lisäämiseksi tarvitaan yhä enemmän yksilöllisiä palveluratkaisuja ja osallistavaa, potilaslähtöistä hoitotyön toimintakulttuuria. Potilaan omahoitovalmiuksien ja vastuun lisääntyminen edellyttää sitä, että ohjauksen tulee aiempaa vahvemmin perustua potilaan yksilöllisten ohjaustarpeiden hyvään tunnistamiseen, ja näiden tarpeiden huomiointiin. (Leino-Kilpi ym. 2009, 102–104.) Potilaan osallisuus omassa hoidossaan on viime vuosina noussut keskeiseksi tavoitteeksi potilasohjauksen kehittämisessä. Kansallinen ja kansainvälinen terveyspolitiikka korostaa lainsäädännössä, terveyden edistämisen ohjelmissa ja asiakirjoissa potilaan elämänhallintaa, hyvinvoin-

tia, itsemääräämistä, omahoitoa ja omaa vastuuta, ennaltaehkäisyä ja osallisuutta vahvistavaa terveydenhuoltoa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 luku 24 §; WHO 2010; Kaste-ohjelma 2012–2015; Euroopan terveysalan toimintaohjelma 2014–2020; Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014; Terveys 2015-kansanterveysohjelma, Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020.)

Polikliinisen toiminnan merkitys ja kasvu terveydenhuollossa näkyy erityisesti avohoitokäyntien määrän lisääntymisenä. Muutokseen ovat vaikuttaneet sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuneet toimintaympäristöjen muutokset ja terveydenhuoltolain (2010, 6 luku 51 §) tarkennukset hoidon tarpeen arvioinnista. (Somaattinen erikoissairaanhoidon 2014–2015.) Satakunnan sairaanhoitopiirissä polikliinisen hoidon osuus kasvoi vuonna 2016 5,4 prosenttia edelliseen toimintavuoteen verrattuna ja vuodeosastohoidon hoitopäivät vähenivät 2,4 prosenttia (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2017).

Opinnäytetyö tehdään kehittämistyönä, jonka tarkoituksena on kehittää kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden osallisuutta vahvistavaa ohjausta Satakunnan keskussairaalan munuaispoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa munuaispoliklinikan potilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta ja näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä, ja näiden tulosten sekä teoretiedon pohjalta luoda munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli yhteistyössä munuaispotilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvien asiantuntijoiden kanssa.

Tässä opinnäytetyössä munuaispotilaalla tarkoitetaan aikuista, jonka munuaissairauden hoito, ohjaus ja seuranta toteutuu munuaispoliklinikalla. Munuaispoliklinikalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikkaa, jonne potilaat saavat kutsun lähetteen perusteella ja, jossa he ovat munuaissairauden vuoksi säännöllisessä seurannassa. Käsitteet ohjaus ja potilasohjaus nähdään toistensa synonyymeinä. Opinnäytetyöstä käytetään jatkossa nimitystä kehittämistyö.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA

### 2.1 Toimintaympäristön kuvaus ja kehittämisen lähtökohdat

Satakunnan keskussairaalan sisätautien poliklinikalla toimiva munuaispoliklinikka on aikuispotilaiden ajanvarauspoliklinikka, jonka keskeistä toimintaa ovat munuaissairauksien diagnosointi, seuranta ja hoito. Munuaispoliklinikan seurannassa ja hoidossa ovat potilaat, joilla on etenevä krooninen munuaissairaus tai sellainen munuaissairaus, jonka hoito ja seuranta edellyttävät munuaislääkärin asiantuntemusta. Munuaispoliklinikan seurannassa ovat myös munuaissiirron saaneet potilaat.

Vuonna 2016 Satakunnan keskussairaalan munuaispoliklinikalla oli 238 ensikäyntiä, 1391 uusintakäyntiä ja 2026 laboratorio- tai röntgentutkimusten tulosten tarkistusta, joista 96 puhelua ja 1930 kirjevastausta. Potilaalle suunniteltuja munuaishoitajan itsenäisiä poliklinikkakäynnin ulkopuolella tapahtuvia ohjaukseyntejä oli 34 ja potilaan omahoidon ohjaukseen liittyviä puheluita oli 428. Potilasmäärän lisääntyminen näkyy munuaishoitajan työmäärässä, sillä vuonna 2016 munuaishoitajan itsenäisellä vastaanotolla kävijöiden määrä nousi 21 prosenttia ja omahoidonohjaukseen liittyvien puhelujen määrä lisääntyi 22 prosenttia edelliseen toimintavuoteen verrattuna. (Exreportointijärjestelmä 2016.) Väestön ikääntyminen ja tyyppin 2 diabeteksen lisääntyminen ovat syynä kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden määrän kasvuun (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 6). Tulevaisuudessa yhä lisääntyvän polikliinisen hoidon tarpeen myötä osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittäminen on aiheena ajankohtainen. Tähän haasteeseen pyritään tässä kehittämistyössä vastaamaan toimintatutkimuksen strategiaa hyödyntämällä.

Munuaispoliklinikalla sairaanhoitaja vastaa potilaiden omahoidon ohjauksesta. Munuaispotilaiden ohjauksen runkona on vuonna 2007 munuaispotilaan hoitotyön erikoistumisopintojen kehittämistehtävänä laadittu Opas munuaispotilaalle ja hänen läheiselleen. Vuosittain päivitettävä opas on laadittu yhteistyössä Munuais- ja maksaliiton ja Satakunnan munuais- ja maksayhdistyksen kanssa. Opas löytyy myös sähköisenä versiona Satakunnan sairaanhoitopiirin nettisivuilta. Munuaispoliklinikkapotilaan ohjaus sisältää laaja-alaisesti potilaan omahoidon tukemiseen liittyviä asioita. Sairaanhoitaja



ohjaa potilasta lääke- ja ruokavaliohoidon toteuttamisessa, verenpaineen omaseurannan toteutuksessa, sairauden aiheuttamien oireiden tarkkailussa, kannustaa potilasta tupakoimattomuuteen ja potilaan omien voimavarojen mukaiseen liikuntaan sekä tukee potilasta sairauden kanssa selviytymisessä. (Sisätautien poliklinikan toimintakertomus 2015, 8–9.)

Munuaispoliklinikan potilaan vastaanottokäynti muodostuu lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotosta. Vastaanotolle tullessa potilas tapaa ensin sairaanhoitajan, ja silloin käydään yhdessä läpi potilaan lääkelista, tarkistetaan paino, verenpaine ja verenpaine koritin merkinnät. Potilaan lääke- ja ruokavalio-ohjaus, muu omahoidon ohjaus sekä tutkimuksiin, toimenpiteisiin ja jatkoseurantaan liittyvä ohjaus tapahtuu munuaislääkärin vastaanoton jälkeen. Poliklinikkatyön luonteesta johtuen ohjaustyöhön on usein valittavan vähän aikaa. Munuaishoitajalla on myös itsenäistä vastaanottoa, joten potilaalle voidaan varata tarvittaessa erillinen ohjauksen käynti munuaishoitajan vastaanotolle. (Sisätautien poliklinikan toimintakertomus 2015, 8.)

Munuaispoliklinikan sairaanhoitajan työhön kuuluu myös puhelimesta annettava potilasohjaus. Hoitajan puhelimesta annettu ohjaus on lisääntynyt viime vuosina, koska yhä enemmän potilaiden hoitoa koskevia merkittäviä muutoksia tehdään poliklinikkakäyntien ulkopuolella. Laboratoriotulosten tarkistuksen yhteydessä lääkäri antaa tulosten perusteella hoitajalle määräyksen potilaan lääke- ja/tai ruokavaliohoitoon liittyvistä muutoksista. Määräyksen perusteella hoitaja soittaa potilaalle ja ohjaa puhelimitse laboratoriotulosten perusteella tarpeelliseksi arvioidut lääke- ja/tai ruokavaliohoidon muutokset sekä ohjeistaa mahdolliset ylimääräiset laboratorionkäynnit. Lisäksi potilaiden ja omaisten puhelimitse tapahtuvat omahoidon toteuttamista koskevat yhteydenotot ovat lisääntyneet. Yhteydenotot koskevat yleensä lääke- ja ruokavaliohoidon toteuttamista, terveydentilassa tapahtuvia muutoksia ja oireita, kotona selviytymistä ja henkistä jaksamista. (Sisätautien poliklinikan toimintakertomus 2015, 8.)

Munuaispoliklinikalla lääkärit ohjaavat potilaita lääkehoitoon, sairauden tilanteeseen, hoitopäätöksiin ja jatkoseurannan tarpeen suunnitteluun liittyvissä asioissa. Munuaislääkärin ja munuaishoitajan yhteistyö on tiivistä työparityöskentelyä vierekkäisissä vastaanottohuoneissa. Munuaispotilaan hoito on moniammatillista yhteistyötä. Munu-

aispotilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvia muita asiantuntijoita ovat diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti, jalkaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykiatrinen sairaanhoitaja. (Sisätautien poliklinikan toimintakertomus 2015, 8.)

## 2.2 Munuaissairaus pitkäaikaissairautena

Pitkäaikaissairaus, kuten krooninen munuaisten vajaatoiminta, on palautumaton, pitkäkestoinen muutos yksilön terveydentilassa, joka edellyttää jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa ja tilanteen seuranta. Pitkäaikaissairaus rajoittaa henkilön toimintakykyä sekä vaatii potilaalta ja hänen läheisiltään voimavaroja ja sopeutumista vaihtelevaan terveydentilaan. Pitkäaikaissairaus etenee usein hitaasti ja sitä sairastavat kokevat sen vaikutukset yksilöllisesti. Sairauden hoito vaatii sitoutumista elämäntavan muutoksiin sekä asianmukaiseen hoitoon ja seurantaan. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 133; Mäkeläinen 2009, 66; Kaakinen 2013, 45–46.) Pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden merkittävä sairauden kanssa selviytymisen ehto on, että heillä on riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Potilaat tarvitsevat monipuolista tietoa ja taitoa arkielämän tilanteissa, jotta osallistuminen oman hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja päätöksentekoon omien voimavarojen mukaan on mahdollista. (Leino-Kilpi ym. 1999, 118.)

Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito painottuu tulevaisuudessa yhä enemmän polikliniseen sairauden seurantaan. Poliklinikkäkäynnillä annettava ohjaus on haasteellista, sillä ohjaukseen käytettävissä oleva aika on rajallista. Poliklinikkäkäynnin aikana potilaiden voimavaroja ja omaa vastuuta sairauden hoidosta tulisi tukea omahoidon onnistumiseksi. (Makkonen, Hupli & Suhonen 2010, 130–132.) Useiden tutkimusten mukaan pitkäaikaissairaajat tarvitsevat ohjausta, joka vahvistaa heidän kokemustaan oman elämänsä ja hoitonsa hallitsijana (Constantini ym. 2008, 149–154; Mäkeläinen 2009, 66; Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johansson 2010, 6–9; Cueto-Manzano, Martinez-Ramirez & Cortes-Sanabria 2010, 100–103; Makkonen ym. 2010, 133–136; Chen ym. 2011, 3563–3566; Lunnela 2011, 98–99; Nygårdh, Malm, Wikby & Ahlström 2011, 899–903; 2012, 289–292; Walker, Marshall & Polaschek 2013, 118–119; Eloranta, Gröndahl, Engblom & Leino-Kilpi 2014, 6–8; Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015, 19–20).

Krooninen munuaisten vajaatoiminta on pitkäaikaissairaus, jossa munuaisten heikenevä toiminta ilmenee elimistön laaja-alaisina toimintahäiriöinä. Sairaus on alkuvaiheessa oireeton, minkä vuoksi sairauden diagnosointi ja hoidon aloittaminen voi viivästyä. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan riskitekijöitä ovat ylipaino, liikkumattomuus, tupakointi, kohonnut kolesteroli, hoitamaton verenpainetauti ja huono diabetestasapaino. Näihin riskitekijöihin kohdistuvalla ruokavalio-, elämäntapa- ja lääkeshoidon ohjauksella voidaan vaikuttaa munuaistaudin ennusteeseen. (Käypä hoito-suositus 2007; Korhonen & Laine 2010, 2958.) Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan yleisimmät syyt ovat tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes, munuaiskerästulehdukset (glomerulonefriitit) ja polykystinen munuaissairaus (Pasternack 2012, 433; Suomen munuaistautirekisteri 2015, 9–15, 23).

Munuaissairauden varhainen toteaminen mahdollistaa munuaisten vajaatoiminnan etenemisen estämisen ja hidastamisen lääkeshoidolla ja ruokavaliohoidolla sekä elämäntapaohjauksella (Käypä hoito-suositus 2007; Korhonen & Laine 2010, 2958). Silloin kun ruokavalio- ja lääkehoito ei enää riitä, tarvitaan munuaisten toimintaa korvaavia hoitomuotoja. Munuaisten toimintaa korvaavat hoitomuodot ovat hemodialyysi, peritoneaalidialyysi ja munuaisensiirto. (Pasternack 2012, 559–560, 581–582, 603.) Potilasohjauksella voidaan lisätä munuaispotilaan osallisuutta omassa hoidossa, vähentää lisäsairauksia, parantaa elämänlaatua, edistää elämänhallintaa ja hyvinvoinnin tunnetta sekä vähentää sairaanhoidon kustannuksia (Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit 2012, 1–4; Munuaissairauden hyvä hoito – hyötyä yksilölle ja yhteiskunnalle 2014, 3–5, 10–11). Krooninen munuaisten vajaatoiminta on lisääntyvä haaste terveydenhuollon kaikilla tasoilla, koska ikääntyneiden määrä lisääntyy ja näin ollen myös kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien määrä lisääntyy (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 8).

Krooninen munuaisten vajaatoiminta luokitellaan viisitasoisella asteikolla (Taulukko 1), jossa viides taso kuvaa munuaisten loppuvaiheen toimintaa. Munuaisten glomerulusten suodatusnopeuden arvoa 60 ml/min pidetään vajaatoiminnan rajana. Yleensä munuaisten vajaatoiminta etenee pitkän ajan kuluessa, hitaasti, oireita aiheuttamatta. Pitkälle edenneeseen munuaisten vajaatoimintaan liittyy yleisoireena väsymystä ja suorituskyvyn laskua, suonenvetoa ja turvotuksia. Muita oireita voivat olla esimerkiksi

ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja painonlasku. Tilanteen edetessä munuaisten vajaatoiminta voi vaatia dialyysihoitoa. (Korhonen & Laine 2010, 2958; Pasternack 2012, 432.)

Taulukko 1. Kroonisen munuaistaudin luokittelu arvioidun kreatiniinipuhdistuman (eGFR) perusteella (Pasternack 2012, 432).

Vaihe	Vajaatoiminnan aste	eGFR (ml/min)
1	Normaali	>90
2	Lievä	60 – 89
3	Kohtalainen	30 – 59
4	Vaikea	15 – 29
5	Korvaushoitoa vaativa	<15

### *Konservatiivinen hoito*

Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan konservatiivinen hoito sisältää ruokavalio- ja lääkehoidon sekä elämäntapaohjauksen, joiden avulla voidaan hallita vajaatoiminnasta aiheutuvia oireita ja ylläpitää potilaan kuntoa. Kroonisen munuaissairauden hoidon tavoitteena on estää ja hidastaa taudin eteneminen, vajaatoiminnan aineenvaihduntahäiriöiden korjaaminen ja vajaatoiminnan oireiden hoitaminen. Keskeisimmät hoidon kohteet ovat kohonnut verenpaine, korkea kolesteroli, verensokeritasapaino, tupakointi, proteinuria, mineraalihäiriö ja anemia. Hoitokeinot ovat ruokavaliohoito, tupakoinnin lopettaminen, painon hallinta, munuaispotilaalle sopiva verenpaine-, kolesteroli-, diabetes-, kalsiumkarbonaatti-, D-vitamiini- ja anemialääkitys. (Koivuviita, Tertti & Metsärinne 2006, 240–241; Korhonen & Laine 2010, 2958.) Lisäksi munuaispotilaan hoidossa tulee huomioida munuaisten toimintaa heikentävien lääke- ja tutkimusaineiden sekä tulehduskipulääkkeiden välttäminen. Potilasta tulee ohjata asianmukaisen ja munuaisten kannalta turvallisen kipulääkkeen valinnassa. (Korhonen & Laine 2010, 2958.)

### *Aktiivihoitomuodot*

Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan aktiivihoitomuodot ovat dialyysihoito ja munuaisensiirto. Dialyysihoitomuotoja on kaksi: hemodialyysi eli veriteitse tehtävä hoito ja peritoneaalidialyysi, jossa potilaan vatsakalvo toimii dialyysikalvona. Munuaisensiirto korvaa dialyysihoidon. Onnistunut munuaisensiirto parantaa potilaan elämänlaatua ja on yhteiskunnalle halvempi hoitomuoto kuin dialyysihoito. Munuaisensiirto

edellyttää potilaalta sitoutumista pysyvään hylkimisenestolääkkeiden käyttöön ja säännölliseen polikliiniseen sairauden seurantaan, koska munuaisensiirtopotilaan hoidon kulmakivi on onnistunut hylkimisenestolääkitys. Lääkehoito on tasapainoilua, jossa pyritään löytämään munuaissiirteen hyljintää riittävästi estävä lääkitys, joka kuitenkin ei altistaisi potilasta infektioille tai syöpätaudeille. (Pasternack 2012, 555–556, 603, 617, 629.)

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää munuaispotilaiden osallisuutta vahvistavaa ohjausta Satakunnan keskussairaalan munuaispoliklinikalla yhteistyössä munuaispotilaiden sekä heidän hoitoonsa ja ohjaukseensa osallistuvan hoitohenkilökunnan kanssa.

Kehittämistyön tavoitteena on:

1. Selvittää munuaispoliklinikalla seurannassa olevien potilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta ja näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä.
2. Hyödyntää munuaispotilaille suunnatun kyselyn tuloksia osallisuutta vahvistavan ohjausmallin laadinnassa.
3. Ottaa käyttöön munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli.
4. Arvioida munuaispotilaan osallisuutta vahvistavaa ohjausmallia moniammatillisessa tiimissä.

Kehittämistyöhön rajataan Satakunnan keskussairaalan munuaispoliklinikan seurannassa olevat potilaat, joilla on munuaislääkärin säännöllistä seurantaa edellyttävä munuaissairaus tai krooninen etenevä munuaisten vajaatoiminta sekä munuaissiirtopotilaat.

## 4 MUNUAISPOTILAAN OSALLISUUS OMASSA HOIDOSSAAN

### 4.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus potilaan osallisuudesta ja ohjauksesta

Kehittämistyön tiedonhaku perustui integroivaan kirjallisuuskatsaukseen. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Integroiva kirjallisuuskatsaus sallii kvantitatiivisen, kvalitatiivisen ja teoreettisen tutkimuksen yhdistämisen samaan katsaukseen. (Flinkman & Salanterä 2007, 85; Whittemore 2008, 149; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 114–115.) Kehittämistyön kirjallisuuskatsaukseen haluttiin sisällyttää määrällisten ja teoreettisten tutkimusten lisäksi laadullisia tutkimuksia, koska haluttiin saada tietoa potilaiden kokemuksista ohjauksen laadusta.

PICO on näyttöön perustuvan tiedonhaun menetelmä. Se on systemaattinen työtapa, jonka avulla tunnistetaan aiheen keskeiset käsitteet. (Hirvonen 2014.) PICO:n avulla muotoillaan ja selkiytetään tutkimuskysymys, tunnistetaan tarvittava tieto, muunnetaan tutkimuskysymys hakutermeiksi, kehitetään ja hienosäädetään hakustrategiat ja valitaan hakutuloksesta tutkimukseen mukaan otettavat artikkelit (inklusiio- ja eksklusiokriteerit). PICO:n käytössä on olennaisen tärkeää tutkijan ja informaattikon yhteistyö. Pico-kysymys muodostuu osioista potilas (patient), intervention (interventio), vertailu (comparison) ja tulos (outcome). (Isojärvi 2015.) Tämän kirjallisuuskatsauksen Pico-kysymys oli : Millaista on munuaispotilaan ja potilaan (P) osallisuutta (O) vahvistava potilasohjaus (I)?

Tiedonhaussa käytettävien tietokantojen valinta tapahtui alustavia hakuja tekemällä. Tiedonhaku tehtiin Medic-, Melinda- ja Cinahl -tietokantoihin, koska alustavien hakujen perusteella todettiin niiden sisältävän runsaasti tutkimuksia munuaispotilaasta ja potilasohjauksesta. Yksittäisiä hakuja tehtiin myös Cochrane-kokoomatietokantaan laaja-alaisen tiedon saavuttamiseksi. Tietokantahakua täydennettiin manuaalisella haulla valittujen tutkimusten lähdeluetteloista. Lisäksi aihealueeseen sopivia tutkimuksia ja artikkeleita haettiin käsihaulla kotimaisista ja ulkomaisista tieteellisistä, vertaisarvioituista lehdistä. Tietokantahaun lisäksi tehtiin manuaalinen haku, koska sitä tulisi käyttää mahdollisimman laajan ja luotettavan tiedon saamiseksi (Stolt & Routasalo 2007, 67).

Tiedonhaussa käytettävät kehittämistyöhön liittyvät hakusanat määriteltiin huhtikuussa 2015 yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun Tiilimäen kampuskirjaston informaattikon kanssa. Tarkennettu tiedonhaku tehtiin marraskuussa 2015, ja silloin tehtiin yhteistyötä Satakunnan keskussairaalan tieteellisen kirjaston informaattikon kanssa. Tiedonhaussa hakusanoja katkaistiin, jotta sanojen taivutetut muodot tulisivat huomioiduksi tiedonhaussa.

Suomenkieliset hakusanat olivat munuaispotilas, potilas, osallisuus, osallistuminen, tiedontarve, potilasohjaus, hoidonohjaus, ohjaaminen, itsemäärääminen, hoitoon sitoutuminen, voimaantuminen, voimavaraistuminen ja vaikuttavuus. Englanninkieliset hakusanat olivat chronic kidney disease, kidney, renal transplant recipient, patient involvement, patient participation, knowledge, adherence, self-management, patient education, empowerment ja effectiveness. Osallisuuden englanninkielisinä hakusanoina käytettiin ”involvement ja ”participation”, koska ulkomaisessa tutkimuskirjallisuudessa käytetään kumpaakin käsitettä määrittelemään potilaan osallisuuden ilmenemistä. Hoitoon sitoutumisen englanninkielisinä hakusanoina käytettiin ”adherence” ja ”self-management”, koska molemmat käsitteet sisältävät ajatuksen potilaan aktiivisesta ja tavoitteellisesta toiminnasta yhdessä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.

Tiedonhaku rajattiin koskemaan yli 18 -vuotiaita, koska kehittämistyössä keskityttiin aikuisten munuaispoliklinikapotilaiden ohjauksen kehittämiseen. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin mukaan tutkimuksia munuaispotilaan sairauden kaikista vaiheista, koska haluttiin saada mahdollisimman laaja-alaisesti tietoa potilaan ohjauksen kehittämisen pohjaksi. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin mukaan muiden pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaukseen liittyviä julkaisuja, koska haluttiin saada monipuolista tutkimustietoa kroonista sairautta sairastavan potilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämiseksi.

Tutkimusten tiedonhaku rajattiin vuosille 2005–2015, koska kirjallisuuskatsaukseen haluttiin saada mukaan mahdollisimman uutta tietoa potilasohjauksesta, sillä viimeisimmissä tutkimuksissa on tullut esille potilaan aktiivisen roolin merkitys omahoidon toteutumisessa. Keskeisten käsitteiden (osallisuus ja voimaantuminen) määrittelyyn hyväksyttiin myös vanhempaa kirjallisuutta. Mukaan otettavien tutkimusten kieliksi

rajattiin suomi ja englanti, koska alustavien hakujen perusteella todettiin tällä kielirajauksella löytyvän runsaasti aiheeseen liittyvää tutkimustietoa. Tutkimus tuli olla saatavissa Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit esitetään taulukossa 2. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksen kohteena on munuaispotilaan tai potilaan osallisuus tai ohjaus	Tutkimuksen kohteena ei ole munuaispotilaan tai potilaan osallisuus tai ohjaus
Tutkimuksen kohteena on aikuinen munuaispotilas/potilas (yli 18-vuotias)	Tutkimuksen kohteena on lapsi tai nuori (alle 18-vuotias)
Julkaisu on tieteellinen tutkimus/artikkeli	Julkaisu ei ole tieteellinen tutkimus/artikkeli
Julkaisuvuosi on 2005-2015	Julkaisuvuosi on muu kuin 2005-2015
Julkaisukieli on suomi tai englanti	Julkaisukieli ei ole suomi tai englanti
Tutkimus on saatavissa Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta	Tutkimus ei ole saatavissa Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista eikä tilattavissa kaukopalvelusta

Tutkimusten kielen rajaaminen suomen ja englannin kieleen mahdollisesti rajasi tutkimuksen ulkopuolelle relevantteja munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta käsitteleviä tutkimuksia. Ulkomaisista tietokannoista käytettiin tässä kirjallisuuskatsauksessa vain Cinahl ja Cochrane-tietokantoja, joten on mahdollista, että sen vuoksi ei tavoitettu kaikkea saatavilla olevaa aiheeseen liittyvää tutkimuskirjallisuutta.

Tietokantahaut tuottivat ennen tietokantarajauksia yhteensä 5053 artikkelia. Tietokantahaussa löydetty tutkimusten viitteet rajattiin ensin tutkimusten julkaisuvuoden, tutkittavien iän ja julkaisukielen mukaan. Tässä vaiheessa poistettiin havaitut kaksoiskappaleet. Tämän jälkeen tutkimusten viitteet käytiin läpi otsikon perusteella ja katsaukseen valittiin sisäänottokriteerit täyttävät viitteet. Sama menetelmä toistettiin abstraktien ja koko tekstien suhteen. Kokotekstin perusteella katsaukseen valittiin 28 artikkelia. Tietokantahakua täydentävän manuaalihaun avulla löydettiin 12 artikkelia. Lopulliseen tarkasteluun valikoitui 40 artikkelia. Hakuprosessi kuvattiin vaiheittain, jolloin se lisää integroidun kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Yhteenvedo tiedonhakuprosessista esitetään liitteissä 1 ja 2. (Liite 1 ja Liite 2.)



### *Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta*

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli selvittää aikaisemman hoitotieteellisen tutkimuksen valossa millaista on munuaispotilaan ja potilaan osallisuus sekä sitä vahvistava ohjaus, miten sitä voi toteuttaa ja mitkä ovat osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämistarpeet. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valittiin lähempään tarkasteluun tieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia sekä kirjallisuuskatsauksia. Valittujen tutkimusten analyysi aloitettiin tarkastelemalla tutkimuksia yksitellen. Tutkimuksista poimittiin seuraavat tiedot: tekijä(t), julkaisuvuosi, maa, tutkimusasetelma, tutkimuksen tarkoitus, aineisto, tutkimusmenetelmät ja keskeiset tulokset. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena löydettyjä tutkimuksia ja tieteellistä kirjallisuutta hyödynnetään munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjausmallin laadinnassa. Valituille artikkeleille ei tehty laadunarviointia, koska keskeistä mukaan ottamisessa oli, että artikkelissa kuvattiin potilaan osallisuutta tai ohjausta. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten keskeiset tulokset esitetään liitteessä 3. (Liite 3.)

## 4.2 Potilaan osallisuus

### 4.2.1 Osallisuuden käsitteellistä määrittelyä

Potilaan osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participation) ovat toistensa lähi-käsitteitä. Niitä käytetään myös toistensa synonyymeinä. Osallistuminen tarkoittaa läsnäoloa muiden määrittelemässä ja suunnittelemassa tilanteessa. Osallisuus on osallistumista laajempi ja vastavuoroisempi ilmiö. Osallistuminen tuottaa kuitenkin osallisuuden kokemuksia, sillä osallistuminen mahdollistaa vaikuttamisen. Osallisuus ja osallistuminen nivoutuvat toisiinsa. Osallisuutta ei ole ilman osallistumista. (Kujala 2003, 47, 49; Thompson 2007, 1306, 1308; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2009, 50–53, 67.) Osallisuus ja sen edistämisen merkitys terveyttä tuottavana tekijänä on 2010-luvulla kirjattu moniin lakeihin ja tunnustettu monissa julkisen hallinnon ohjelmissa ja strategioissa. Laeissa, asiakirjoissa ja ohjelmissa osallisuuden käsitettä ei ole avattu konkreettisesti. Ei ole yksiselitteistä määrittelyä siitä, mitä osallisuus tarkoittaa ja minkä edellytyksien tulee osallisuudessa täytyä. Osallisuus on abst-

rakti käsite, jonka määrittely on haastavaa, sillä siihen sisältyy yksilön kokemus tilanteesta ja asiasta. Osallisuutta voidaan luonnehtia osallistumisen mahdollistamana tunneperustaisena ja yhteenkuuluvuuteen pohjautuvana kokemuksena, jossa yksilön on mahdollista vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin sekä toimia siinä aktiivisesti ja sitoutuneesti. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 50, 53–56; European Commission 2012.)

Thorarinsdottirin ja Kristjanssonin (2014, 136–139) käsiteanalyysin mukaan osallisuus merkitsee potilaan tasa-arvoista ja kunnioittavaa kohtelua sekä tiedon, päätöksenteon ja vastuun jakamista. Tässä kehittämistyössä osallisuudella tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta osallistua voimavarojensa mukaan omaan hoitoon liittyvään suunnitteluun, toteutukseen, päätöksentekoon ja arviointiin tasavertaisena kumppanina terveydenhuollon ammattilaisten rinnalla sekä hänen oman elämänsä asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä (Kujala 2003, 141–142; Laitila 2010, 138, 146–147; Morrow, Ross, Grocott & Bennet 2010, 532–534; Thorarinsdottir & Kristjansson 2014, 136–139). Kehittämistyössä potilaan osallisuus omassa hoidossaan nähdään olevan yhteydessä ja limittyvän hoitoon sitoutumisen ja omahoidon, voimaantumisen sekä itsemääräämisen käsitteisiin.

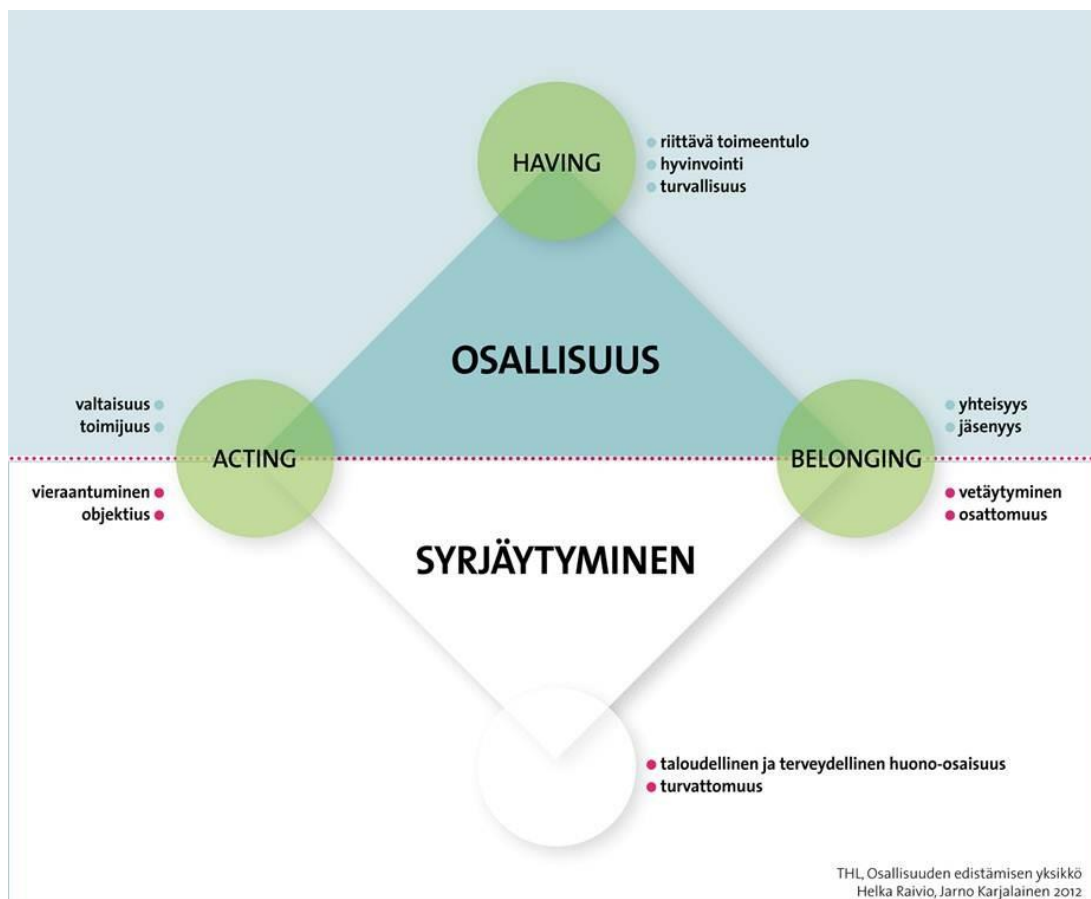
Osallisuus on moniulotteinen käsite, jota voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan näkökulmista. Osallisuus voidaan nähdä kattomääritelmänä, joka voi sisältää erilaisia näkökulmia. Yksilön kokemuksena osallisuus ymmärretään tunteena, joka syntyy vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Yhteisöissä osallisuus ilmenee yksilöiden välisenä arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena sekä mahdollisuutena vaikuttaa omassa yhteisössä. Yhteiskunnassa osallisena oleminen tarkoittaa, että jokaisella on mahdollisuus terveyteen, koulutukseen, työhön, toimeentuloon, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. (Raivio & Karjalainen 2013, 11, 13–15.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa yksilötason osallisuus voidaan määritellä kokemukseksi mahdollisuudesta vaikuttaa omaan hoitoon, lähiympäristöön ja palveluihin (Kujala 2003, 47–49; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2009, 50; Raivio & Karjalainen 2013, 16–17). Osallisuuden kokemus syntyy kun ihmisessä herää tietoisuus ja mahdollisuus muutoksen ja vaikuttamisen mahdollisuudesta. Se toteutuu parhaiten silloin, kun ihminen kokee kuuluvansa johonkin yhteisöön, jossa tulee kuulluksi, ymmärretyksi ja joka tukee oman identiteetin rakentumista ja eheyttä. Osallisuudessa ihminen

kokee itsensä toimijaksi eikä toimenpiteiden kohteeksi. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqwis 2009, 50.)

Osallisuuden lähtökohtana voidaan nähdä olevan tasavertainen vuorovaikutus, johon sisältyy mielipiteiden ilmaisua ja yhteistä päätöksentekoa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä. Osallisuus syntyy, kehittyy ja vahvistuu osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen myötä. Jokaisessa potilaskohtaamisessa välittyy hoitohenkilöstön asenne ja suhtautuminen potilaan osallisuuteen. Osallisuudessa potilas saa tukea mielipiteidensä ilmaisemiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon, jolloin se kasvattaa potilaan vastuuta omasta hoidostaan. Aktiivinen osallistuminen hoitovaihtoehtojen pohdintaan ja hoitojen ja toimenpiteiden suunnitteluun sitouttaa potilasta omahoidon toteutukseen. Potilaan oman vastuun lisääntyessä kasvaa myös valta hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Osallisuus rakentuu portaittain ja lähtökohtana on se, että potilasta kuunnellaan ja että hän voi ilmaista mielipiteitään. Potilaan näkemykset ja mielipiteet otetaan huomioon, ja hänet nähdään kykyjensä ja terveytensä asettamissa rajoissa aktiivisena toimijana hoitotilanteessa. (Kettunen & Kivinen 2012, 40–42.)

Laitilan (2010,138) mukaan osallisuus tarkoittaa palveluiden käyttäjien asiantuntijuiden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Riittävä tieto ja tuki, yhteinen päätöksenteko, potilaan valinnan mahdollisuus ja potilaan mielipiteen arvostaminen liittyvät osallisuuden kokemukseen. Kujalan (2003, 142) mukaan olennaista ihmisen osallisuudessa omaan hoitoonsa on tuki omahoidolle ja omalle selviytymiselle, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, arvostava kohtelu, yhteistyö, kumppanuus ja mahdollisimman tasavertainen vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitohenkilöstön välillä.

Raivion ja Karjalaisen (2013, 16–17) mukaan osallisuus tarkoittaa, että 1) ihmisellä on käytössään riittävät aineelliset resurssit toimeentuloon ja kokemukseen hyvinvoinnista ja turvallisuudesta, 2) hän on omaa elämäänsä koskevassa päätöksenteossa toimija ja kokee pystyvänsä vaikuttamaan omiin asioihinsa ja 3) hänellä on sosiaalisesti merkittäviä ja tärkeitä suhteita, joiden kautta voi kokea yhteisöllisyyttä ja jäsenyyttä. Tämän määritelmän mukaan osallisuus nähdään syrjäytymisen vastaparina. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen 2013, 17)

Raivion ja Karjalaisen (2013, 16–17) määritelmä osallisuudesta nivoutuu tässä kehittämistyössä valittuun potilaan osallisuuden määritelmään. Tässä kehittämistyössä potilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohtina nähdään yhteiskunnan kaikille osallisuuden mahdollistavat rakenteet (lainsäädäntö, terveydenhuollon arvoperusta, terveyden edistämisen ohjelmat ja asiakirjat, terveydenhuolto, koulutusjärjestelmä, sosiaaliturva), toimintaorganisaatioon (hyvän hoidon ja palvelun tuottamiseen liittyvät arvot ja potilaspalautejärjestelmä), hoitotyön asiantuntijoihin (ammattillinen osaaminen, tiedontarpeisiin perustuva ohjaus, potilaslähtöisyys, sairauden ennuste, arvot ja asenteet, ohjaustiedot ja – taidot, vastavuoroinen ohjaussuhde, läheisten huomiointi, ohjausmenetelmät ja – materiaalit, moniammatillinen yhteistyö ja ohjauksen kirjaaminen) ja potilaaseen liittyvät osallisuuden lähtökohdat (yksilölliset tiedontarpeet, terveydenlukutaito, itsemäärääminen, valinnanvapaus, sosiaalinen verkosto, vastavuoroinen ohjaussuhde, ohjauksen oikea-aikaisuus, riittävä ohjausaika, hoitoon sitoutuminen, voimaantuminen, jaettu päätöksenteko ja kumppanuus).

Kehittämistyössä osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohdat nähdään perustana, jonka pohjalta jokainen potilas on yksilönä terveydenhuoltojärjestelmässä. Jokaisen potilaan tilanne on ainutlaatuinen. Hänellä on takanaan eletty elämä, johon liittyvät tilanteet ja kokemukset vaikuttavat vallitsevaan tilanteeseen. Osallisuus ei ole pysyvä kokemus tai tila, vaan kokemus, joka vaihtelee vallitsevien olosuhteiden ja sairauden vaiheen mukaan. Potilaan osallisuuden kokemukseen omassa hoidossaan vaikuttavat potilaan tilanteessa tapahtuvat muutokset, ikä- ja elämänvaihe, ohjauksen ja ohjaavan henkilökunnan resurssit ja muutokset sekä yhteiskunnan osallisuutta vahvistavien rakenteiden ja mahdollisuuksien hyödyntäminen yksilön elämässä. (Kujala 2003, 141–142; Laitila 2010, 88–92; Raivio & Karjalainen 2013, 15.) Kehittämistyössä osallisuuden vahvistamisella tarkoitetaan potilaan käytännön osallistumismahdollisuuksien luomista, tarjoamista ja edistämistä tukemalla potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta osallisuutta vahvistavilla ohjausmenetelmillä (omahoitolomake, motivoiva haastattelu ja ohjaus internet-sivuille). Osallisuuden vahvistamisella pyritään siihen, että potilas kokee olevansa toimija omassa hoidossaan.

#### 4.2.2 Osallisuuden ulottuvuudet

Osallisuus voidaan jaotella tieto-, suunnittelu-, toiminta-, päätös- ja arviointiosallisuuden. Osallisuuden vahvistuminen edellyttää näiden kaikkien ulottuvuuksien huomioimista potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Kiinnittämällä huomiota osallisuuden ulottuvuuksien toteutumiseen voidaan vahvistaa laaja-alaisesti potilaan kokemusta oman hoitonsa hallinnasta sekä siihen liittyvästä vaikutus- ja muutosmahdollisuudesta. (Kettunen & Kivinen 2012, 40; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 51–53; Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589.)

Tieto-osallisuus kuvaa potilaan mahdollisuuksia ja oikeutta tiedon saamiseen ja tuottamiseen. Se tarkoittaa sitä, että potilaan saatavilla on tietoa kaikista niistä asioista, jotka koskevat häntä, ja joista hän on oikeutettu tietämään. Potilaalla on oikeus saada tietoa palveluista ja niihin pääsyn edellytyksistä. Potilasta kuullaan ja varmistetaan, että hän on saanut ja ymmärtänyt tiedon. Potilaalla on oikeus saada omaa hoitoaan koskevaa tietoa esteettömästi. Tieto-osallisuus edellyttää palveluilta kohtaamista,

kuuntelemista ja kysymistä, potilaan hyväksymistä omana itsenään, potilaan mielipiteiden ja tietojen arvostamista ja vuorovaikutuksen osaamista. Tieto-osallisuus on edellytys, sille että potilas voi päästä mukaan niihin prosesseihin, joissa hänen asioistaan päätetään. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 51; Kettunen & Kivinen 2012, 40; Leemann & Hämäläinen 2016, 588.)

Suunnitteluosallisuus liittyy asioiden valmisteluvaiheeseen, jossa potilas osallistuu häntä itseään koskevan toiminnan suunnitteluun ja ottaa siihen kantaa. Potilaalla on vaikuttamismahdollisuus omaan hoitoonsa liittyviin asioihin. Suunnitteluosallisuus edellyttää potilaan asiantuntemuksen, toiveiden ja mielipiteiden kuulemista ja hyväksymistä sekä palveluiden ammattilaisten vuorovaikutusosaamista. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 52; Kettunen & Kivinen 2012, 40; Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589.)

Toimintaosallisuus kuvaa potilaan omaa osallistumista toimintaan eli toimijuutta. Toimintaosallisuus edellyttää palveluissa todellisten toimintamahdollisuuksien luomista ja esteettömyyttä, jossa osallisuus tehdään mahdolliseksi toiminnassa yhdessä muiden kanssa. Toimintaosallisuudessa potilas pystyy hyödyntämään tietojaan ja taitojaan ja toiminnasta on potilaalle hyötyä. Potilaalla on selkeä rooli toiminnan toteutuksessa. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 52; Kettunen & Kivinen 2012, 40; Leemann & Hämäläinen 2016, 588.)

Päätösosallisuus kuvaa potilaan osallistumista toiminnan sisällön toteutukseen ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa häntä itseään koskeviin päätöksiin. Päätösosallisuus edellyttää palveluissa hallinnollisia rakenteita, valan ja vastuun uudelleen jakoa asiantuntijoiden ja asiakkaiden kesken sekä mahdollisuutta myös tuettuun päätöksentekoon. Päätöksenteon yhteydessä tehdään konkreettinen päätös siitä, miten päätös toteutetaan käytännössä ja mitä se edellyttää. Potilaan näkemykset otetaan huomioon. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 52–53; Kettunen & Kivinen 2012, 40; Leemann & Hämäläinen 2016, 588.)

Arviointiosallisuus kuvaa potilas- ja käyttäjäpalautteen kulkua päättäjille ja viranomaisille ja sen huomioimista. Potilaalla on mahdollisuus arvioida palvelun ja toimin-

nan laatua. Arviointiosallisuus edellyttää palveluissa hallinnollisia rakenteita ja organisaation valmiutta tarvittaessa muuttaa rakenteita palautteen pohjalta. (Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589.) Satakunnan sairaanhoitopiirissä on käytössä kirjallinen potilaspalautejärjestelmä, jossa palautelomakkeen voi palauttaa kaikissa organisaation yksiköissä olevaan potilaspalautelaatikkoon. Potilaspalautteen voi antaa myös sähköisesti Satakunnan sairaanhoitopiirin internet-sivuilla. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2016.)

#### 4.2.3 Potilaan osallisuus omassa hoidossaan

##### *Potilaan osallisuuden ilmeneminen*

Laitila (2010) on tutkimuksessaan asiakkaiden osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä todennut, että potilaiden valmiudet olla osallisina ovat hyvin erilaisia. Tämän vuoksi tarvitaan erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. Hoitotyössä on tilanteita, jolloin potilas on oikeutetusti hoidettavana ja hoitotyöntekijällä on tällöin velvollisuus hoitaa ja tehdä ratkaisuja potilaan puolesta. Tavoitteena on kuitenkin aina potilaan mahdollisimman suuri osallisuus, itsemäärääminen ja voimaantuminen. (Laitila 2010, 184.) Osallistuakseen omaa elämäänsä ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon potilas tarvitsee hoitohenkilökunnan tarjoamaa tietoa, taitoa ja tukea. Hoitohenkilökunnan asema on tärkeä potilaan osallisuuden vahvistamisessa ja juurruttamisessa käytäntöön. Jokaisessa työyhteisöissä pitäisi pohtia ja konkretisoida sitä, mitä osallisuus tarkoittaa kyseisen hoitoyksikön käytännön hoitotyössä ja miten se toteutuu. Tällä menettelytavalla osallisuus siirtyy periaatteiden ja strategioiden tasolta luonnolliseksi osaksi hoitotyötä. (Laitila & Pietilä 2012, 22–31.) Laitilan (2010, 184) tutkimuksessa osallisuus toteutui kolmella eri tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen ja 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen.

Kasevan (2011) tutkimuksessa havaittiin osallisuuden prosessimainen kehittyminen. Tutkimuksessa saatiin selville neljä osallisuuden astetta, jossa osallisuuden asteiden kasvaessa nähtiin asiakkaan ja potilaan aktiivisuuden lisääntyminen. Osallisuuden kehittymisen asteet matalimmasta korkeimpaan ovat 1) asiakas palvelujen kohteena, 2) asiakas palautteen antajana, 3) asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä

ja 4) asiakas aktiivisena palveluiden kehittäjänä. Tutkimustulosten mukaan voimaantumisen ja itsemäärääminen ovat keskeisiä tekijöitä asiakkaan osallisuuden asteen muutoksessa. (Kaseva 2011, 2, 44.)

Valkaman (2012) tutkimuksen mukaan osallisuuteen liitetään usein aktiivisuuden käsite. Aktiivisuus vaatii jonkinlaista itsenäisyyttä, riittävää tieto- ja taitotasoa sekä voimavaroja. Kaikilla näitä ei ole. Jokaisella tulee kuitenkin olla oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Kaikkien aito osallisuus edellyttää erilaisten vaikuttamistapojen mahdollisuutta, jolloin jokainen voi osallistua ja olla osallinen haluamallaan tavalla omien voimavarojensa mukaan. (Valkama 2012, 56–57, 69, 78–80.)

Osallisuudessa ihminen on voimaantunut toimija, jolla on kyky tuoda ilmi ja arvioida toiminnalle asetetut tavoitteet ja niiden toteutuminen. Osallisuutta syntyy yhteistyöstä ja yhteisöllisyydestä. Osallisuudessa korostuu mahdollisuus toimimiseen, ja tämä omaehtoisuuden kokemus on osallisuuden vahvistumisen perusta. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2009, 50, 54, 120–121.) Potilaan osallisuuden omassa hoidossaan on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä ja hoidon tuloksellisuutta pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa, ainakin diabetes-, reuma- ja masennuspotilaiden hoidossa (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz 2010; 482, 488).

#### *Munuaispotilaan osallisuuden ilmeneminen*

Tutkimusten mukaan munuaispotilaiden osallisuuden ilmeneminen liittyy läheisesti hoitoon sitoutumiseen ja voimaantumiseen. Useat tutkimukset osoittavat, että potilaan yksilöllinen kohtaaminen ja kyseisen hetken tarpeita vastaava ohjaus lisäävät munuaispotilaan hoitoon sitoutumista ja omahoidon hallintaa. (Constantini ym. 2008, 149–152; Cueto-Manzano ym. 2010, 100–102; Chen ym. 2011, 3563; Walker ym. 2011, 405–406; Heino 2012, 38–40; Urstad, Qyen, Andersen, Moum & Wahl ym. 2012b, 249), voimaantumista, hallinnan tunnetta, ymmärrystä, tiedon määrää ja päätöksentekoa (Rantanen ym. 2008, 254; Chiou ym. 2011, 1226–1227; Nygårdh ym. 2011, 899–901; Urstad, Whal, Andersen, Oyen & Fagermoen 2012a, 635–642; Urstad ym. 2012b, 249; Shi ym. 2013, 1192–1196; Walker ym. 2013, 118–119; Eloranta ym. 2014, 6–8; Palmer ym. 2015, 566–570) sekä vähentää epävarmuutta, pelkoa ja ahdistusta (Chiou ym. 2011, 1226–1227; Urstad ym. 2012b, 249; Lee ym. 2013, 364–365; Palmer ym. 2015, 599.)



Perheellä ja läheisillä on keskeinen merkitys munuaispotilaan voimaantumisen ja hoitoon sitoutumiselle (Rantanen ym. 2008, 252; Heino 2012, 39; Eloranta ym. 2014, 7; Murray ym. 2009, 155; Palmer ym. 2015, 564). Perheen ja läheisten tieto ja ymmärrys munuaissairaudesta sekä hoidon merkityksestä ovat tilanteeseen sopeutumista ja voimaantumista edistäviä tekijöitä (Eloranta ym. 2014, 7). Perheen, läheisten ja ystävien olemassaolo sekä ylipäättään ihmissuhteiden säilyminen ovat merkittäviä voimaantumista edistäviä tekijöitä kroonista munuaissairautta sairastaville, koska sairauden etenemiseen liittyy usein sosiaalisen elämän kapeutuminen sairauteen liittyvän fyysisen ja psyykkisen jaksamisen heikentymisen myötä (Murray ym. 2009, 155; Heino 2012, 39; Lee ym. 2013, 365–368; Palmer ym. 2015, 564–566).

Munuaispotilaisiin kohdistuvissa tutkimuksissa nousee esille vertaistuen merkitys potilaan voimaantumisen tunteeseen, pystyvyyteen ja sairauden vaatiman tilanteen hoitoon sopeutumiseen (Hughes, Wood & Smith 2009, 400–402; Eloranta ym. 2014, 7–8). Rantasen ym. (2008, 252) tutkimuksessa nousi esille eläkkeelle jääneiden tarve vertaistukeen, joka mahdollisesti liittyy kaventuneeseen sosiaaliseen elämänpiiriin. Vertaistukeen liittyvistä asioista saatiin riittämättömästi tietoa (Rantanen ym. 2008, 252; Eloranta ym. 2014, 8). Samassa tilanteessa olevien ja/tai saman asian kokeneiden kohtaaminen ja kokemusten vaihto ovat olennaisia asioita sairauden sopeutumisen, voimaantumisen ja omahoidon hallinnan kannalta. Voimaantumista edistäviä tekijöitä ovat vertaistukijoilta saatu konkreettinen tieto hoidosta ja henkinen tuki (Hughes ym. 2009, 400–405; Eloranta ym. 2014, 7.) Lisäksi vertaistukijat edustivat hyvää, kannustavaa roolimallia sairauden kanssa selviytymisestä ja tulevaisuuden toivoa. Vertaistuksesta saatu konkreettinen ja käytännönläheinen, kokemukseen perustuva tieto tuki munuaispotilaan hoitoon liittyvää päätöksentekoa ja voimisti potilaan luottamusta omaan itseensä tilanteen ja hoidon hallitsijana. (Hughes ym. 2009, 401–403.)

### 4.3 Potilasohjaus osallisuuden vahvistajana

#### 4.3.1 Potilasohjauksen käsitteellistä määrittelyä

Tässä kehittämistyössä käytetään synonyymeinä käsitteitä ohjaus ja potilasohjaus. Niillä tarkoitetaan potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön aktiivista ja tavoitteellista vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjaus on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa sekä perustuu hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen. Ohjauksessa potilas nähdään aktiivisena osallistujana ja päätöksentekijänä. Hoitohenkilökunnan rooli on tukea potilasta aktiivisuuteen, tavoitteellisuuteen, päätöksentekoon ja vastuun ottoon omassa hoidossaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 254–255; Kääriäinen 2007, 105, 116–117; 2008, 10; Andersson & Funnel 2010, 278; Höglund ym. 2010, 485–486.) Potilasohjauksella voidaan vahvistaa potilaan osallisuuden kokemusta omassa hoidossaan (Höglund ym. 2010, 482). Potilasohjaus on käsitteenä moniulotteinen. Potilaan ohjauksen rinnakkaiskäsitteinä käytetään neuvontaa, tiedon antamista, informointia ja opetusta. Käsitteiden erot liittyvät muun muassa tilanteen keston, osallistujien aktiivisuuteen ja tavoitteisiin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 253; Eloranta & Virkki 2011, 19–22.)

Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään lisäämään potilaan terveyttä ja hoitamista koskevaa tietoa, ymmärrystä ja itsenäistä tietoon perustuvaa päätöksentekoa. Ohjauksella tuetaan potilasta ja hänen läheisiään terveyteen liittyvien ongelmien ja omahoidon hallinnassa sekä vahvistetaan hoitoon osallistumista ja terveyttä koskevien päätösten tekoa. (Kääriäinen 2007, 117.) Ohjauksen onnistumiseksi sen tulisi olla potilaslähtöistä ja yksilöllistä potilaan tiedon- ja ohjaustarpeisiin perustuvaa (Johansson, Salanterä & Katajisto 2007, 88–90; Isola ym. 2007, 59–60; Kääriäinen 2007, 121–122; Rankinen ym. 2007, 115–116; Eloranta, Katajisto, Savunen & Leino-Kilpi 2009, 15–17), ja siinä tulisi hyödyntää erilaisia ohjausmenetelmiä, koska potilaat muistavat, käsittelevät ja jäsentävät tietoa eri tavoilla (Isola ym. 2007, 60; Kääriäinen 2007, 119). Potilaan elämänhallinnan vahvistumisen ja voimavaraistumisen mahdollisuus (Rankinen ym. 2007, 117–118) sekä osallisuuden kokemus (Höglund ym. 2010, 487–488) on suurempi, kun hänen tiedolliset odotuksensa ja potilasohjauksessa saamansa tieto ovat lähellä toisiaan.

Potilaan ohjausprosessin osa-alueet ovat ohjaustarpeen määrittely, ohjauksen suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ohjausprosessi toteutuu potilaan hoidon kaikissa vaiheissa. (Lipponen, Kyngäs, & Kääriäinen 2006, 10.) Ohjaukselle asetettujen tavoitteiden on tärkeää olla realistisia, konkreettisia, mitattavia ja ne tulee kirjata ylös. Potilaan ja hoitohenkilökunnan yhdessä asettamien tavoitteiden tulisi olla sidoksissa potilaan elämäntilanteeseen, sillä ristiriitaiset tavoitteet heikentävät fyysistä ja psyykkistä vointia. (Kyngäs ym. 2007, 75.) Ohjauksen kirjaaminen varmistaa hoidon jatkuvuuden ja vähentää päällekkäistä ohjausta (Eloranta & Virkki 2011, 27). Potilasohjaus on aikaan sidoksissa olevaa moniammatillista yhteistyötä. Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää asiasisällön, ajankohdan, ohjauspaikan ja aikaresurssien suunnittelua. (Peltoniemi 2007, 91–98.) Potilasohjauksen toteuttamiseksi on olemassa erilaisia potilasohjausmalleja (Lipponen ym. 2006, 10).



Kuvio 2. Potilasohjausprosessi (Lipponen ym. 2006, 10)

Potilaslähtöisessä ohjausmallissa potilas ymmärretään moniulotteisena kokonaisuutena, joka toimii aktiivisesti oman hoitonsa tavoitteen asettamisessa tasa-arvoisesti ammattilaisen kanssa. Potilaan omien voimavarojen tukeminen edellyttää, että potilasohjauksessa käytettävä tieto on moniulotteista. Ohjauksen toteutumisessa potilaan omat odotukset ja näkemykset määrittävät sekä ohjausprosessin sisältöä että menetelmiä. Lisäksi edellytyksenä on, että potilas toimii tasa-arvoisessa suhteessa ammattilaiseen, aktiivisesti omien voimavarojensa mukaisesti oman hoitonsa tavoitteen asettamisessa sekä ongelmanratkaisijana että päätöksentekijänä. (Heikkinen, Leino-Kilpi, Nummela, Kaljonen & Salanterä 2008, 272–276; Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 4.)

Ohjaustilanteessa on kaksi asiantuntijaa, ohjaaja terveydenhuollon ammattilaisena ja potilas oman elämänsä sekä omahoitonsa asiantuntijana. Hoitajalla on vastuu potilaan valintojen edistämisestä, mutta potilas tekee aina ratkaisunsa itse. (Eloranta & Virkki 2011, 27.) Potilaan näkemysten ja kokemusten huomioiminen ohjaustilanteessa on välttämätöntä vuorovaikutteisen ohjaussuhteen syntymiseksi (Lipponen ym. 2006, 24–25). Useat tutkimukset osoittavat, että pitkäaikaissairaiden ohjaus ei aina vastaa heidän yksilöllisiä tarpeitaan (Kääriäinen 2007, 104–105; Peltoniemi 2007, 51–55; Rantanen ym. 2008, 252–253; Eloranta ym. 2010, 6–8; Eloranta ym. 2014a, 6–8, Hättönen 2010, 54–55; Makkonen ym. 2010, 137–138; Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206–207; Kaakinen 2013, 45–47). Potilasohjauksen on todettu olevan puutteellista potilaan osallisuuden merkityksestä, sen toteutumisen mahdollisuuksista ja osallisuuden hyödyistä potilaan terveyden edistämisessä (Höglund ym. 2010, 485–487; Laitila 2010, 150–153 Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunnigberg & Wadensten 2011, 230–232).

#### 4.3.2 Tiedontarpeet potilasohjauksen lähtökohtana

Potilaan laadukas ohjaus pohjautuu potilaan tiedontarpeisiin (Kääriäinen 2007, 122; 2008, 12, 14). Potilaan tiedontarpeet ovat yksilöllisiä ja kohdistuvat sairauteen, sen hoitoon, hoidon ja sairauden vaikutuksiin sekä niistä selviytymiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 210; Isola ym. 2007, 57; Rankinen ym. 2007, 117–118; Kaakinen 2013, 51). Ohjausprosessin lähtökohta on potilaan tiedontarpeiden määrittäminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 210; Lipponen ym. 2006, 10). Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulee tietää, mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras menetelmä omaksua tietoa (Kyngäs ym. 2007, 11, 47). Tiedollisten odotusten arviointi selkeyttää potilaan terveysongelman kokonaiskuvaa, mahdollistaa ohjauksen suunnittelun ja toteuttamisen potilaan kiinnostuksen ja tarpeiden mukaisesti. Lisäksi tiedontarpeiden arviointi tukee potilaan osallistumista hoitoon, päätöksentekoon ja vahvistaa koettua hallinnan tunnetta. (Heikkinen ym. 2007, 276–278; Rankinen ym. 2007, 115–118 ; Rantanen ym. 2008, 252–254 ; Ryhänen ym. 2012, 228–231; Walker ym. 2013, 118–119; Eloranta ym. 2015, 19–20.)

Useissa tutkimuksissa on todettu, että ikä, sukupuoli, siviilisäätö ja koulutustaso ovat yhteydessä potilaan tiedontarpeisiin sekä arvioihin ohjauksesta ja tiedonsaannista (Kääriäinen 2007, 79, 88; Rankinen ym. 2007, 116–117). Lisäksi terveydenhuollon käynnin luonteella (päivystyskäynti/suunniteltu käynti) (Kääriäinen 2007, 79; Fröjd ym. 2011, 231) ja käynnin sujuvuudella (Eloranta ym. 2009, 16) on todettu olevan yhteys arvioihin ohjauksesta ja tiedonsaannista. Potilaiden tiedontarpeisiin ja -saantiin kohdistuvia tutkimuksia on tehty pitkäaikaissairauksia sairastavilla potilailla muun muassa munuaispotilailla (Rantanen ym. 2008; Hughes ym. 2009; Urstad ym. 2012a; Eloranta ym. 2014), kirurgisilla potilailla (Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Heikkinen 2011; Eloranta ym. 2015), kuulopotilailla (Koski-Pärnä 2012), avannepotilailla (Eloranta ym. 2010), nivelrikkopotilailla (Pellinen 2014), astmapotilailla (Suominen 2010), aivoverenkiertohäiriöpotilailla (Uusitalo 2009) ja syöpäpotilailla (Pesonen 2012; Hautamäki-Lamminen 2012). Pitkäaikaissairaiden tiedontarpeet vaihtelevat sairauden tilanteen mukaan (Rantanen ym. 2008, 252–254 ; Eloranta ym. 2014, 7). Tiedollisten tarpeiden arvioinnin yhteydessä korostuu myös terveydenlukutaidon tason merkitys potilaan kyvyssä käsitellä ja omaksua terveyteen liittyvää tietoa omahoitoon hallitsemiseksi (Campbell & Duddle 2010, 27–29; Walker ym. 2013, 118).

Rantasen ym. (2008) pre-, hemo- ja peritoneaalidialyysipotilaisiin kohdistuvassa tutkimuksessa todettiin, että potilaat odottivat monialaista tietoa ja tukea eri ammattiryhmiltä hoidon onnistumiseksi. Potilaat kokivat biofysiologisen, toiminnallisen ja eettisen tiedon tärkeimmiksi tiedontarpeen osa-alueiksi. Potilaiden taustatekijöistä muun muassa ikä, työllisyysasema, hoitomuoto ja hoidossaoloaika olivat yhteydessä tiedontarpeeseen. (Rantanen ym. 2008, 251–254.) Elorannan ym. (2014) dialyysipotilaisiin kohdistuvassa tutkimuksessa todettiin, että ohjauksessa korostui biofysiologinen ja toiminnallinen tieto. Sosiaalisen tiedon osa-alue jäi ohjauksessa huomiotta. Potilaat kaipaivat enemmän tietoa ja ohjausta potilasjärjestöjen toiminnasta, vertaistuen mahdollisuudesta, tiedonlähteistä, sosiaalityöntekijän palveluista ja läheisten mahdollisuudesta osallistua hoitoon. Miehet arvoivat tilastollisesti merkittävästi naisia useammin, että heille oli välitetty tietoa sairaudesta ja sen oireista, ruokavaliosta ja kotihoito-ohjeista. Miehet kokivat naisia useammin, että olivat saaneet tietoa infektioiden ehkäisyn toimintatavoista, opastusta siihen, kenen kanssa keskustella sairauteen liittyvistä tunteista ja milloin ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä. (Eloranta ym. 2014, 6–7.)

Hughesin ym. (2009, 400–403) predialyysipotilaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa todettiin, että vertaistuki tarjosi potilaille oikea-aikaista ja käytännöllistä tietoa sekä tukea hoitopäätöksen tekemiseen ja tilanteeseen sopeutumiseen. Urstad ym. (2012a) ja Urstad ym. (2012b) tutkimuksissa kartoitettiin äskettäin munuaissiirron saaneiden potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Hylkimisenestolääkitykseen, munuaissiirteen toiminnan turvaamiseen ja siirteen hylkimisoireisiin liittyvä tieto koettiin ensisijaisiksi selviytymistä edistäviksi asioiksi. (Urstad ym. 2012a, 635–642; Urstad ym. 2012b, 249–250.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaan yksilöllisten ja sairauden tilanteen mukaisen tiedollisten tarpeiden arviointi on edellytys onnistuneen ohjauksen toteutumiselle (Rantanen ym. 2008, 254; Hughes ym. 2009, 403–405; Urstad ym. 2012a, 635–642; Urstad ym. 2012b, 250–252; Walker ym. 2013, 119; Eloranta ym. 2014, 9).

#### 4.3.3 Potilasohjauksen laatu

Suomessa potilasohjaus on sidoksissa lakeihin, ammattikäytänteisiin ja suositus- ja ohjelmaluonteisiin asiakirjoihin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 2 luku 5 §) määrittelee, että potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Lisäksi laki määrittelee, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys tilanteesta siten, että potilas ymmärtää saamansa tiedon sisällön ja kykenee tiedon perusteella osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 1 luku 1 §) edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua varmistamalla, että laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Terveydenhuoltolaki (2010, 3 luku 24 §) korostaa potilaan asemaa oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Lain mukaan kunnan on järjestettävä sairaanhoitopalvelut, joihin sisältyy potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa tukevaa ohjausta. Potilasohjauksen toteutumiseksi hoitohenkilöstön tulee tunnistaa oma perustehtävänsä yhteiskunnassa, huomioida hoitotyön eettiset periaatteet sekä tiedostaa ja ymmärtää oma arvoperustansa työhön liittyvässä eettisessä päätöksenteossa (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996; ETENE 2001, 2002, 2010, 2011).

Laadukas potilasohjaus lähtee potilaan tiedontarpeista, rakentuu potilaan esille tuomiin asioihin sekä huomioi hänen taustatekijänsä (Kääriäinen 2007, 117). Laadukas ohjaus edellyttää asianmukaisia toimintaedellytyksiä, jotka rakentuvat hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksista, potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista ja ohjauksen toteutuksesta. Hoitohenkilöstön tiedot, taidot, arvot ja asenteet vaikuttavat ohjauksen laatuun. (Kääriäinen 2007, 115–117; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 551–553; Kaakinen 2013, 51–52, 61.) Ohjauksen laatua korostaa myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994, 3 luku 18 §), joka velvoittaa terveydenhuoltohenkilöstöä jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen, ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaan liittyviin säännöksiin ja määräyksiin.

Ohjauksen laatua voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Ohjauksen laatua on tutkittu esimerkiksi henkilökunnan ohjausosaamisen näkökulmasta (Johansson ym. 2007; Peltoniemi 2007; Kääriäinen & Kyngäs 2010; Eloranta ym. 2014; Lipponen 2014), potilaiden kokemuksen (Isola ym. 2007; Hughes ym. 2009; Eloranta ym. 2010; Makkonen ym. 2010; Lunnela 2011; Mattila 2011; Heino 2012; Nygårdh ym. 2012; Kaakinen 2013) ja osallisuuden näkökulmista (Höglund ym. 2010; Laitila 2010; Fröjd ym. 2011).

Tutkimukset osoittavat, että laadukkaan ohjauksen sisällöstä on erilaisia näkemyksiä riippuen siitä mistä näkökulmasta asiaa tarkastellaan (Kääriäinen 2007, 115–117; Mäkeläinen 2009, 67–70; Kaakinen 2013, 51–59). Useat tutkimukset osoittavat kuitenkin yksimielisyyden siitä, että laadukkaan ohjauksen tulee tukea potilaan omahoitoa, aktiivisuutta ja vastuun ottamista omasta hoidostaan sekä sisältää tukea myös omaisille ja läheisille (Kääriäinen 2007, 115–117; Mäkeläinen 2009, 63–64; Andersson & Funnell 2010, 278–279; Höglund ym. 2010; Fröjd ym. 2011, 232–234; Lunnela 2011, 84–86; Kaakinen 2013, 69).

Höglundin ym. (2010) tutkimuksessa tutkittiin aikuispotilaiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä osallisuuden toteutumisesta sydäninfarktipotilaan sairaalahoidon aikana. Tulokset osoittivat, että sekä potilaat että henkilökunta olivat epä tietoisia osallisuuden

käsitteen merkityksestä. Osallisuuden positiivisina vaikutuksina potilaat pitivät hoitoon sitoutumisen lisääntymistä ja henkilökunnan mielestä osallisuus lisäsi potilaiden turvallisuuden, kontrollin ja hoidon vaikuttavuuden tunnetta. Osallisuuden toteutumisen esteiksi potilaat arvioivat ohjausajan puutteen, sairauden tilanteeseen liittyvän henkilökohtaisen stressin, potilaan kyvykkyyden vaikeissa päätöksissä ja tiedon puutteen potilaan oikeuksista osallisuuteen. Henkilökunnan arvioiden mukaan osallisuuden esteitä olivat kulttuuriset erot, sosiaaliset tekijät, esimerkiksi ikä ja ajan sekä henkilöresurssien puute. Potilaiden mielestä osallisuutta edistävä asia oli, että henkilökunta varmisti potilaan ymmärryksen ja tiedonsaannin kaikkiin kysymyksiin. Hoitohenkilökunnan mielestä potilaiden osallisuutta edistäviä asioita olivat potilaiden mielipiteiden ja toiveiden kysyminen sekä sen varmistaminen, että potilaat tietävät osallisuuden mahdollisuudesta ja tavoista olla osallinen omassa hoidossaan. (Höglund ym. 2010, 485–487.)

Laitilan (2010) tutkimuksessa tutkimuksen kohteena oli asiakkaan osallisuus mielen-terveys- ja päihdetyössä. Asiakkaan osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Osallisuus toteutui kolmella tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen ja 3) osallisuutena palveluiden järjestämiseen. Asiakkaiden käsityksen mukaan ensisijaista oli osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Osallisuuden toteutumisessa ensisijaista on potilaan riittävä tiedonsaanti. Osallisuuden toteutumiseen vaikuttivat potilaan sosiaaliset taidot, koulutus ja ammatti. Potilaat ja työntekijät kuvasivat, että asiakas jäi helposti sivurooliin omaa hoitoa koskevissa neuvotteluissa. (Laitila 2010, 148.)

Fröjdin ym. (2011) tutkimuksessa tutkittiin yli 16-vuotiaiden sairaalapotilaiden käsityksiä hoidon laadusta sairaalahoidon aikana. Kysely toteutettiin kirjekyselynä sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kyselylomake sisälsi 24 väittämää hoidon laadusta. Potilaiden arvioiden mukaan sairaalahoidon aikana parhaiten toteutuivat pääsy sairauden hoidon kannalta välttämättömiin tutkimuksiin, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kunnioittava kohtelu, hoitotyöntekijöiden sitoutuminen potilaan hoitoon, hoitotyöntekijöiden ymmärrys potilaan kokemuksista ja tunteista, omaisten ja läheisten kohtaaminen, apu henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen, toiveen mukaisen ruuan ja juoman saaminen, ja lisäksi potilaat arvioivat osaston ilmapiirin olevan miellyttävä.



Heikoiten toteutuivat omahoidon toteuttamiseen liittyvä tiedonsaanti, omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistuminen, hyödyllinen tieto tutkimusten ja toimenpiteiden tuloksista, potilaan tieto hoidosta vastuussa olevista lääkäreistä ja lääkäreiden ymmärrys potilaan kokemuksesta vallitsevassa tilanteessa. (Fröjd ym. 2011, 231.)

Tutkimusten mukaan pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen laadun osa-alueet ovat ohjauksen sisällön riittävyys (Kääriäinen 2007, 85–88, 117; Eckman ym. 2012, 146–149; Kaakinen 2013, 53–55), ohjauksen toteutus (Kääriäinen 2007, 82–85; 117; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 551–553; Höglund ym. 2010; Eckman ym. 2012, 146–147; Kaakinen 2013, 55–58), ohjauksen resurssit (Kääriäinen 2007, 79–82, 117; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 551–553; Eckman ym. 2012, 146–147 ; Kaakinen 2013, 59–60) sekä ohjauksen vaikutukset (Kääriäinen 2007, 88–89, 117; Eckman ym. 2012, 149; Kaakinen 2013, 58–59). Kehittämistyössä ohjaus määritellään laadukkaaksi, kun se on sisällöltään riittävää ja toteutettu suunnitelmallisesti, vuorovaikutteisesti ja potilaslähtöisesti sekä liittyy sairauden ennusteeseen. Potilaslähtöisyys tarkoittaa, että potilaan taustatekijät on huomioitu ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi laadukkaasta ohjauksesta on potilaalle hyötyä ja ohjaukseen sisältyy asianmukaisten ja monipuolisten ohjausmenetelmien ja –materiaalien käyttö. (Kääriäinen 2007, 117; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 551–553.) Ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö potilaan ohjaustarpeiden mukaan mahdollistaa jokaiselle sopivimman tavan omaksua ja käsitellä ohjausta (Isola ym. 2007, 59–60 ; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 553; Kähkönen, Kankkunen & Saaranen 2012, 206–207; Kaakinen 2013, 59–60; Kurikkala, Kääriäinen, Kyngäs & Elo 2015, 8–12).

#### 4.3.4 Motivoiva haastattelu osallisuutta vahvistavana ohjausmenetelmänä

Motivoiva haastattelu valittiin kehittämistyön osallisuutta vahvistavaksi menetelmäksi, sillä aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan se soveltuu hyvin pitkäaikaissairaahan polikliinisen potilaan ohjausmenetelmäksi, koska tavoitteena on muutosmotivaation löytäminen ja motivaation vahvistaminen (de Blok ym. 2006, 48; Ogedepge ym. 2008, 1137; McCarley 2009, 409). Motivoivan haastattelun toteuttamisesta on rohkaisevia tuloksia kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden omahoidon ohjausmenetelmänä. Hemodialyysipotilaisiin kohdistuneissa tutkimuksissa todettiin

motivoivan haastattelun edistävän potilaiden sitoutumista nesterajoituksen noudattamiseen. (Fisher ym. 2006, 419; Russell ym. 2011, 229.) Munuaispoliklinikalla motivoivan haastattelun toteuttamismahdollisuudet ovat hyvät, sillä ohjaustilanne on mahdollista järjestää rauhalliseksi, koska potilasohjaus tapahtuu siihen tarkoitettuun munuaishoitajan vastaanottohuoneeseen. Lisäksi motivoiva haastattelu soveltuu munuaispoliklinikkapotilaan osallisuutta vahvistavaksi menetelmäksi, sillä ohjaustilanteessa hoitajan on mahdollista keskittyä kokonaisvaltaisesti potilaan asioihin ja ohjaustilanteeseen.

Motivoiva haastattelu on potilaslähtöinen ohjausmenetelmä, jossa hoitohenkilöstö tukee potilasta tekemään hoitoon liittyviä päätöksiä ja kunnioittaa potilaan ratkaisuja. Menetelmän avulla pyritään oikea-aikaisella ja riittävällä tiedolla auttamaan potilasta oivaltamaan itse ratkaisut, jotka ovat hänelle sopivimmat tavat toimia oman terveytensä edistämiseksi. Motivoivan haastattelun tavoitteena on voimistaa potilaan halua ajatella ohjattavaa asiaa aktiivisesti, auttaa potilasta pysymään tavoitteessaan ja vahvistaa itsetuntoa oman hoitonsa hallitsijana. Motivoivan haastattelun keskeiset periaatteet ovat empatian osoittaminen, potilaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen, nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä olevan eron vahvistaminen sekä väittelyn välttäminen, vastarinnan myötäileminen. (Fisher ym. 2006, 419–421; Koski-Jännes 2008; McCarley 2009, 409–410; Eloranta & Virkki 2011, 33; Martino 2011, 77; Käypä hoito-suositus 2014.)

Luomalla empaattisen ilmapiirin ohjaaja osoittaa kuuntelevansa potilasta ja eläytyvänsä potilaan tunteisiin ilman arvostelua tai kritisointia. Empaattinen keskusteluilma-  
piiri viestittää potilaalle, että hän voi turvallisesti tuoda esille pelkojaan ja huoliaan. Ohjaaja voi vahvistaa potilaan käsitystä omista kyvyistään ja voimavaroistaan nostamalla esille hänen aiempia onnistumisiaan sekä käyttämällä ohjauksessa kannustavia ja rohkaisevia kommentteja. Potilaan päätöksentekoa ja siinä pysymistä voidaan vahvistaa suuntaamalla huomio tämän hetken tilanteen ja toivotun tilanteen väliseen ristiriitaan. Potilaan päätöksenteko helpottuu, kun keskeiset näkökohdat saadaan selkeästi esille. Potilas saattaa ohjaustilanteessa osoittaa vastustusta, mutta ohjaaja ei saa tilanteessa provosoitua vastaamaan samalla tavalla. (Koski-Jännes 2008; Martino 2011, 78–79; Käypä hoito-suositus 2014.) Motivoivassa haastattelussa kunnioitetaan ihmi-

sen itsemääräämisoikeutta. Ohjaustilanteessa ymmärretään, että on potilaan oma päätös toteuttaako hän terveyden edistämiseksi suositellut muutokset vai ei. (Chur-Hansen 2012, 239.) Motivoiva haastattelu soveltuu pitkäaikaissairaana potilaan osallisuutta vahvistavaan ohjaukseen, koska menetelmässä potilas ja asiantuntija ovat tasavertaiset yhteistyökumppanit. Potilas saa tarvitsemansa tiedon, tuen ja avun terveystilanteeseensa liittyvien päätösten tekemiseen ja toteuttamiseen. (McCarley 2009, 409–413.)

Motivoivassa haastattelussa saadaan avoimilla kysymyksillä potilas ajattelemaan ohjattavaa asiaa aktiivisesti ja ymmärretään potilaan ajattelua. Avoimet kysymykset alkavat yleensä sanoilla mitä, miten, miksi, kuinka ja kerro. Ohjaustilanteessa tavoitteena on, että potilas puhuu enemmän kuin hoitotyön ammattilainen. Refleктоivalla eli heijastavalla kuuntelulla viestitetään potilaalle, että häntä todella kuunnellaan. Sanaton ja sanallinen viestintä ovat ohjaustilanteessa yhtä tärkeitä. Ohjaajan kääntymisen kohti potilasta, silmiin katsominen ja pään nyökyttely ovat sanatonta viestintää, joka kertoo aktiivisesta kuuntelusta. Ohjaaja tekee ohjaustilanteen aikana yhteenvetoja kuulemastaan ja ymmärtämästään, jolloin potilaalla on mahdollisuus korjata ja täsmentää kertomaansa. Potilaan kertoman yhteenvedolla voidaan potilaalle osoittaa, että häntä todella kuullaan ja ymmärretään. Ohjaustilanteen aikana on tärkeää kuunnella, mitä myönteistä potilas kertoo itsestään ja toiminnastaan. Motivoivaan haastatteluun kuuluu kärsivällisyys odottaa potilasta itseään koskevia myönteisiä, motivoivia lauseita ja vahvistaa tätä puhetta. (Martino 2011, 78–79; Chur-Hansen 2012, 239–240; Käypä hoito–suositus 2014.)

Motivoiva haastattelu on onnistunut, jos potilaalla on ohjaustilanteen päätyttyä mielessään suunnitelma omahoidon toteutukseen tai muutokseen ryhtymisestä. Potilaan itse tekemä suunnitelma sopii potilaan arvoihin, tarpeisiin, tavoitteisiin ja resursseihin ja on siksi yleensä toteuttamiskelpoinen. Potilaat motivoituvat siinä tahdissa, kun se on heille mahdollista eikä motivoitumista voi kiirehtiä. Seuraavalla ohjauskerralla asiaan kuitenkin palataan uudestaan. Kaikilla potilailla ei ole kykyä tai mahdollisuuksia käsitellä asiaa ja päätyä omaan ratkaisuun. Hoitotyön ammattilaisen tulee osata arvioida potilaan kykyjä ja tarvittaessa ottaa aktiivisempi rooli potilaan ohjaamisessa. (Käypä hoito–suositus 2014.) Motivoivan haastattelun menetelmää on käytetty laajasti

pitkäaikaissairaiden potilaiden ja pitkäaikaisista terveysongelmista kärsivien ohjauksessa, esimerkiksi verenpainepotilaiden (Ogedegbe ym. 2008), ylipainoisten potilaiden (Greaves ym. 2008) ja COPD-potilaiden (de Blok ym. 2006) ohjauksessa.

Kroonista munuaissairautta sairastavien potilaiden ohjauksessa motivoivaa haastattelua on tutkittu sekä hemodialyysipotilaiden (Fisher ym. 2006; Russell ym. 2011) että hemodialyysihoitohenkilökunnan näkökulmasta (Cronk, Knowles, Matteson, Peace & Ponferrada 2012). Fisherin ym. (2006, 419) tutkimuksessa todettiin motivoivan haastattelun edistävän potilaiden nesterajoituksen noudattamista ja Russellin ym. (2011, 229) tutkimuksessa havaittiin, että motivoiva haastattelu lisäsi potilaiden osallistumista hemodialyysihoidon toteutukseen, edisti ruokavalio- ja nesterajoitusten noudattamista ja lyhensi hemodialyysihoitoaikoja. Cronk ym. (2012) totesivat tutkimuksessaan, että hoitohenkilöstön arvioiden mukaan motivoiva haastattelu oli hyödyllinen ja käyttökelpoinen menetelmä hemodialyysipotilaiden ohjauksessa. Toisaalta todettiin, että sen toteuttamisessa hemodialyysiyksikössä oli haittaavia tekijöitä, kuten keskustelutilanteen yksityisyyden puute, riittävän ajan löytäminen ja jatkuvat keskeytykset. (Cronk ym. 2012, 388–389.)

#### 4.4 Osallisuuden lähikäsitteet

##### 4.4.1 Hoitoon sitoutuminen ja omahoito

###### *Hoitoon sitoutuminen ja omahoito käsitteinä*

Tässä kehittämistyössä hoitoon sitoutuminen ja omahoito nähdään osallisuuden lähikäsitteinä. Hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista, tavoitteellista ja aktiivista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Kansainvälisissä tutkimuksissa hoitoon sitoutumista kuvaavia käsitteitä ovat muun muassa adherence (kiinnipitäminen), compliance (kuuliaisuus, hoitomyöntyvyys), self-care (itsehoito) ja self-management (itsehallinta) (Kyngäs & Hentinen 2009, 17–19.) WHO (2003, 17) määrittää käsitteen ”adherence” asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilökunnan välillä käydyn neuvottelun tuloksena saavutettuna ymmärryksenä hoidosta ja sen tavoitteista. Hoitomyöntyvyys viittaa merkitykseltään po-

tilaan passiiviseen rooliin ja ohjeiden noudattamiseen. ”Self-management” eli itsehallinta-käsite korostaa potilaan autonomiaa, omaa päätöksentekoa ja itsenäistä selviytymistä hoidossa. Itsehoito-käsitettä käytetään hoitoon sitoutumisen yhteydessä etenkin silloin, kun halutaan korostaa potilaan omaa osuutta hoidossa. Hoitoon sitoutuminen ja itsehallinta ovat merkitykseltään ja sisällöltään lähellä toisiaan olevia käsitteitä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 19.)

Kehittämistyössä käsitteellä omahoito tarkoitetaan potilaan aktiivista toimimista sairautensa hoidon, terveytensä edistämisen ja elintapamuutosten suunnittelussa ja toteutuksessa. Suomalaisessa terveydenhuollossa käsitteitä itsehoito ja omahoito käytetään usein toistensa synonyymeinä, vaikka kummallakin käsitteellä on oma määritelmänsä. Itsehoito on potilaan ilman terveydenhuollon ammattihenkilön apua etsimää ja suunnittelemaa hoitoa. Omahoito on ammattihenkilön yhdessä potilaan kanssa räätälöimää potilaalle parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. (Eloranta & Virkki 2011, 15; Routasalo & Pitkälä 2009, 6.) Omahoidossa potilas on autonominen ja aktiivinen toimija oman hoitonsa ja elintapamuutosten toteutuksessa. Hoidon suunnittelun pohjana ovat potilaan omat lähtökohdat. (Routasalo & Pitkälä 2009, 6–9.) Omahoidon ohjauksen tavoitteena on, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen ja kokee pystyvänsä vaikuttamaan terveydentilaansa omalla toiminnallaan (Eloranta & Virkki 2011, 15, 19–20).

Potilaan ohjaaminen omahoidon toteutukseen ja elämänhallinnan tukeminen ovat lähtökohdat hoitoon sitoutumiselle ja omahoidon vaikuttavuudelle. Kaste-ohjelman (2012-2015) yhteydessä toteutetun POTKU2-hankkeen (Potilas kuljettajan paikalle 2012-2014) tuloksena syntynyt potilaan omahoitolomake motivoi potilasta ottamaan entistä suurempaa vastuuta omasta hoidostaan terveydenhuollon ammattilaisten avulla ja tuella. Omahoitolomake on tarkoitettu erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden omahoitoon sitouttamiseen ja omahoidon toteutuksen vastuun lisäykseen. Omahoitolomakkeen avulla potilaan on mahdollista kuvailla omaa kokemustaan voinnista, omahoidon toteutuksesta, ongelmista ja toiveista oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja ohjauksessa. Omahoitolomake ohjaa potilasta tarkastelemaan omaa hoitoaan ja siinä ilmeneviä asioita ja toimii siten osallisuutta lisäävänä menetelmänä pitkäaikaissairaana potilaan omahoidon toteutuksessa. (Potku2 -hanke 2012–2014.)

*Potilaan omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät*

Hoitoon sitoutumattomuus on maailmanlaajuinen ongelma, jonka vaikutus kasvaa kroonisten sairauksien lisääntyessä ja väestön ikääntyessä (WHO 2003). Pitkäaikais-sairauksien omahoidon laiminlyönti heikentää huomattavasti hoidon tehoa ja lisää asiakkaan sairauteen liittyviä riskejä. Tutkimusten mukaan hyvin hoitoonsa sitoutuneet pitkäaikaissairaat kokevat saavansa tukea ja ohjausta terveydenhuoltohenkilöstöltä ja läheisiltään (Constantini ym. 2008, 151–152; Murray ym. 2009, 155–157; Lunnela 2011, 81–83; Heino 2012, 38–40; Eloranta ym. 2014, 7–8; Palmer ym. 2015, 570–572.)

Terveydenlukutaito on yhteydessä potilaan hoitoon sitoutumiseen ja omahoidon hallintaan (Sakraida & Robinson 2008, 636; Campbell & Duddle 2010, 26–31; Walker ym. 2013, 116–125). Terveydenlukutaidolla tarkoitetaan yksilön kykyä ymmärtää, käsitellä ja soveltaa terveyteen liittyvää informaatiota terveyden edistämiseen liittyvässä päätöksenteossa (Walker ym. 2013, 117) sekä yksilöllisiä valmiuksia ja mahdollisuuksia tehdä yhteistyötä terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa (Campbell & Duddle 2010, 26–27). Sakraida & Robinson (2004, 641–644; Walker ym. (2013, 118–119) ja Campbell & Duddle (2010, 26–30) tuovat esille terveydenlukutaidon tason arvioinnin merkityksen potilaan omahoidon tukemisessa, hoitoon sitoutumisessa ja potilasohjauksen kehittämisessä.

Tutkimuksissa on todettu, että monipuoliset ohjausmenetelmät edistävät hoitoon sitoutumista. Yksilö- ja ryhmäohjausmenetelmien sekä kirjallisten potilasohjeiden rinnalle ovat viime vuosina nousseet teknologiapainotteiset ohjausmenetelmät, erityisesti internet- ja puhelinohjaus. (Heikkinen 2011; Lunnela 2011; Anttila 2012; Orava ym. 2012a; Orava ym. 2012b; Ryhänen 2012; Kurikkala, Kääriäinen, Kyngäs & Elo 2015.) Potilaat hakevat myös internetistä omatoimisesti tietoa ja ohjeita itsensä hoitamiseen (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Alanen & Nenonen 2007, 123–125). Käyttäjien ja kehittäjien välistä yhteistyötä tarvitaan, kun kehitetään käyttäjäystävällisiä tietoteknisiä ohjausmenetelmiä. Potilaiden ohjaus laadukkaille ja luotettaville internet-sivuille on tärkeää. Teknologian käyttäminen ohjauksessa ei kuitenkaan koskaan poista inhimillisen vuorovaikutuksen merkitystä potilaan ja hoitohenkilöstön kohtaamisessa, sillä

tutkimustulostenkin mukaan teknologia tukee ja täydentää suullista ja kirjallista ohjausta. (Heikkinen 2011, 78; Lunnela 2011, 86–88; Anttila 2012, 56–57; Ryhänen 2012, 56; Kurikkala ym. 2015, 12–13.)

#### *Munuaispotilaan omahoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät*

Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumista on tutkittu sairauden eri vaiheissa. Tutkimuksia on tehty munuaissairauden alkuvaiheessa olevilla potilailla (Constantini ym. 2008; Sakraida & Robinson 2009; Cueto-Manzano ym. 2010; Heino 2012), dialyysihoitoa lähestyvillä potilailla (Chen ym. 2011; Walker, James & Burns 2011; Paes-Barreto ym. 2013), dialyysihoidossa olevilla potilailla (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise & Klicko 2008) ja munuaissiirtopotilailla (Urstad ym. 2012a; Urstad ym. 2012b). Munuaispotilaisiin kohdistuneissa tutkimuksissa on tutkittu sitoutumista lääkehoitoon (Wierdsma, van Zuilen & vander Bijl 2011), ruokavaliohoitoon (Walker ym. 2011; Paes-Barreto ym. 2013) ja potilaan omahoitoon (Constantini ym. 2008; Sakraida & Robinson 2009; Cueto-Manzano ym. 2010; Chen ym. 2011; Heino 2012; Walker ym. 2013; Palmer ym. 2015).

Tutkimusten mukaan kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien hoitoon sitoutumista edistää yksilöllinen ohjaus ja tiedon sisäistäminen, potilaan ja terveydenhuollon välinen yhteistyö, läheisten tuki, potilaan kokemus toimintakyky sekä itsenäisyys hoidon toteuttamisessa (Constantini ym. 2008, 147, 149–153; Sakraida & Robinson 2009, 635–641; Cueto-Manzano ym. 2010, 101–103; Chen ym. 2011, 3563–3566; Walker ym. 2011, 34; Heino 2012, 38–41; Walker ym. 2013, 118–119). Hoitoon sitoutumista ehkäiseviä tekijöitä ovat tiedon puute, lääkityksen suuri määrä ja riippuvaisuus hoitajista ja läheisistä lääkehoidon toteuttamisessa (Constantini ym. 2008, 151–152; Cueto-Manzano ym. 2010, 101–103; Chen ym. 2011, 3564–3566). Heinon (2012) tutkimuksessa ei tullut esille riippuvuuden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen, joka saattaa johtua siitä, että kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat kotona asuvia konservatiivisen hoitomuodon potilaita. Constantinin ym. (2008, 149–152) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat tarvitsevat erityisesti lisää tietoa sairaudesta ja elämästä sairauden kanssa. Sakraidan & Robinsonin (2009, 641–644) tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstöltä kasvokkain saatu ohjaus ja tuki koettiin tärkeimmäksi ohjausmuodoksi, vaikka puhelinohjauksesta ja internetin kautta saadusta tiedosta oli myös ollut apua.

#### 4.4.2 Voimaantuminen

##### *Voimaantuminen käsitteenä*

Tässä kehittämistyössä voimaantuminen nähdään osallisuuden lähikäsitteenä. Voimaantuminen on moniulotteinen käsite. Hoitotieteessä voimaantuminen, voimavarautuminen on suomennettu sanasta empowerment, jonka muita suomennoksia ovat muun muassa koettu sisäinen hallinta ja valtaantuminen. Voimaantuminen voidaan nähdä prosessina, jossa yksilö tai ryhmä toimii saavuttaakseen elämänhallinnan ja voiman tunteen. Voimaantuminen on syvästi yksilöllinen kokemus oman toiminnan merkityksellisyydestä. (Leino-Kilpi ym. 1999, 142; Siitonen 1999, 189.) Voimaantuminen nähdään potilasohjauksen keskeisenä tavoitteena, jossa ohjauksen avulla tuetaan potilaan omien voimavarojen vahvistumista. Yksilötasolla voimaantuminen näkyy ihmisen tiedon ja ymmärryksen lisääntymisenä, päätöksentekotaitoina, kykynä ohjata omaa elämää, hallinnan tunteen kehittymisenä ja lisääntyneenä mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Leino-Kilpi ym. 1999, 26–29, 100; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 255; Kääriäinen 2007, 111–112; Holmström & Röing 2010, 168–170.)

##### *Voimaantumista edistävä potilasohjaus*

Voimaantuminen on hallinnan tunteita synnyttävä henkilökohtainen ja yksilöllinen prosessi, joka tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Voimaantumisessa on kysymys omien voimavarojen löytymisestä, elämänhallinnasta, toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamisesta. Voimaantuminen vahvistuu potilasohjauksen ja vuorovaikutuksen kautta terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Voimaantumisen lähtökohtana on potilaan mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Voimaantumista tukevalla ohjauksella tarkoitetaan ohjauksellisia toimintoja, joiden tavoitteena on tukea potilaan omien voimavarojen vahvistumista, edistää hänen elämänhallintaansa, osallistumistaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoaan. Voimavaraistavassa potilasohjauksessa hoitajat hyödyntävät potilaiden tietoa heidän omasta terveydentilastaan ja tukevat potilaiden kykyä tarkastella omaa terveystiläänsä. (Leino-Kilpi ym. 1999, 100, 132–133; Holmström & Röing 2010, 168–170.)



Voimavaraistumista tukeva ohjaus muodostuu kuudesta tiedon osa-alueesta. Nämä osa-alueet ovat biofysiologinen, toiminnallinen, sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen. (Leino-Kilpi, Johansson, Heikkinen, Virtanen & Salanterä 2005, 307–316; Rankinen ym. 2007, 116; Rantanen ym. 2008, 250.) (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Voimavaraistumista koskevan tiedon kuusi osa-aluetta potilasohjauksen prosessissa (Leino-Kilpi ym. 2005, 307–316).

Voimavaraistumisen osa-alue	Ohjauksen ilmeneminen potilasohjauksessa
Biofysiologinen	Ohjaus sairauden vaikutuksesta potilaan hyvinvointiin, kokemuksiin ja tunteisiin sekä tilanteen edellyttämään hoitoon
Toiminnallinen	Ohjaus potilaan toiminnallisesta selviytymisestä sairauden vaatimassa tilanteessa; omahoito (esimerkiksi lääkkeet, ruokavalio, liikunta, sairauden hoitoon liittyvät toimenpiteet, päätöksenteko)
Sosiaalinen	Ohjaus avun hakemiseen ja sosiaalisen tukiverkon käyttämiseen; omaiset, läheiset, vertaistuki, potilasyhdistykset, potilaan asema yhteiskunnassa ja muiden asiantuntijoiden käyttö ja merkitys
Kokemuksellinen	Ohjaus aikaisempien kokemusten ja tunteiden huomioimisesta ja niiden vaikutuksista, myönteinen selviytymisajattelu sekä omaisten, läheisten ja vertaistuen merkitys
Eettinen	Ohjaus potilaan oikeuksista ja arvojen huomioimisesta; itsemääräämisoikeus, luottamuksellisuus ja potilaan oikeuksien kunnioittaminen
Taloudellinen	Ohjaus sairauden taloudellisesta vaikutuksesta ja selviytymisestä; sosiaaliturva, kuntoutus ja hoidon jatkuvuus

Voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa on tärkeää tunnistaa potilaan ohjaustarpeet ja osata arvioida potilaan kokemaa tiedonsaantia (Rankinen ym. 2007, 117–118). Voimavaraistavan tiedon osa-alueisiin perustuvaa ohjausta on Suomessa tutkittu esimerkiksi munuaispotilaiden (Rantanen ym. 2008; Eloranta ym. 2014 ym.); avannepotilaiden (Eloranta ym. 2010) ja kirurgisten potilaiden (Heikkinen ym. 2007; Rankinen ym. 2007; Leino-Kilpi ym. 2009; Eloranta ym. 2015) keskuudessa.

Voimavaraistavaa ohjausta voidaan toteuttaa monipuolisin menetelmin. Kaksisuuntainen, kasvokkain tapahtuva yksilöohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, asioiden tarkistamiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. (Kyngäs & Hentinen 2008, 110–111.) Ryhmäohjauksessa vertaisilta saatu palaute koetaan usein arvokkaaksi, sillä se tukee arkielämässä selviytymistä ja lisää potilaan voimavaroja (Holma, Koivula & Joronen 2010, 294–299). Ryhmäohjaus ei koskaan korvaa yksilöohjausta.

Ryhmässä tapahtuva ohjaus edellyttää osallistujien tietojen, taitojen ja tarpeiden yhtäläisyyttä eli se edellyttää yksilöllistä kartoitusta. Ryhmäohjaus soveltuu esimerkiksi elintapamuutokseen tähtäävien ja pitkäaikaissairaiden ohjaukseen. (Eloranta & Virkki 2011, 77–78.) Suullista ohjausta voidaan täydentää kirjallisilla potilasohjeilla (Salanterä ym. 2005, 217–228). Kirjallinen ohjaus tukee suullista ohjausta ja lisää hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta (Johansson ym. 2007, 84–91; Salminen-Tuomaala ym. 2010, 21–26; Kääriäinen, Kukkurainen, Kyngäs & Karppinen 2011, 23). Suullista ja kirjallista ohjausta voidaan tukea sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoituksilla (Johansson ym. 2007, 84–91; Mattila 2011, 105–108).

Audiovisuaalinen ohjaus on erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä tapahtuvaa ohjausta (Heikkinen 2011; Lunnela 2011; Ryhänen 2011; Anttila 2012; Chiou & Chung 2012; Orava ym. 2012a; Orava ym. 2012b; Tarkiainen ym. 2012). Puhelinohjaus on yleisin audiovisuaalinen ohjaustapa. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.) Tutkimuksissa on osoitettu internetin käytöstä ohjausmuotona olevan hyötyä muun muassa tiedon lisäämisessä ja jäsentämisessä, pitkäaikaissairaiden hoidon tukemisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa (Heikkinen 2011; Anttila 2012; Ryhänen 2012).

Heikkisen (2011, 5, 64) päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen kohdistuvassa tutkimuksessa todettiin, että internet oli vaikuttava ja tehokas tiedollista voimavaraistumista vahvistava ohjausmuoto. Ryhänen (2012, 5, 56–57) rintasyöpäpotilaan ohjaukseen kohdistunut tutkimus osoitti, että internetissä sijaitseva hoitopolkuohjelma oli tehokas väline tiedon lisäämiseksi muiden ohjausmenetelmien tukena. Tärkeää oli se, että ohjelma mahdollisti luotettavan tiedon hakemisen silloin kun siihen tarvetta oli riippumatta sairaalan aukioloajoista. Anttilan (2012, 5, 47–48) tutkimuksen mukaan internetiä voidaan hyödyntää mielenterveyspotilaan hoitoon liittyvien päivittäisten asioiden ohjaamisessa. Internet-ohjauksen kehittäminen yhteistyössä potilaiden kanssa on tärkeää, jotta ohjaussivustot vastaavat potilaiden tarpeisiin (Heikkinen 2011, 77; Anttila 2012, 56–58; Ryhänen 2012, 57–58). Hoitohenkilöstön tulisi hallita monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö potilasohjauksen vaikutusten vahvistamiseksi (Kyngäs ym. 2007, 71; Lipponen 2014, 60). Ohjausmenetelmien käyttö tulee arvioida potilaslähtöisesti (Isola ym. 2007, 60; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 554).

#### 4.4.3 Itsemäärääminen

##### *Itsemäärääminen käsitteenä*

Tässä kehittämistyössä itsemäärääminen nähdään potilaan osallisuuden toteutumiseen läheisesti liittyvänä käsitteenä. Itsemäärääminen on hoitotyön tärkeimpiä arvoja ja eettisiä periaatteita (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996). Itsemääräämisellä tarkoitetaan yksilön kykyä ja oikeutta tehdä valintoja ja päätöksiä sekä elää valintansa mukaan ilman ulkopuolista vaikuttamista ja pakkoa. Itsemäärääminen tarkoittaa, että ihminen on tietävä, tahtova ja tunteva vastuullinen yksilö, jolla on omaan elämäänsä liittyviä tavoitteita. Itsemääräämisessä henkilö vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin asioihin, suostuu, antaa luvan tai kieltäytyy, ilmaisee mielipiteitä ja näkemyksiä sekä tekee omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. (Naukkarinen 2008, 20; Laitila 2010, 47). Itsemäärääminen edellyttää hoitotyöntekijöiltä potilaan itsemääräämisen tukemista. Henkilökunta voit tukea potilasta antamalla tietoa, kuuntelemalla, rohkaisemalla sekä edistämällä luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. (Naukkarinen 2008, 123.)

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Itsemääräämisoikeus antaa potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoonsa. Suomessa potilaan itsemääräämisoikeudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa päätetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 2 luku 6 §.) Itsemääräämisoikeuttaan toteuttava ihminen kykenee suunnittelemaan, valitsemaan ja arvioimaan sekä kantamaan tekojensa seuraukset. Itsemäärääminen edellyttää kykyä ja taitoa omista asioista päättämiseen. (Kaseva 2011, 30–33.) Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa määrätään, että sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996).

##### *Itsemäärääminen potilaan hoidossa*

Naukkarisen (2008) tutkimuksessa kuvattiin täysi-ikäisten potilaiden itsemääräämisen ja sen edellytysten (tärkeys, halukkuus, tieto ja tuki) toteutumista hoitoketjun aikana terveyskeskuksen vastaanotoilla ja kirurgian ajanvarauspoliklinikoilla. Tutkimuksessa

selvitettiin sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan käsityksiä itsemääräämisen edellytysten toteutumisesta. Potilaiden mielestä itsemääräämisen edellytykset toteutuivat paremmin kirurgian poliklinikalla kuin terveyskeskuksen vastaanotolla. Itsemäärääminen oli erittäin tärkeää sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan mielestä. Naiset, alle 45-vuotiaat ja eläkkeellä olevat potilaat pitivät itsemääräämistä miehiä, yli 45-vuotiaita ja työkäisiä tärkeämpänä. Hoitohenkilöstöstä naiset, yli 45-vuotiaat ja hoitotyön henkilöstöön kuuluvat pitivät itsemääräämistä nuorempia, miespuolisia työntekijöitä ja lääkäreitä tärkeämpänä. (Naukkarinen 2008, 108.)

Naukkarisen (2008) tutkimus osoitti että potilaat olivat erittäin halukkaita itsemääräämiseen. Naispotilaat olivat halukkaampia osallistumaan kuin miespotilaat. Potilaat osallistuivat eniten ilmaisemalla näkemyksiään hoidosta ja antamalla luvan toimenpiteisiin. Potilaat arvioivat tietonsa hoitoon liittyvistä asioista melko hyviksi, mutta potilailla oli vähiten tietoa hoitoonsa liittyvistä riskeistä ja ennusteesta. Elämäntilanteeseensa tyytyväiset ja terveydentilansa hyväksi kokeneet arvioivat tietonsa hoitoon liittyvistä asioista paremmiksi kuin elämäntilanteeseensa tyytymättömät ja terveydentilansa huonoksi kokeneet potilaat. Aikaisempaan poliklinikkakäyntiinsä tyytyväiset ja uusintakäynnillä olleet potilaat arvoivat tietonsa hoitoon liittyvistä asioista paremmiksi kuin aikaisempaan poliklinikkakäyntiinsä tyytymättömät ja ensikäynnillä olleet potilaat. Hoitohenkilökunta piti potilaiden itsemääräämistä erittäin tärkeänä, mutta arvioi potilaiden halukkuuden osallistua hoitoon ja tiedon hoitoa koskevista asioista vähäisemmäksi kuin potilaat. (Naukkarinen 2008, 108–109.)

Naukkarisen (2008) tutkimuksessa vain puolet potilaista arvioi saaneensa tukea itsemääräämiseen. Potilaat kokivat, että hoitohenkilöstö ei selvittänyt heille heidän mielipiteidensä merkitystä hoidon tuloksiin nähden. Potilaat olivat epätietoisia siitä, miten voivat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin. Potilaat arvioivat itsemääräämisen toteutuneen hoitohenkilöstön arvioita heikommin. Potilaiden iän ja tyytyväisyyden elämäntilanteeseen, terveydentilaan ja aikaisempaan poliklinikkakäyntiin todettiin olevan jonkin verran yhteydessä itsemääräämisen edellytysten ja itsemääräämisen toteutumiseen. (Naukkarinen 2008, 109.)

#### 4.5 Yhteenveto kehittämistyön teoreettisista lähtökohdista

Osallisuus on käsitteenä monimuotoinen. Ei ole yksiselitteistä määrittelyä siitä, mitä osallisuus tarkoittaa ja minkä edellytyksien tulee täyttyä, jotta osallisuus toteutuu. Osallisuus voidaan nähdä osallistumisen mahdollistamana tunneperustaisena ja yhteenkuuluvuuteen pohjautuvana kokemuksena, jossa yksilö voi vaikuttaa itseään ja ympäristöönsä koskeviin asioihin sekä toimia siinä aktiivisesti ja sitoutuneesti. Potilaan osallisuus omassa hoidossaan voidaan määritellä potilaan tasa-arvoisena ja kunnioitettavana kohteluna sekä tiedon, päätöksenteon ja vastuun jakamisena. Osallisuuden toteutumisella tarkoitetaan, että potilaalla on mahdollisuus osallistua voimavarojensa mukaan omaan hoitoon liittyvään suunnitteluun, toteutukseen, päätöksentekoon ja arviointiin tasavertaisena kumppanina terveydenhuollon ammattilaisen rinnalla. Potilaan oman elämänsä asiantuntijuuden hyväksyminen, huomioiminen ja hyödyntäminen edistävät osallisuuden kokemusta.

Pitkäaikaissairaiden potilaiden osallisuuteen ja ohjaukseen liittyy hyvin paljon samankaltaisia asioita sairausryhmästä riippumatta. Kroonisissa sairauksissa osallisuuden ilmenemiseen läheisesti liittyvinä käsitteinä esiintyvät hoitoon sitoutuminen, voimaantuminen ja itsemäärääminen. Ohjaus on hoitotyön menetelmä, jolla voidaan laaja-alaisesti vahvistaa potilaan osallisuuden toteutumista. Potilasohjauksen lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tiedontarpeet, jotka muuttuvat sairauden vaiheiden mukaan. Potilasohjaus on toimintaa, jossa potilas ja ohjaaja toimivat vuorovaikutteisessa yhteistyössä. Potilas toimii aktiivisesti omien voimavarojensa puitteissa oman hoitonsa tavoitteen asettamisessa tasa-arvoisesti ohjaajan kanssa sekä ongelmanratkaisijana että päätöksentekijänä. Potilasohjauksen tavoitteena on tukea potilasta aktiivisuuteen, tavoitteellisuuteen ja siihen, että hän ottaa vastuuta omasta hoidostaan.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella munuaispotilaan osallisuudesta ja osallisuutta vahvistavasta ohjauksesta ei ole vielä muodostunut laajaa tieteellistä tietopohjaa. Katsauksen tulosten perusteella aihealueella tarvitaan enemmän tutkimusta munuaispotilaille suunnattujen interventioiden vaikutuksista osallisuuteen. Munuaispotilaat tarvitsevat monialaista tietoa selviytyäkseen kroonisen sairauden kanssa, koska sairauden eri vaiheissa tiedon ja tuen tarve muuttuu. Munuaispotilaan hoito ja ohjaus on moniammatil-

lista yhteistyötä potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö on tärkeää ohjauksen vaikutusten vahvistamiseksi. Ohjausmenetelmien käyttö tulee aina arvioida potilaskohtaisesti. Yksilölliset tarpeet ja odotukset tulee selvittää yhdessä potilaan kanssa. Potilaan yksilöllisten tarpeiden selvittäminen mahdollistaa potilaan asioihin ja tilanteeseen perehtymisen. Tiedontarpeiden mukaan suunniteltu ohjaus mahdollistaa sen, että potilaan tarvitsemia asioita käsitellään oikealla hetkellä potilaan tilanteen ja omaksumiskyvyn mukaisesti.

Munuaispotilaan osallisuuden vahvistamiseksi on tärkeää ottaa huomioon potilaan perheen ja muiden läheisten osallistuminen hoitoon ja ohjaukseen potilaan toivomalla tavalla. Potilaan olemassa olevien ihmissuhteiden tukeminen on tärkeää, koska sairauksien oireet, hoito sekä fyysisen ja psyykkisen voimien vaihtelu sairauden tilanteen mukaan muuttavat potilaan roolia sosiaalisessa elämässä. Vertaistuen tarjoaminen ja mahdollistaminen kaikille potilaille on tärkeää, koska samassa tilanteessa olevien tai saman asian jo kokeneiden konkreettinen, kokemuksellinen tieto vahvistaa potilaan päätöksentekoa, omahoidon hallintataitoja sekä luo uskoa ja toivoa tulevaisuuteen. Potilaan tiedontarpeisiin perustuva ohjaus, moniammatillisen asiantuntijatiimin yhteistyö ja potilaan asiantuntijuuden tunnustaminen ovat edellytyksiä munuaispotilaan osallisuuden vahvistumiselle.

Yhteenvedona munuaispotilaisiin ja muihin pitkäaikaissairaisiin kohdistuvista tutkimuksista voidaan todeta, että potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja odotuksiin perustuva ohjaus on pohjana potilaan osallisuutta vahvistavalle ohjaukselle. Tässä kehittämissä hoitoon sitoutuminen, voimaantuminen ja itsemäärääminen nähdään osallisuuden ilmiöön kiinteästi liittyvinä käsitteinä.

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Osallisuutta vahvistavan potilasohjauksen kehittäminen

Kansainvälinen ja kansallinen terveys- ja hyvinvointipolitiikka korostaa potilaan elämänhallintaa ja osallisuutta tukevaa terveydenhuoltoa (Terveydenhuoltolaki 2010, 3 luku 24 §; WHO 2010; Kaste-ohjelma 2012–2015; Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014; Euroopan terveysalan toimintaohjelma 2014–2020; Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020). Nämä terveydenhuollossa esiin nostetut tavoitteet luovat painetta potilasohjauksen kehittämiseksi. Hallinnan tunteen saavuttaakseen potilas tarvitsee monialaista tietoa ja tukea kyetäkseen tekemään omaa elämäänsä ja hoitoaan koskevia päätöksiä. (Makkonen ym. 2010, 130–132.) Lisäksi potilaat ovat nykyään entistä tietoisempia oikeuksistaan, sairaudestaan ja sairauden hoidosta sekä osaavat vaatia monipuolista asiantuntevaa ammattilaisen ohjausta internetistä vapaasti saatavissa olevan tiedon tueksi (Välimäki ym. 2007, 123–125; Lunnela, Kääriäinen & Kyngäs 2011, 127).

Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden määrän kasvu luo erityistä vaadetta munuaispotilaiden ohjauksen kehittämiseksi. Potilaan omahoidon toteutumisella on keskeinen merkitys munuaissairauden etenemisen estämisessä ja hidastamisessa. (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 6.) Potilasohjauksen tarpeellisuus ja kertauksen tarve eivät vähene sairauden pitkästä kestosta huolimatta. Sairauden eri vaiheissa potilaan tiedon ja tuen tarve muuttuu. Ohjauksen oikea-aikaisuus tukee potilaan hallinnan tunnetta. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 210.)

Osallisuutta voidaan lisätä eri tavoin. Erittäin keskeistä on lisätä potilaan osallistumista oman hoidon toteuttamiseen ja toimenpiteitä koskevaan päätöksentekoon. Osallisuuden keskeinen asia on mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihin ja kuulluksi tuleminen tunne. (Valkama 2012, 81.) Potilaan osallisuudelle on suomalaisessa hoitotyössä vahva pohja. Sairaanhoidtajien eettisissä ohjeissa sanotaan, että ”sairaanhoidtaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon”. (Sairaanhoidtajien eettiset ohjeet 1996.)

Potilaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla voidaan vahvistaa potilaan osallisuutta. Osallisuuden vahvistamiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota riittävään resurssointiin, potilaslähtöisen toiminnan mahdollistavaan johtamiskulttuuriin ja työntekijöiden asenteisiin. Työntekijöiden asenteet ja arvot vaikuttavat potilaiden osallisuuden toteutumiseen. Palveluiden käyttäjien mukaan ottaminen toiminnan kehittämistyöhön on olennaisen tärkeää. Osallisuuden toteutumiseksi riittävä tiedonsaanti ymmärrettävässä muodossa oikeuksista sekä valinnan- ja vaikuttamisen mahdollisuuksista on ensiarvoisen tärkeää. Osallisuutta vahvistava ja potilaslähtöinen toiminta tarkoittavat uudenlaista jaettua asiantuntijuutta potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kesken. (Laitila 2010, 185–186.)

Munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämisen pohjaksi tarvitaan tietoa potilaiden mielipiteistä, kokemuksista ja näkemyksistä tämän hetkisestä ohjauksesta. Satakunnan sairaanhoitopiiri tutkimusorganisaationa edellyttää eettisen toimikunnan arviota aina silloin, kun tutkimuksen kohderyhmänä ovat potilaat. Tässä tutkimuksessa kysytään munuaispotilaiden kokemuksia poliklinikkakäynnistä ja ohjauksesta. Tämä potilailta kysyttävä tieto voidaan tulkita arkaluonteiseksi, koska se vaikuttaa potilaan hyvinvointiin, terveydentilaan ja osallisuuteen oman sairautensa hoidossa sekä terveytensä edistämisessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 369; Eriksson ym. 2016, 30.)

Tutkimukselle pyydettiin eettinen ennakoarviointi Satakunnan korkeakoulujen ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta. Tutkimussuunnitelma toimitettiin liitteineen ja saatekirjeineen Satakunnan korkeakoulujen ihmistieteiden eettiselle toimikunnalle 15.5.2015 pidettyyn kokoukseen. Eettinen toimikunta hyväksyi tutkimussuunnitelman muutoksitta. Eettisen ennakoarvioinnin jälkeen tutkimussuunnitelma liitteineen lähetettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämisen työryhmälle 3.6.2015 pidettävään kokoukseen ja anottiin lupa tutkimuksen toteuttamiseen. Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämisen työryhmä hyväksyi tutkimussuunnitelman muutoksitta. Tämän kehittämistyön tarkoitus on luoda munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli yhteistyössä munuaispotilaiden sekä heidän hoitoonsa ja ohjaukseensa osallistuvan hoitohenkilökunnan kanssa.



## 5.2 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Kehittämistyön tutkimustrategiana sovelletaan toimintatutkimusta, koska tavoitteena on kehittää käytännön toimintaa ja luoda munuaispotilaiden ohjaukseen uusi ohjausmalli yhteistyössä osallistujien kanssa. Toimintatutkimus on lähestymistapa, jossa tutkimus kytketään toiminnan kehittämiseen. (Kananen 2014, 9,11; Toikko & Rantanen 2009, 29–31; Heikkinen 2008, 16.) Toimintatutkimuksen avulla pyritään ymmärtämään toimintaa ja sitä kautta kehittämään sitä tarpeita vastaavaksi (Heikkinen 2008; 27–36; Metsämuuronen 2009, 234–238). Potilaslähtöisen toiminnan ja osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämiseksi tarvitaan potilaan osallistumista palvelun kehittämiseen yhdessä asiantuntijoiden rinnalla (Kettunen & Kivinen 2012, 40–42). Toimintatutkimus on käytännönläheistä, osallistuvaa ja osallistavaa, reflektiivistä ja sosiaalinen prosessi. Mahdollisimman monen yhteisön jäsenen toivotaan osallistuvan tutkimukseen ja kehittämiseen. Osallistavalla menetelmällä mahdollistetaan tutkimuksen läpinäkyvyys ja dialogisuus kaikkien tutkimukseen osallistuvien välillä. (Heikkinen 2008, 27–36.)

Toimintatutkimuksen alkuperäisen ajatuksen esittäjäksi ja oppi-isäksi todetaan Kurt Lewin (1890–1947), joka esitti ajatuksen siitä, että toimimalla ryhmässä ja yhdessä saavutetaan parempia tuloksia kuin ylhäältä käskyttämällä (Anttila 2005, 439; Kananen 2014, 18; Metsämuuronen 2009, 235). Kananen (2014, 18) ja Suojanen (2014) tuovat esille, että Kurt Lewinin tutkimuksissa 1940-luvulla nousi esille kolme keskeisintä toimintatutkimuksen piirrettä: yhteistoiminnallisuus, demokraattisuus sekä teoriaa ja käytäntöä muuttava luonne. Toimintatutkimus nähdään yhteistyöprosessina, joka auttaa havaitsemaan käytännön ongelmia ja saamaan aikaan muutosta (Heikkinen 2008, 23–24.) Toimintatutkimuksellinen ote tässä kehittämistyössä ilmenee kaikkien munuaispoliklinikan seurannassa olevan potilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvien hoitotyön asiantuntijoiden yhteistyönä munuaispotilaan ohjauksen kehittämiseksi. Munuaispotilaat osallistuvat kehittämistyöhön oman elämänsä asiantuntijoina ja tasa-vertaisina palvelujen kehittäjinä hoitotyön ammattilaisten rinnalla.

Toimintatutkimus voidaan nähdä tutkimustrategiana, jossa hyödynnetään erilaisia kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä uuden tiedon muodostu-

miseksi ja muutoksen toteuttamiseksi (Anttila 2005, 443–444; Kananen 2014, 13; Suojanen 2014; Metsämuuronen 2009, 243–238). Toimintatutkimus pyrkii vaikuttamaan kolmeen alueeseen: käytännön toimintojen kehittämiseen, osallistujien toimintojensa ymmärryskyvyn lisääntymiseen ja itse toimintatilanteen kehittämiseen (Suojanen 2014). Toimintatutkimuksen on tarkoitus synnyttää toimintaa, joka pohjaa nykyisiin käytäntöihin, mutta pyrkii muuttamaan niitä tulevaisuudessa. Toiminnan ja tutkimuksen vuorottelulla voidaan saada aikaan kokonaisvaltaisempi muutos. Toimintatutkimuksen oleellisina elementteinä voidaan pitää toiminnan kehittämistä, yhteistoimintaa, tutkimusta ja tutkijan mukanaoloa. (Kananen 2014, 11–14, 117.) Kehittämistyössä potilaat vastaavat munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta kartoittavaan kyselyyn, munuaispoliklinikan sairaanhoitajat jakavat kyselylomakkeen potilaille ja avustavat tarvittaessa lomakkeen täyttämässä, ohjausmallin laadinnassa hyödynnetään kyselytutkimuksen tuloksia, teoretietoa ja munuaispotilaan ohjaukseen osallistuvien ammattilaisten asiantuntemusta sekä munuaispotilaan hoitoon osallistuva moniammatillinen tiimi arvioi laadittua ohjausmallia sen käyttöönoton jälkeen. Kehittämistyöntekijä on kehittämisprosessissa mukana toimintatutkijan roolissa, jossa tutkijan ja työntekijän roolit vaihtelevat tutkimuksen vaiheen mukaan.

### *Syklisyys*

Toimintatutkimuksessa kehittäminen tapahtuu syklisessä prosessissa. Toimintatutkimuksen spiraali muodostuu sykleistä, jonka vaiheet ovat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 78–82; Heikkinen 2010, 220–221; Kananen 2014, 34–37; Metsämuuronen 2009, 235–237; Toikko & Rantanen 2009, 66–67.) Spiraalimalli kuvaa tutkimusprosessin vaiheet pelkistetysti ja vaihteeltaisesti, mutta todellisuudessa suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi lomittuvat, eikä niitä voi erottaa toisistaan. Toimintatutkimuksessa syklien määrä ei ole merkityksellistä, koska toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat sisältyä jo yhteenkin sykliin. Toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen on tärkeämpää kuin syklien määrä. Toimintatutkimuksessa on olennaista omaksua tutkiva ote työhön. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 80–82.)

Kehittämistyössä munuaispotilaiden ohjausta kehitettiin neljän toimintaa kehittävän syklin kautta. Ensimmäinen sykli oli kehittämissyönteiden tutkimusosiota, jossa kartoitettiin

kyselylomakkeella munuaispotilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta ja näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä. Toisessa syklissä luotiin munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli, joka pohjautuu munuaispotilaan ohjauksen ja osallisuuden kartoituksen tuloksiin sekä teorian tietoon. Kolmannessa syklissä otettiin käyttöön munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli munuaispoliklinikan potilaiden ohjauksessa. Neljännessä syklissä kehitetty ohjausmalli vietiin munuaispotilaan hoitoon osallistuvaan moniammatilliseen tiimiin arviointikierrökselle. Arviointikierröksen asiantuntijoiden palautteet huomioitiin ja sen jälkeen ohjausmalli saatettiin lopulliseen muotoonsa.

### *Tiedonkeruu- ja analyysimenetelmät*

Toimintatutkimus on lähes aina monimenetelmäinen eli siinä käytetään useampaa tiedonkeruu- ja analyysimenetelmää. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää. Tästä syystä toimintatutkimus valittiin opinäytetyön ja kehittämisprosessin lähestymistavaksi, koska näin voitiin käyttää erilaisia menetelmiä kehittämisen tukena. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä syklin eri vaiheissa. Tavoitteena on valita kulloiseenkin vaiheeseen kehittämisen kannalta sopivin menetelmä. Toimintatutkimuksen kvalitatiivisia tiedonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, haastattelu ja kirjalliset lähteet. Kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä kysely soveltuu toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi. Toimintatutkimuksessa kysely soveltuu parhaiten käytettäväksi tutkimusprosessin alkukartoitusvaiheessa ja vaikutusten arvioinnin mittaamisessa. (Kananen 2014, 20–29, 77–78, 102–103.)

Toimintatutkimus aloitettiin suunnittelulla, jolloin hahmoteltiin tutkimusasetelmaa ja tehtävää. Tutkimusasetelman hahmottelun jälkeen tutustuttiin kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Tämän jälkeen valittiin määrällisen aineiston hankkimisen menetelmäksi Kääriäisen (© 2007) väitöskirjassaan kehittämä potilasohjauksen laatu-kyselylomake (Kääriäinen 2007). Ohjauksen laatu-kyselylomake muokattiin alkuperäisen mittarin kehittäjän suostumuksella vastaamaan tämän tutkimuksen tavoitteita. Ohjauksen laatu-potilasmittari valittiin kehittämistyön määrällisen aineiston hankinnan menetelmäksi, koska sen sisäinen johdonmukaisuus ja rakenne- eli käsitevaliditeetti on todettu hyväksi aiemmissa tutkimuksissa (Isola ym. 2007; Kääriäinen 2007; Tarki-

ainen ym. 2012; Kaakinen 2013). Ohjauksen laatu–potilasmittaria on käytetty aiemmin tutkittaessa pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen laatua, esimerkiksi iäkkäillä potilailla (Isola ym. 2007) ja pitkäaikaissairailla aikuisilla (Kaakinen 2013).

Kehittämistyön kvantitatiivinen eli määrällinen aineisto saatiin munuaispotilaille suunnatulla kyselylomakkeella ja kvalitatiivinen eli laadullinen aineisto saatiin kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä, tutkimuspäiväkirjaan merkityistä havainnoista, moniammatillisen asiantuntijatiimin arviointikierroksen palautteista ja kirjallisuuskatsauksen tuloksista. Kyselylomakkeella saatava määrällinen tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä Tixel –ohjelmaa, joka on Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijoilleen tarjoama tilasto-ohjelma tutkimusaineiston analysointiin. Tutkimustulokset esitetään frekvensseinä, prosentteina, sijaintia ja hajontaa kuvaavina tunnuslukuina (keskiarvo ja keskihajonta) sekä tilastollisina merkitsevyyksinä. Muuttujien riippuvuutta kuvataan ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliö–testillä. Avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysia.

#### *Toimintatutkimuksen arviointi*

Toimintatutkimuksessa arvioidaan erityisesti sen kokonaisuutta. Tutkimus voidaan nähdä onnistuneena, jos sen tuloksena on luotu parempi käytäntö, joka on toimiva ja käyttökelpoinen työyhteisössä tai organisaatiossa. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149 – 161.) Kananen (2014) painottaa toimintatutkimuksen tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana tiedonkeruun, menetelmien ja tulosten riittävän tarkkaa dokumentaatiota. Toimintatutkimuksen tulosten yleistettävyys perustuu dokumentaatioon, koska tutkimustulosten siirrettävyyttä voidaan tarkastella tutkimuksen lähtökohtatilanteen ja kuvauksen pohjalta. Tulokset voivat olla siirrettävissä tapauksiin, jotka vastaavat tutkimustulosten tapausta. Toimintatutkimus ei pyri yleistämään vaan ymmärtämään ja selittämään ilmiötä. Toimintatutkimuksen periaatteisiin kuuluu, että arvioinnin suorittavat ne, jotka olivat mukana kehittämisprosessissa. Tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että mittarit ovat yksiselitteisiä ja mittaavat muutosta. (Kananen 2014, 134–137.)

Kehittämistyössä laadittu osallisuutta vahvistava ohjausmalli vietiin munuaispotilaan moniammatilliseen tiimiin arviointikierrokselle. Kehitetyn ohjausmallin arviointikriteereinä käytettiin osallisuuden ulottuvuuksia. Ohjausmallin osallisuutta vahvistavaa

osuutta arvioitiin tieto-, suunnittelu-, toiminta-, päätös- ja arviointiosallisuuden kriteereillä. (Kettunen & Kivinen 2012, 40; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 51–53, 90–91; Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589.) Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin arviointilomake laadittiin Rouvinen-Wileniuksen & Koskinen-Ollonqvistin (2011, 89–91) potilaan osallisuuden arviointiin suunnitellun lomakkeen pohjalta.

### 5.3 Toimintatutkijana kentällä

Kehittämistyössä käytäntöä kehitettiin toimintatutkimuksen avulla, joten kehittäjästä voidaan puhua toimintatutkijana. Toimintatutkija on roolissaan tutkijan ja toimijan välimaastossa. Aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen tutustumalla tutkija saa täsmennettyä näkökulmaansa teoriapohjaan ja käsitteisiin. Toimintatutkija osallistuu käytännön muutosprosessiin. Hänellä on muutokseen tähtäävä yhteisö, johon hän pyrkii vaikuttamaan osallistumalla tutkimusaineiston tuottamiseen. Toimintatutkimuksessa tutkimuksen tekijä on aktiivinen toimija ja vaikuttaja. (Huovinen & Rovio 2008, 94–96; Kananen 2014, 11–14.)

Toimintatutkija keskustelee osallistujien kanssa jopa päivittäin toiminnan aikana, tuo esille omia havaintoja ja kyselee mielipiteitä osallistujilta. Tutkija tekee huomioita ja pyrkii edistämään vuoropuhelua, jonka avulla kaikkien toimijoiden näkemykset otetaan huomioon. (Heikkinen 2008, 28–30.) Kehittämisprosessin aikana tutkimusongelmat muuttuvat ja täsmentyvät. Kehittämisprosessin aikaiset havainnot ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä. (Huovinen & Rovio 2008, 94–96; Toikko & Rantanen 2009, 30.) Päämääränä on saada sellaista tietoa, joka kehittää, muokkaa tai muuttaa olemassa olevia käytäntöjä, toimintamalleja tai prosesseja. (Heikkinen 2008, 16; Kananen 2014, 12). Tällaisia havaintoja ja keskusteluja tutkija voi kirjoittaa tutkimuspäiväkirjaan. Tutkimuspäiväkirjan avulla tutkija voi jäsentää ajatuksiaan. Kenttä tapahtumisen lisäksi siihen voi koota tietoa tutkimuksen etenemisestä ja tunnelmista. Tutkimuspäiväkirja voi sisältää tutkijan saamaa palautetta, yhteenvedoja, kysymyksiä ja omaa toimintaa koskevia havaintoja. Tutkimuspäiväkirja on tarpeellinen väline aineiston talletukseen ja ajatusten jäsentämiseen. (Huovinen & Rovio (2008, 103–109.) Tässä kehittämistyössä munuaispoliklinikan sairaanhoitajien kanssa käytiin kahden viikon välein

keskusteluja tutkimuksen etenemisestä. Samalla merkittiin ylös havaintoja tutkimukseen suhtautumisesta, ihmisten tunnetiloista ja käyttäytymisestä. Kaikki havainnot ja keskustelujen keskeinen sisältö kirjattiin tutkimuspäiväkirjaan.

Kananen (2014) tuo esille sosiaalisten taitojen merkityksen toimintatutkimuksen tekemisessä. Toimintatutkimuksen tekijältä vaaditaan tutkimuksellisten asioiden lisäksi tietoa myös ryhmäkäyttäytymisestä. Etenkin ulkopuolelta tulevan tutkijan mukaanpääsy edellyttää yhteisön jäsenten suostumuksen muutenkin kuin muodollisen tutkimusluvan perusteella. Tutkijalla tulee olla tietoa kehitettävästä kohteesta, vaikka toimintatutkimuksen onnistumisen edellytyksenä onkin asioiden löytyminen ja kehittyminen ilmiön toimijoiden kautta. Työyhteisön sisältä tuleva tutkija voi kohdata toisenlaisia haasteita, koska rooli vaihtelee tilanteen mukaan tutkijasta työntekijäksi. Toimintatutkimuksen tutkija huolehtii aikatauluista, lupauksen pitämisestä ja varmistaa, että jokainen ryhmän jäsen ottaa kantaa ja osallistuu toimintaan. (Kananen 2014, 67–68.) Toimintatutkijan roolin omaksumista saattoi helpottaa se, että toimintatutkijalla on 15 vuoden kokemus työskentelystä tässä työyhteisössä. Tutkimuksen kannalta oli mahdollisesti etua siitä, että työyhteisön toimintamallit, potilaat ja työntekijät ovat tuttuja. Toisaalta haittapuolena oli se, että uskottavuus toimintatutkijana saattoi potilaiden ja hoitotyöntekijöiden silmissä olla heikko, koska useiden vuosien ajan olen toiminut potilaiden munuaishoitajana ja tasavertaisena kollegana toisille hoitotyöntekijöille.

Toimintatutkijana huolehdin siitä, että tutkimukseen osallistujat tiesivät koko ajan tutkimuksen etenemisestä ja aikataulusta. Tutkimussuunnitelma esiteltiin koko henkilökunnalle ennen tutkimuksen alkua ja sen jälkeen tutkimussuunnitelman paperiversio oli koko kehittämisprosessin ajan luettavana munuaishoitajan huoneessa. Toimintatutkijana huomioin munuaisspoliiklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien panoksen tutkimuksen etenemisessä ja onnistumisessa. Munuaisspoliiklinikan sairaanhoitajan rooli kyselylomakkeiden jakajana oli merkittävä kyselytutkimuksen onnistumisessa. Säännölliset keskustelut tutkimuksen aineistonkeruun etenemisestä, sisätautiopoliiklinikan hoitohenkilöstön yhteistyökokous uuden ohjausmallin laadinnasta, sisällöstä ja käytönotosta sekä moniammatillisen tiimin kommenttikierros ohjausmallin arvioimiseksi olivat tärkeitä tilaisuuksia, joissa yhteinen tekemisen ja kehittämisen henki tuli esille.

Huovinen ja Rovio (2008) korostavat luottamuksen edellyttävän viiden dialogisuuden periaatteen toteutumista: osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja refleksiivisyys. Osallistuminen edellyttää vapaaehtoisuutta, mutta tarvitaan myös sitoutumista, koska jaettu asiantuntijuus vaatii osallistujilta aktiivisuutta. Osallistumiseen kuuluu esimerkiksi yhteistä suunnittelua, kuuntelemista, keskustelua, kyselemistä ja yhteenvetöjen tekemistä. Tutkija eläytyy osallistujien kokemuksiin, mutta samalla ottaa etäisyyttä ja arvioi tutkimustilannetta kriittisesti ja neutraalisti. Tutkija reflektoi havaittua myös yhdessä osallistujien kanssa. Toimintatutkimuksen kenttävaihe on parhaimmillaan osallistujien tasavertaista vuorovaikutusta. (Huovinen & Rovio 2008, 102–104.) Kaikkien tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuuden edellytyksen täyttyminen on tärkeää (TENK 2012). Potilaiden osallistumisen vapaaehtoisuus tuotiin selkeästi esille kyselylomakkeen saatekirjeessä (Liite 4). Munuaispoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat antoivat kirjallisen suostumuksensa (Liite 5) toimia vapaaehtoisina, avustavina henkilöinä tutkimuksessa työyhteisössä pidetyn kehittämistyötä käsittelevän osastotunnin jälkeen.

#### 5.4 Ensimmäinen sykli: Munuaispotilaan ohjauksen laatua kartoittava kysely

##### *Tutkimusjoukko ja kyselyaineiston keruu*

Saatekirje on tärkeä dokumentti kyselytutkimuksen onnistumisen kannalta, sillä sen perusteella vastaaja päättää, mistä lomakkeesta on kyse ja osallistuuko hän tutkimukseen. Saatekirjeen avulla herätetään vastaajan luottamus tutkimuksen tekijään ja lisätään vastaamismotivaatiota. (Vehkalahti 2008, 47–48; Ojasalo, Moilanen & Rita-lahti 2009, 118.) Saatekirjeeseen (Liite 4) panostettiin, koska tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava tulos munuaispoliklinikan potilaiden ohjauksen kehittämiseksi potilaiden tarpeita vastaavaksi. Munuaispoliklinikan sairaanhoitajat jakoivat kyselylomakkeen saatekirjeineen munuaispotilaille poliklinikkakäynnillä. Saatekirjeen tehtävänä oli informoida potilasta tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja tutkittavien anonymiteetistä. Saatekirjeen välityksellä annettavalla informaatiolla pyrittiin kunnioittamaan kyselyyn osallistuvien itsemääräämisoikeutta ja vapaaehtoisuuden periaatetta. Saatekirjeessä mainittiin toimintatutkijan yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja ja tiedusteluja varten.

Tutkimukseen rajattiin munuaispoliklinikan seurannassa olevat ensi- ja uusintakäyntipotilaat. Tutkimuksessa tietoisesti suostumukseksi tulkittiin kyselyyn vastaaminen ja sen palauttaminen poliklinikan odotusaulan postilaatikkoon. Munuaispoliklinikan vastaanottotilanne muodostui lääkärin ja hoitajan vastaanotosta. Potilaat vastasivat kyselyyn vastaanottotilanteen jälkeen. Saatekirjeessä aineistonkeruulomake ohjattiin palauttamaan vastaanottokäynnin jälkeen nimettömänä suljetussa kirjekuoressa poliklinikan odotusaulassa olevaan lukolliseen, vihreään postilaatikkoon. Potilas kuului tutkimuksen kohdejoukkoon, mikäli hän oli 18 –vuotta täyttänyt ja halusi vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseen. Tutkimuksesta rajattiin pois predialyysipoliklinikan potilaat ja dialyysipotilaat, koska heidän sairautensa tilannettaan ei seurata munuaispoliklinikalla.

Määrällinen tutkimusaineisto kerättiin Ohjauksen laatu–kyselylomakkeella (© Kääriäinen 2007). Ohjauksen laatu–kyselylomake on Kääriäisen (2007) väitöskirjassaan kehittämä potilasmittari, jonka perustana on systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Kääriäinen 2007, 21). Alkuperäisen mittarin sisäinen johdonmukaisuus on todettu hyväksi useissa tutkimuksissa (Kääriäinen 2007; Isola ym. 2007; Kaakinen 2013). Professori Kääriäiseltä anottiin ja saatiin sähköpostitse keväällä 2015 lupa mittarin käyttöön ja muokkaamiseen munuaispotilaan ohjausta kehittävän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä. Ohjauksen laatu–mittari muodostuu taustatietokysymyksistä ja ohjauksen laadun osa-alueista (ohjauksen riittävyys, toteutus, resurssit ja vaikutukset). Alkuperäisen mittarin väittämiä ja kysymyksiä muokattiin vastaamaan tämän kehittämistutkimuksen tavoitteita. Kyselylomakkeen taustatiedoista poistettiin kaksi kysymystä ja yksi kysymys muotoiltiin polikliiniseen hoitoon sopivaksi. Polikliinisen hoidon ja ohjauksen laadun kokemukseen vaikuttava tekijä on käyntikerta poliklinikalla (Eloranta ym. 2009, 14), jonka vuoksi taustatietona kysyttiin onko kyseessä ensi- vai uusintakäynti munuaispoliklinikalla. Ohjauksen laadun osa-alueiden väittämistä muutamia poistettiin, koska niiden ei arvioitu tuovan lisäarvoa tälle tutkimukselle, ja koska haluttiin pitää kyselylomake suhteellisen nopeana vastattavana. Muutamia ohjauksen laadun osa-alueiden väittämiä muokattiin sanamuodoiltaan munuaispotilaan tilanteeseen sopiviksi.



Kyselylomakkeesta poistettiin kaksi ohjauksen kehittämistä käsittelevää kysymystä ja tilalle muotoiltiin kolme munuaispotilaan osallisuutta ja polikliinisen ohjauksen kehittämistä käsittelevää kysymystä. Tehdyt muutokset hyväksyttiin alkuperäisen mittarin kehittäjällä. Potilaiden saatekirjeeseen ja kyselylomakkeeseen laitettiin asianmukainen merkintä kyselylomakkeen alkuperäisestä tekijästä. Tässä työssä kunnioitetaan Kääriäisen (2007) copywright-oikeuksia kehittämäänsä mittariin ja sen vuoksi kyselylomaketta ei liitetty työn liitteeksi.

Muokattu kyselylomake sisältää viisi taustatietokysymystä, jotka aiempien tutkimusten mukaan ovat yhteydessä potilaan kokemuksiin toteutuneesta ohjauksesta: sukupuoli, ikä, koulutus, siviilisääty ja käyntikerta poliklinikalla (Kääriäinen 2007; Virtanen ym. 2007; Eloranta ym. 2009). Kyselylomakkeessa potilasohjauksen laatua mitattiin yhteensä 71 väittämällä neljällä osa-alueella: ohjauksen riittävyys (19 väittämää), ohjauksen toteutus (27 väittämää), ohjauksen resurssit (9 väittämää) ja ohjauksen vaikutukset (16 väittämää).

Ohjauksen riittävyttä kartoittavassa osiossa vastausvaihtoehdot esitettiin 5-portaisella Likert -asteikolla. Likertin asteikko on mielipideväittämässä käytetty välimatka-asteikko, jossa vastausvaihtoehtojen etäisyys toisistaan on tietyn suuruinen. Sen asteikolla vastaaja arvioi omaa käsitystään väittämän sisällöstä. (Heikkilä 2008, 53; Metsämuuronen 2009, 70.) Väittämät olivat muotoa: ”Sain riittävästi ohjausta munuais-sairaudesta” 1= täysin samaa mieltä; 2= osittain samaa mieltä; 3= osittain eri mieltä; 4= täysin eri mieltä; 5= en tarvinnut ohjausta). Ohjaustilanteen ilmapiiriä kartoittavassa osiossa väittämät esitettiin 4-portaisella asteikolla. Väittämät olivat muotoa: ” Ohjaustilanteen ilmapiiri oli (4=erittäin asiantunteva, 3= jonkin verran asiantunteva, 2= jonkin verran epäröivä, 1= erittäin epäröivä)”. Ohjaustilanteen toteutumista, resursseja ja vaikutuksia kartoittavat väittämät esitettiin 5-portaisella Likertin asteikolla. Väittämät olivat muotoa: ”Ohjauksessa käsiteltiin juuri niitä asioita, joita minä tarvitsen” 1=täysin samaa mieltä; 2= osittain samaa mieltä; 3= en osaa sanoa; 4= osittain eri mieltä; 5= täysin eri mieltä.

Kyselylomake sisälsi kolme kysymystä potilasohjauksen kehittämisestä, joista yksi oli puoliavoin kysymys ja kaksi oli avoimia kysymyksiä. Ohjauksessa ilmeneviä ongelmia selvitettiin kysymyksellä: ”Ilmenikö mielestänne ohjauksessa jotain ongelmia?”,

johon annettiin vastausvaihtoehdot ”ei” ja ”kyllä”. Mikäli kysymykseen vastasi ”kyllä”, pyydettiin potilasta lyhyesti kertomaan millaisia ongelmia ohjauksessa ilmeni. Kyselylomakkeen lopussa kysyttiin kaksi munuaispotilaan osallisuuden vahvistamiseen liittyvää kysymystä: ”Kuvailkaa omaa osuuttanne munuaispoliklinikkakäynnin aikana” ja ”Millaisia toiveita ja ajatuksia teillä on munuaispotilaan ohjauksen kehittämiseksi?” Kyselylomakkeeseen jätettiin kysymysten jälkeen vastaustilaa. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli tuottaa tietoa väittämässä mahdollisesti huomiotta jääneistä aihealueista, joita munuaispoliklinikalla hoidettavat potilaat pitävät tärkeinä ohjauksen kehittämisessä.

Munuaispotilaan ohjauksen laatua kartoittava kyselylomake testattiin elokuussa 2015 viidellä sattumanvaraisesti valitulla munuaispotilaalla, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen kyselytutkimukseen. Kyselylomakkeen testauksella oli tarkoitus kartoittaa erityisesti vastaamiseen kuluvaa aikaa sekä väittämien ja kysymysten ymmärrettävyyttä, sillä kysely haluttiin pitää suhteellisen nopeana vastattavana. Vastaamiseen kului aikaa noin 20 minuuttia, mitä pidettiin kohtuullisen vastaamisajan takarajana. Testivastajien palautteen perustella joitakin väittämiä muokattiin ymmärrettävyyden lisäämiseksi.

Kyselylomake annettiin luettavaksi myös tutkimukseen osallistuvalla ja siinä avustavalle henkilökunnalle. Sisätautien poliklinikalla työskentelevät viisi sairaanhoitajaa ja kaksi munuaislääkärää testasivat kyselylomakkeen. Kyselylomaketta pidettiin johdonmukaisena, ymmärrettävänä ja selkeänä. Tämän jälkeen tehtiin vain muutama muutos väittämien kirjoitusmuotoihin. Henkilökunnalle suunnatun testauksen perusteella todettiin, että kyselylomakkeen potilaille jakava sairaanhoitaja on merkittävässä asemassa kyselytutkimuksen onnistumisessa, koska hoitajan myönteinen suhtautuminen kyselytutkimukseen ja kehittämistyöhön motivoi potilasta osallistumaan itseään koskevan palvelun kehittämiseen. Sairaanhoitajan tärkeä rooli kyselylomakkeen jakajana korostuu munuaispoliklinikalla erityisesti siksi, että munuaispoliklinikan potilaat ovat keskimäärin melko iäkkäitä ja voivat tarvita apua lomakkeen täyttämässä.

Ennen aineistonkeruun aloittamista pidettiin sisätautien poliklinikan henkilökunnalle osastotunti. Osastotunnilla 31.8.2015 selvitettiin läsnäolijoille opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet, eteneminen sekä kyselyyn ja sen toteuttamiseen liittyvät menettelyt ja

eettisyys. Näin pyrittiin turvaamaan kyselyyn liittyvien eettisten periaatteiden toteutuminen ja yhtenäinen menettely tiedonkeruussa. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat allekirjoittivat 14.9.2015 suostumuslomakkeen (Liite 5), jossa he ilmoittivat suostumuksensa toimia tutkimuksessa avustavina henkilöinä ymmärtäen tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuksen eettiset periaatteet. Sairaanhoitajan tehtävä tutkimuksessa oli kyselyjen jakaminen saatekirjeineen potilaille ja suullinen informointi tutkimuksesta sekä tarvittaessa potilaiden auttaminen lomakkeen täyttämässä. Aineistonkeruu suoritettiin munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta kartoittavalla kyselylomakkeella 21.9. – 31.12.2015 välisenä aikana Satakunnan keskussairaalan munuaispoliklinikalla.

Syksyn 2015 aikana toimintatutkija kävi viikoittain palautettujen kyselylomakkeiden haun yhteydessä keskustelua munuaispoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kanssa, jolloin heillä oli mahdollisuus keskustella aineistonkeruuseen liittyvistä asioista, mahdollisista ongelmista ja aineistonkeruun etenemisestä. Sairaanhoitajat kertoivat kyselyjen jakamisen sujuneen ongelmitta. Valtaosin potilaat suhtautuivat kyselyyn myönteisesti ja kokivat kyselyyn osallistumisen olevan tärkeä keino vaikuttaa itseä koskevan palvelun kehittämiseen. Sairaanhoitajilta saadun palautteen perusteella tarjotusta kyselylomakkeesta olivat kieltäytyneet ne potilaat, jotka olivat kovin kiireisiä heti vastaanottokäynnin jälkeen, ja kokivat, ettei kyselyn täyttämiseen juuri sinä päivänä ollut aikaa. Jotkut potilaat vastaanottivat kyselylomakkeen ja kertoivat palauttavansa sen seuraavan käynnin yhteydessä. Potilailta tuli kiitosta, siitä että munuaispotilaat ja heidän tarpeensa huomioidaan, ja että potilasohjauksen kehittämiseen saadaan myös potilaan ääni kuuluviin. Toimintatutkija haki palautetut kyselylomakkeet lukitusta postilaatikosta viikoittain, jolloin oltiin koko ajan tietoisia palautettujen kyselylomakkeiden määrästä. Palautetut kyselylomakkeet säilytettiin lukitussa paikassa ja olivat vain toimintatutkijan käytössä.

Kyselylomake jaettiin syksyn 2015 aikana poliklinikkakäynnin yhteydessä yhteensä 168 potilaalle. Kyselylomakkeita palautui analysoitavaksi 81, ja vastausprosentti oli 48. Vastaajista yli puolet oli naisia (56%). Yksi vastaaja ei ilmoittanut sukupuoltaan. Enemmistö vastaajista oli yli 58 -vuotiaita (65%) ja määrällisesti eniten oli 68–77-vuotiaita (32%). Vastaajista yli puolet oli naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa (55%). Suurin osa vastaajista oli suorittanut kansakoulun/keskikoulun/peruskoulun

(42%), koulutason/nuorisoasteen ammattitutkinnon tai ylioppilastutkinnon suorittaneita oli runsas viidennes (24%) ja joka neljäs oli suorittanut opistotason tutkinnon/alemmän korkeakoulututkinnon/ammattikorkeakoulututkinnon (27%). Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita oli 7 prosenttia vastanneista. Suurimmalle osalle vastaajista (91%) poliklinikkakäynti oli uusintakäynti. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien kuvaus

Taustatiedot	n	%
<b>Sukupuoli (n=80)</b>		
nainen	45	56
mies	35	44
<b>Ikä (n=81)</b>		
18 – 27 vuotta	2	2
28 – 37 vuotta	4	5
38 – 47 vuotta	11	14
48 – 57 vuotta	11	14
58 – 67 vuotta	21	26
68 – 77 vuotta	26	32
78 – 87 vuotta	6	7
88 -vuotta tai vanhempi	0	0
<b>Siviilisääty (n=81)</b>		
naimaton	7	9
avoliitossa	17	21
naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa	45	55
eronnut	8	10
leski	4	5
<b>Koulutus (n=81)</b>		
kansakoulu/keskikoulu/peruskoulu	34	42
koulutason tutkinto/nuorisoasteen ammattitutkinto	17	21
ylioppilastutkinto	2	3
opistotason tutkinto/alempi korkeakoulututkinto/ ammattikorkeakoulututkinto	22	27
ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto)	6	7
<b>Käyntikerta munuaispoliklinikalla (n=81)</b>		
ensikäynti	7	9
uusintakäynti	74	91

*Kyselyaineiston analyysi*

Määrällisen aineiston käsittely aloitettiin tarkistamalla saatu aineisto. Palautuneista lomakkeista tarkistettiin lomakkeiden tiedot, arvioitiin vastausten laatu, puuttuvat tiedot ja virheet. Osa lomakkeista oli puutteellisesti täytetty, minkä vuoksi vastaajien määrä (n) vaihtelee kysymyksittäin. Kaikki lomakkeet voitiin kuitenkin ottaa mukaan. Kyselylomakkeet numeroitiin juoksevalla numerolla käsittelyjärjestyksessä. Lomakkeiden numerointi oli tärkeää, koska näin tallennettuja tietoja voitiin myöhemmin tarkistaa. Tiedot syötettiin ja tallennettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Tietojen kirjauksessa ja tallennuksessa noudatettiin tarkkuutta ja huolellisuutta. Tallennetut tiedot tarkistettiin jokaisen havaintoyksikön tietojen kirjaamisen jälkeen. Tarkistamisessa käytiin läpi uudelleen jokaisen lomakkeen tietojen syöttäminen havaintomatriisiin sekä tarkistettiin muuttujien arvot ja nimet. Numeroitujen kyselylomakkeiden ja havaintomatriisin tietojen tarkistaminen on välttämätöntä tulkintavirheiden välttämiseksi ja tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. (Vilka 2007, 106–108, 111–117.)

Analyysivaiheessa muutettiin kaikkien ohjauksen laatua kuvaavien väittämien suunta samansuuntaiseksi. Ohjauksen ilmapiiriin väittämät numeroitiin uudelleen kääntämällä väittämien suunta. Uudelleennumeroinnissa arvo 4 (paras arvio ilmapiiristä) muutettiin numeroksi 1. Arvo 3 muutettiin numeroksi 2, arvo 2 numeroksi 3 ja arvo 1 numeroksi 4. Tällä menetelmällä kaikkien ohjauksen laatua kuvaavien väittämien kohdalla parasta potilaan arviota ohjaukseen liittyvästä tilanteesta kuvaa numero 1 ja huonointa arviota numero 4.

Kyselylomakkeiden vastauksiin perehdyttiin lukemalla ne useaan kertaan läpi ja luotiin käsitys potilaiden kokemuksista. Kyselylomakkeella saatu määrällinen aineisto käsiteltiin ja analysoitiin Tixel -ohjelmalla. Aineiston analysoinnissa hyödynnettiin tilastoanalyysin toimintoja. Aineistoa kuvataan käyttämällä frekvenssejä, prosenttiosuuksia, sijainnin ja hajonnan tunnuslukuja (keskiarvo, keskihajonta) sekä tilastollisina merkitsevyyksinä. Useissa ohjauksen laadun osa-alueiden väittämissä lähes kaikki vastaajat olivat täysin tai osittain samaa mieltä väittämistä, joten ne vastaukset päädyttiin kirjoittamaan auki sanalliseen muotoon. Aineiston analyysissä tilastollisten erojen puuttuminen tarkoittaa sitä, että vastaajat ovat olleet hyvin samaa mieltä tutkitavasta ilmiöstä. Kliinisesti erittäin merkittävä tulos on myös, jos vastaajat ovat hyvin

samaa mieltä tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126.) Graafiset kuviot laadittiin niistä ohjauksen laadun osa-alueiden väittämistä, joiden vastauksissa oli selvää hajontaa ja/tai mielenkiintoisen suuri prosenttiosuus ”En osaa sanoa” tai ”En tarvinnut ohjausta” – vastauksia.

Ristiintaulukoinnilla tutkitaan kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä ja niiden välisiä riippuvuuksia. Riippuvuustarkastelussa tutkitaan onko tarkastelun kohteena olevan selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. Tilastollista merkitsevyyttä taustatekijöiden ja potilaiden ohjaukokemuksen välillä arvioitiin Khiin neliö-testillä. Testi soveltuu luokitteluasteikollisten muuttujien ristiintaulukointiin. Ristiintaulukoinnin yhteydessä tarkasteltiin myös kontingenssikerrointa. Khiin neliö -testin käytön edellytykset mitta-asteikon lisäksi ovat: korkeintaan 20 prosenttia odotetuista frekvensseistä saa olla pienempiä kuin viisi ja jokaisen odotetun frekvenssin on oltava suurempi kuin yksi. Jos edellytykset eivät täyty, johtaa testi helposti virheellisten johtopäätösten tekemiseen (Kananen 2008, 193–212; Heikkilä 2008, 210–213; Metsämuuronen 2009, 358, 448, 966.) Khiin neliö-testin edellytykset eivät täytyneet kaikkien muuttujien kohdalla. Heikkilän (2008, 112) mukaan ratkaisu tähän ongelmaan voidaan löytää alkuperäisten luokkien yhdistelyllä tai jättämällä pois luokat, joissa frekvenssi on liian pieni. Taustamuuttujista ikä, siviilisääty ja koulutus päädyttiin luokittelemaan uudelleen.

Ikä-muuttujassa alkuperäisiä luokkia oli kahdeksan (8). Pienten havaintoyksiköiden poistamiseksi muuttujia luokiteltiin uudelleen. Yli 88-vuotiaita vastaajia ei ollut yhtään, joten se luokka poistettiin. Luokkia yhdisteltiin niin, että saatiin kaksi (2) eri luokkaa iälle: työikäiset (18–67 –vuotiaat) ja ikääntyneet (68–87 –vuotiaat). Siviilisääty-muuttujassa alkuperäisiä luokkia oli viisi (5). Pienten havaintoyksiköiden poistamiseksi luokkia yhdisteltiin yhdistämällä eronnut ja leski samaan luokkaan. Näin saatiin neljä (4) eri luokkaa siviilisäädylle: naimaton, avoliitossa, naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa ja eronnut/leski. Koulutus-muuttujassa oli alkuperäisiä luokkia kuusi (6). Luokkia yhdisteltiin ja saatiin neljä (4) eri luokkaa koulutukselle: kansakoulu/keskikoulu/peruskoulu, koulutason/nuorisosteen ammattitutkinto/ylioppilastutkinto, opistotason tutkinto/alempi korkeakoulututkinto/ammattikorkeakoulututkinto ja ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto). Edellä mainittujen uudelleen luokitus-ten jälkeen Khiin neliö-testin edellytykset täytyivät kaikissa testatuissa muuttujissa ja

testin tuloksia voitiin hyväksyttävästi käyttää osana tilastollista päättelyä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin ( $p < 0,05$ ). Tulososiossa raportoidaan vain tilastollisesti merkitsevät yhteydet. (Metsämuuronen 2008, 570–577.) Testimuuttujista raportoidaan kontingenssikerroin (C), vapausasteet eli df (Degrees of Freedom) ja p-arvo.

Järjestysasteikollisista muuttujista muodostettiin summamuuttujia, koska potilasohjauksen laatua haluttiin tarkastella myös kokonaisuutena. Summamuuttujat muodostettiin samalla tavalla kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on käytetty Ohjauksen laatu-mittaria. Summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen jokaista ohjauksen laadun osa-alueita mittaavien muuttujien arvot ja jakamalla summa muuttujien lukumäärällä. Ohjauksen laatua kuvaavista muuttujista muodostettiin yhdeksän summamuuttujaa alkuperäisen potilasohjauksen laatu-mittarin (Kääriäinen 2007) perusteella. Ohjauksen riittävydestä muodostettiin kaksi summamuuttujaa (ohjaus sairaudesta ja ohjaus hoidosta), ohjauksen toteutuksesta kolme (ilmapiiri, potilaslähtöinen toiminta, vuorovaikutus), ohjauksen resursseista kolme (toimintamahdollisuudet, ohjausmenetelmät sekä hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet) sekä vaikutuksista yksi (hyödyt). (Kääriäinen 2007, 61.) Summamuuttujia tarkastellaan sijaintia ja hajontaa kuvaavien tunnuslukujen avulla. ”En osaa sanoa” ja ”en tarvinnut ohjausta”-vaihtoehdot jätettiin pois laskennasta (Heikkilä 2008, 184; Metsämuuronen 2008, 511–512). Summamuuttujien mitta-asteikoksi muodostui 1=täysin samaa mieltä, 2=osittain samaa mieltä, 3=osittain eri mieltä ja 4= täysin eri mieltä. Luokittelurajoiksi asetettiin ”hyvä” 1,00–2,49 ja ”huono” 2,50–4,00. Pienin pistemäärä kuvasi vastaajan täydellistä yksimielisyyttä mittarin väittämien kanssa ja parasta mahdollista arviota ohjaukseen liittyvästä asiasta tai tilanteesta. Kyselylomakkeen reliabiliteettia sisäisen johdonmukaisuuden osalta tarkasteltiin Cronbach alfa-arvolla (Metsämuuronen 2009, 78, 549).

Ohjauksen kehittämiseen liittyvien yhden puoliavoimen ja kahden avoimen kysymyksen vastaukset ja kommentit kirjoitettiin sanatarkasti auki erilliselle paperille ja analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla tutkimusaineistoa voidaan järjestää ja kuvata systemaattisesti. Sisällönanalyysi auttaa nostamaan esiin teemoja, joiden avulla aineistosta voi tehdä yhteenvedon ja tuoda esiin osallistujien kokemuksia sekä näkemyksiä tutkittavasta aihe-

alueesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Sisällönanalyysi perustuu tutkijan omaan tulkintaan ja päättelyyn. Sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällönanalyysi eteni vaiheittaisena prosessina. Aineisto luettiin useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi aineistosta. Vastaukset vaihtelivat muutaman sanan mittaisista kuvauksista 3–4 lauseen pituisiksi. Analyysiyksiköksi valittiin lyhyt lause tai asiakokonaisuus. Alkuperäislausumista etsittiin sanoja, ilmaisuja ja lauseita, jotka vastasivat kysymykseen ohjaustilanteen ongelmista, kuvailivat munuaispotilaiden osallisuutta/omaa osuutta poliklinikkakäynnillä ja potilaiden näkemyksiä ohjauksen kehittämistarpeista. Alkuperäisilmaisut yksinkertaistettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, siten että olennainen sisältö ilmaistiin tiivistetyksi mahdollisimman alkuperäisessä muodossa. Samansisältöiset ilmaisut ryhmiteltiin yhdistävän tekijän mukaan samaan alakategoriaan, joka nimettiin sisällön mukaan. Ryhmittelyä jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat yläkategorioiksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119; Elo & Kyngäs 2008, 539–540; Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 25.) Analyysin tavoitteena oli tiivistää vastaajien näkemykset ohjaustilanteen ongelmista, munuaispotilaan osallisuuden ilmenemisestä ja ohjauksen kehittämistarpeista selkeiksi munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen laatimista ohjauksiksi käsitteiksi.

Munuaispotilaan ohjaustilanteen ongelmiin liittyvään puoliavoimeen kysymykseen saatiin vain kolme vastausta, jonka vuoksi sisällönanalyysin tekeminen vastausten vähyden vuoksi ei ollut mahdollista. Ongelmatilanteita kartoittavan kysymyksen vastaukset esitetään sanallisesti tulososiossa. Munuaispotilaan osallisuuteen poliklinikkakäynnillä liittyvään avoimeen kysymykseen muodostettiin sisällönanalyysin periaattein kolme yläkategoriaa, jotka kuvaavat munuaispotilaan osallisuutta. Munuaispotilaan ohjauksen kehittämistarpeita kartoittavaan avoimeen kysymykseen muodostettiin sisällön analyysin avulla yksi pääkategoria ja kolme yläkategoriaa, jotka kuvaavat munuaispotilaiden ajatuksia ohjauksen kehittämisestä. Kategorioiden muodostuminen esitetään taulukkoina tulososiossa. Sisällönanalyysin luotettavuuden osoittamiseksi tulososiossa esitetään suoria lainauksia alkuperäisilmauksista. Suorien lainausten avulla lukija voi luoda oman käsityksen alkuperäisestä ilmauksesta ja verrata sitä tut-



kijan tekemään tulkintaan. Analyysiprosessin kuvauksessa näkyy käsitteen rakentuminen. Alkuperäisaineistoon palattiin useita kertoja analyysin aikana tulkinnan oikeellisuuden varmistamiseksi. (Kynäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139–140.)

### 5.5 Toinen sykli: Ohjausmallin laadinta

Munuaispotilaiden ohjauksen laatua kartoittavan kyselyn tuloksia hyödynnettiin, kun laadittiin munuaispotilaan osallisuutta vahvistava potilasohjausmalli. Ohjausmallin laadinnassa hyödynnettiin kyselyn tulosten lisäksi opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Ohjausmallin laadinnassa lähdettiin liikkeelle osallisuuden lähtökohdista munuaispotilaan, hoitotyön asiantuntijoiden, toimintaorganisaation ja yhteiskunnan näkökulmista. Osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohtina munuaispotilaan näkökulmasta nähtiin yksilölliset potilasta voimavaraistavan tiedontarpeet, terveydenluktaito, itsemäärääminen, valinnanvapaus, hoitoon sitoutuminen, hoitohenkilöstöltä saatu riittävä tieto ja tuki, ohjauksen oikea-aikaisuus, riittävä ohjausaika, hoitoon sitoutuminen, vastavuoroinen ohjaussuhde, kumppanuus, jaettu päätöksenteko ja sosiaalinen verkosto. Hoitotyön asiantuntijoiden näkökulmasta osallisuuden toteutumisen lähtökohtina nähtiin ammatillinen osaaminen, potilaan yksilöllisiin tiedontarpeisiin perustuva ohjaus, potilaslähtöisyys, hoitohenkilöstön arvot ja asenteet, ohjaustiedot ja -taidot, vastavuoroinen ohjaussuhde, läheisten huomiointi, potilaan tarpeen mukaiset ohjausmenetelmät ja – materiaalit, moniammatillinen yhteistyö ja ohjauksen kirjaaminen. Toimintaorganisaation näkökulmasta osallisuuden toteutumisen lähtökohtina ovat sairaanhoitopiirin arvot, jotka on luotu yhteistyössä henkilöstön kanssa sekä potilaspalautejärjestelmä. Potilaspalautejärjestelmä toimii perinteisesti kirjallisena palautteena, jonka voi palauttaa jokaisen osaston ja poliklinikan palautelaatikkoon. Sähköisenä potilaspalautteen voi antaa Satakunnan sairaanhoitopiirin internet-sivuilla. Yhteiskunnan näkökulmasta osallisuuden toteutumisen lähtökohtina nähtiin lainsäädäntö, terveydenhuollon arvoperusta, terveyden edistämisen ohjelmat ja asiakirjat, koulutusjärjestelmä ja sosiaaliturva.

Polikliinisessä hoitotyössä potilaan valmistautuminen ajanvarauspoliklinikan käyntiin on tärkeä osallisuutta vahvistava asia. Munuaispotilaan hoidon onnistuminen perustuu potilaan päivittäin toteuttamaan omahoitoon. Tätä varten muokattiin Kaste-ohjelman

(2012–2015) POTKU2-hankkeessa (2012–2014) kehitetty omahoitolomake munuaispoliklinikapotilaan omahoitoa tukevaksi osallisuutta vahvistavaksi ohjausmenetelmäksi. Omahoitolomakkeen täyttäminen ennen ajanvarausvastaanotolle tuloa johdattaa potilaan miettimään omaa arviotaan voinnista ja hyvinvointiin vaikuttavista asioista, myönteisiä ja jo hallinnassa olevia asioita, mahdollisia ongelmia ja epäselvyyksiä sekä toteuttamaansa omahoitoa ja sen vaikutuksia. Omahoitolomake ohjaa potilasta arvioimaan omaa elämäänsä, toimintatapojansa ja niiden merkitystä terveyteen ja hyvinvointiin. Täytetyn lomakkeen perusteella voidaan vastaanotolla käydä järjestelmällisesti läpi potilaan esille nostamia asioita, jolloin varmistuu se, että käsitellään potilaan mielestä tarpeellisia, hänen elämäänsä ja sen hetkiseen hyvinvointiinsa liittyviä asioita.

Omahoitolomake lähetetään potilaalle kotiin ajanvarauskirjeen muiden liitteiden mukana. Omahoitolomakkeen tarkoitus on vahvistaa potilaan osallisuutta omaan elämäänsä ja hoitoonsa liittyvässä suunnittelussa, toteutuksessa ja päätöksenteossa. Omahoitolomakkeen kysymyksiin vastaamalla potilaalla on mahdollisuus päästä juuri niin syvälle omahoidon toteuttamiseen ja omaa elämäänsä koskeviin kysymyksiin kuin hän haluaa. Motivoiva haastattelu–tekniikka näkyy omahoitolomakkeen kysymysten muotoilussa. Omahoitolomakkeen kysymykset ovat avoimia ja kannustavat potilasta omaan ajatteluun. Omahoitolomake mahdollistaa tilaisuuden tulla kuulluksi ja ymmärretyksi sekä saada tukea ja apua ilmaisemiinsa asioihin ja ongelmiin. Omahoitolomake jää vastaanoton jälkeen potilaalle, jolloin potilas voi hyödyntää sitä omahoidon toteuttamisessa. Halutessaan potilas voi seuraavien vastaanottokäyntien yhteydessä täydentää ja muokata lomaketta oman tilanteensa mukaan. Jokaisen ajanvarauskirjeen mukana potilas saa kuitenkin uuden omahoitolomakkeen, koska sairauden vaiheiden mukaan potilaan tilanne ja tarpeet muuttuvat.

Munuaispoliklinikan ohjaustilanteessa munuaishoitajan vastaanotolla hyödynnetään motivoiva haastattelu–tekniikkaa potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutustilanteessa. Motivoiva haastattelu ilmenee aktiivisena kuunteluna, empatiana, avoimina kysymyksinä ja keskustelun yhteenvetona. Moniammatillista yhteistyötä tehdään potilaan tarpeiden ja sairauden tilanteen mukaan diabeteshoitajan, ravitsemusterapeutin, jalkaterapeutin, sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. Ohjauk-

sessä käytetään monipuolisia, ajan tasalla olevia, potilaan tarpeisiin soveltuvia ohjausmateriaaleja ja – menetelmiä, jotka valitaan potilaan kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Omaiset ja läheiset otetaan mukaan ohjaukseen potilaan toiveiden mukaan. Potilaan ajanvarauskirjeeseen laadittiin fraasi, jossa toivotetaan omainen tai läheinen tervetulleeksi potilaan mukana vastaanottokäynnille. Ohjaustilanteessa tuodaan aktiivisesti esille vertaistukeen ja kuntoutukseen liittyvät esitteet ja ohjataan potilas saamaan niistä lisätietoa Munuais- ja maksaliiton sekä Satakunnan munuais- ja maksayhdistyksen internet-sivuille. Potilas ohjataan Omakanta-ohjelman ja Satakunnan sairaanhoitopiirin internet-sivujen käyttöön ja hyödyntämiseen omahoidon tukena. Sosiaalietuuksien selvittäminen tapahtuu potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan. Sosiaalityöntekijän yhteystiedot ovat potilaan saatavilla poliklinikan odotusaulassa ja munuaishoitajan huoneessa. Samoin potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan harkitaan psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottoa mielen hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemiseksi. Potilaan ohjaus kirjataan jokaisessa ohjausprosessin vaiheessa HOI- tai HOIY – lehdelle. Vastaanottokäynnin jälkeen potilaan poliklinikkakäyntiä koskeva sairauskertomusteksti postitetaan potilaalle kotiin omahoidon toteutuksen tueksi.

Munuaispotilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvat sisätautipoliklinikan hoitotyön asiantuntijat osallistuivat ohjausmallin laadintaan tammikuussa 2017 esittämällä osastotunnin aikana ajatuksia ja näkemyksiä kehitetystä ohjausmallista. Osastotunnin jälkeen ohjausmalliin tehtiin muutoksia hoitotyöntekijöiltä saadun palautteen pohjalta. Munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli oli tämän jälkeen valmis koekäyttöön munuaispotilaiden ohjausmenetelmänä.

### 5.6 Kolmas sykli: Potilasohjausmallin käyttöönotto

Potilasohjausmalli otettiin koekäyttöön munuaispoliklinikan potilaiden ohjauksessa helmikuussa 2017. Ohjausmallin koekäytön aikana helmi-huhtikuussa 2017 munuaispoliklinikan sairaanhoitajat perehtyivät yhdessä potilaiden kanssa ohjausmallin käyttöön. Munuaispotilaan omahoitolomake postitettiin uusintakäyntipotilaille ajanvarauskirjeen mukana. Ajanvarauskirjeeseen muotoillussa fraasissa tuodaan esille omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua poliklinikkakäynnille potilaan niin toivoessa. Koekäytön aikana omaisten läsnäolo potilaan poliklinikkakäynnillä lisääntyi, sillä omaiset

pitivät lomakkeen täyttämistä tärkeänä kanavana ilmaista arkielämän ja omahoidon toteutumista kotioloissa. Koekäytön aikana ilmeni, että erityisesti ikääntyneet olivat saaneet apua omahoitolomakkeen täyttämässä läheisiltä tai kotihoidon työntekijöiltä.

Vastaanotolla munuaishoitaja kävi omahoitolomakkeen läpi potilaan kanssa keskustellen. Omahoitolomakkeesta poimittiin ensisijaisesti ne asiat, joissa potilas ilmoitti olevan tarpeita, ongelmia tai epätietoisuutta. Ongelmaksi ilmoitetuista asioista munuaishoitaja kysyi potilaalta tarkempia tietoja, jotta asiaa pystyttiin yhdessä keskustellen viemään eteenpäin. Potilaan lomakkeessa ilmaisemia myönteisiä ja onnistuneiksi arvoituja omahoidon taitoja ja kokemuksia vahvistettiin antamalla positiivista palautetta potilaan työskentelystä oman hyvinvoinnin edistämiseksi. Munuaishoitaja ohjasi potilaita lomakkeen hyödyntämiseen omahoidon tukena korostamalla potilaan omahoidon merkityksestä hoidon tavoitteiden saavuttamisessa. Potilaita rohkaistiin tutustumaan Omakanta – palveluun sekä Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Munuais- ja maksaliiton www-sivuihin. Ohjausmallin koekäytön aikana tuli ilmi, että omahoitolomake selkeästi rohkaisi potilaita keskustelemaan aroistakin asioista, esimerkiksi yksinäisyydestä, henkisestä jaksamisesta sairauden kanssa ja seksuaalisuudesta.

### 5.7 Neljäs sykli: Potilasohjausmallin arviointi moniammatillisessa tiimissä

Potilasohjausmalli vietiin arviointikierrokselle moniammatilliseen tiimiin maaliskuussa 2017 kuukauden koekäytön jälkeen. Moniammatillinen tiimi muodostuu munuaislääkäreistä, munuaishoitajista, diabeteshoitajista, jalkaterapeutista, ravitsemusterapeutista, sosiaalityöntekijästä ja psykiatrisesta sairaanhoitajasta. Arviointikriteereinä käytettiin osallisuuden ulottuvuuksia (Kettunen & Kivinen 2012, 40; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2009; Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589). Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin arviointilomake (Liite 7) laadittiin Rouvinen-Wileniuksen & Koskinen-Ollonqvistin (2011, 89–91) potilaan osallisuuden arviointiin suunnitellun lomakkeen pohjalta. Moniammatillinen tiimi arvioi ohjausmallin hyödyllisyyttä munuaispotilaan osallisuuden vahvistamisessa kouluarvosanoilla 4–10 jokaiselta osallisuuden ulottuvuuden osa-alueelta (tieto-, suunnittelu-, toiminta-, päätös- ja arviointiosallisuus). Arviointilomake jaettiin 14 munuaispotilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvalla hoitotyön asiantuntijalle.

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 6.1 Munuaispotilaan ohjauksen laatua kartoittavan kyselyn tulokset

#### 6.1.1 Vastaajien taustatiedot

Taulukossa 5 esitetään vastaajien taustatiedot analyysivaiheessa tehdyn muuttujien uudelleenluokittelun jälkeen. Vastaajista yli puolet oli naisia (56%). Enemmistö vastaajista (60%) oli työikäisiä (18–67 v.) ja ikääntyneiden (68–78 v.) osuus oli 40%. Suurin osa vastaajista oli suorittanut kansakoulun/keskikoulun/peruskoulun (42%). Suurimmalle osalle vastaajista (91%) poliklinikkakäynti oli uusintakäynti. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot	n	%
<b>Sukupuoli (n=80)</b>		
nainen	45	56
mies	35	44
<b>Ikä (n=81)</b>		
18 – 67 v.	49	60
68 – 78 v.	32	40
<b>Siviilisääty (n=81)</b>		
naimaton	7	9
avoliitossa	17	21
näimisissä/rekisteröidyssä parisuhteessa	45	55
eronnut/leski	12	15
<b>Koulutus (n=81)</b>		
kansakoulu/keskikoulu/peruskoulu	34	42
koulutason/nuorisoasteen ammattitutkinto/ ylioppilastutkinto	19	24
opistotason tutkinto/alempi korkeakoulututkinto/ ammattikorkeakoulututkinto	22	27
ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto)	6	7
<b>Käyntikerta munuaispoliklinikalla (n=81)</b>		
ensikäynti	7	9
uusintakäynti	74	91

#### 6.1.2 Ohjauksen laatu

Munuaispotilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen kaikilla ohjauksen laadun osa-alueilla; ohjauksen riittävyys, toteutus, resurssit ja hyödyt. Ohjauksen laadun osa-alueiden

summamuuttujista parhaiten toteutuivat ohjauksen ilmapiiri, vuorovaikutus, toimintamahdollisuudet sekä hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet. Luokitteluasteikoksi asetettiin ”hyvä” 1,00–2,49 ja ”huono” 2,50–4,00. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Ohjauksen osa-alueiden toteutuminen

Summamuuttujat ohjauksen laadun osa-alueista (väittämien määrä)	Keskiarvo	Keskihajonta
Riittävyys (19)	1,44	0,46
Ohjaus sairaudesta (6)	1,44	0,50
Ohjaus hoidosta (13)	1,45	0,46
Toteutus (27)	1,28	0,30
Ilmapiiri (7)	1,07	0,16
Potilaslähtöisyys (13)	1,53	0,53
Vuorovaikutus (7)	1,17	0,31
Resurssit (9)	1,24	0,30
Toimintamahdollisuudet (3)	1,11	0,24
Ohjausmenetelmät (2)	1,65	0,85
Henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet (4)	1,18	0,30
Hyödyt (16)	1,24	0,30
Ohjauksen toteutuminen kokonaisuudessaan	1,30	0,34

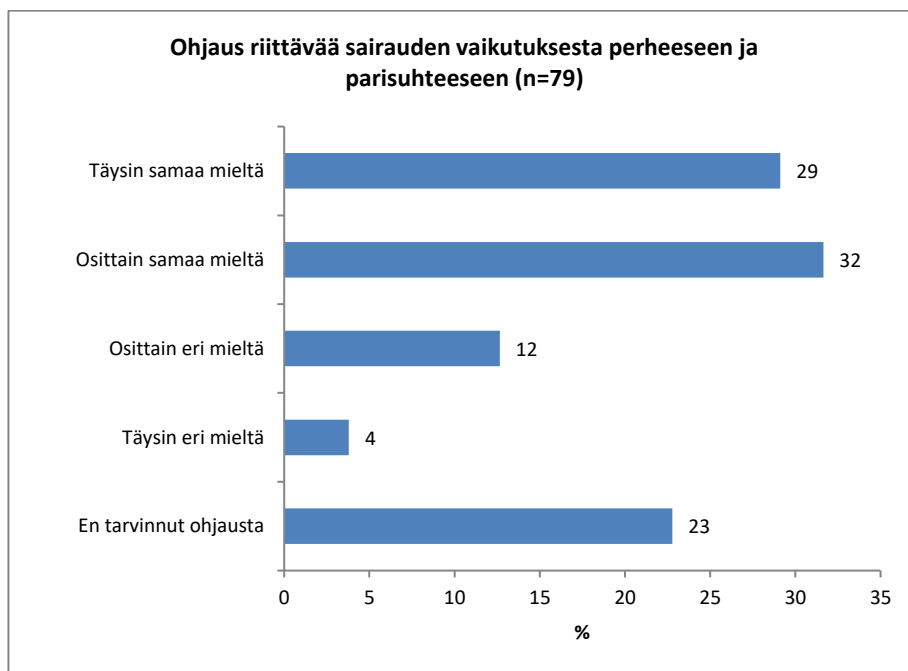
Summamuuttujien tulkinta asteikolla 1–4 (1–2,49 = hyvä, 2,50–4,00 = huono)

### 6.1.3 Ohjauksen riittävyys

Munuaispotilaiden kokemuksia ohjauksen riittävydestä selvitettiin kahdelta osa-alueelta: ohjaus sairaudesta (6 muuttujaa) ja ohjaus hoidosta (13 muuttujaa). Tulosten mukaan vastaajat olivat tyytyväisiä ohjauksen riittävyteen. Ohjauksen riittävyden summamuuttujien keskiarvo oli 1,44 ja keskihajonta oli 0,46. (Taulukko 6.)

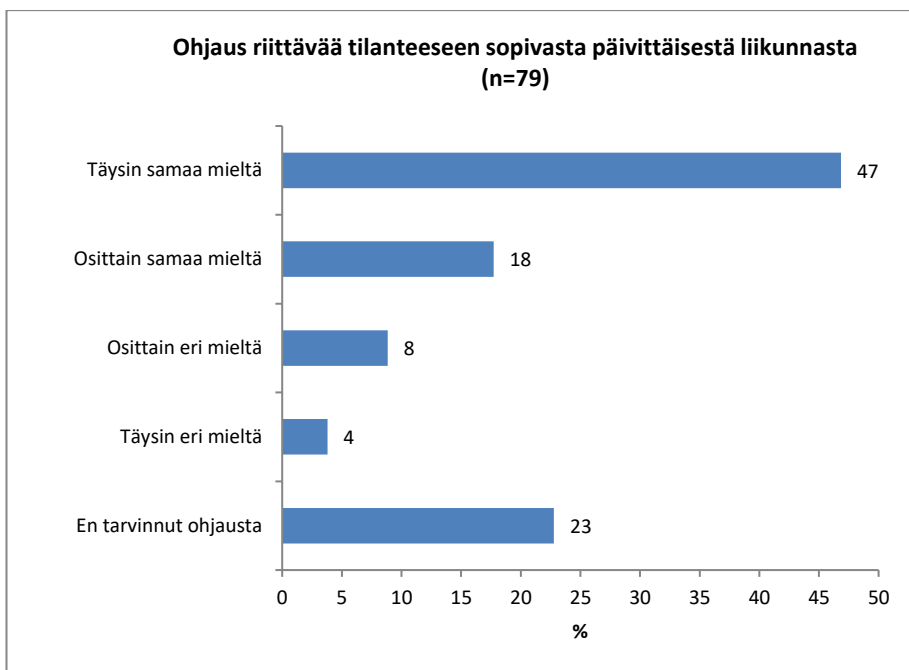
Lähes kaikki potilaat olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että ohjaus oli riittävää munuaissairaudesta (93%), sairauden vaaratekijöistä (92%), sairauden hoidosta (91%), hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista (95%), lääkehoidon toteuttamisesta (97%), tutkimustuloksista (98%), sairauden seurannasta ja kontrollikäynneistä (99%) sekä yhteydenotosta ongelmatilanteissa (93%). Suurin osa vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjaus oli riittävää munuaissairauden oireista (87%), sairauden ennusteesta (88%), sairauden aiheuttamista rajoituksista (84%), hoitovaihtoehtoista (84%) ja omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon (87%). Lisäksi suurin osa osallistujista (71%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ravitsemusta koskeva ohjaus oli riittävää.

Enemmistö vastaajista (61%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että ohjaus oli riittävää sairauden vaikutuksesta perheeseen ja parisuhteeseen. Osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 16 prosenttia. Potilaista lähes neljäsosa (23%) koki, että ei ollut tarvetta ohjaukseen sairauden vaikutuksesta perheeseen tai parisuhteeseen. (Kuvio 3.)



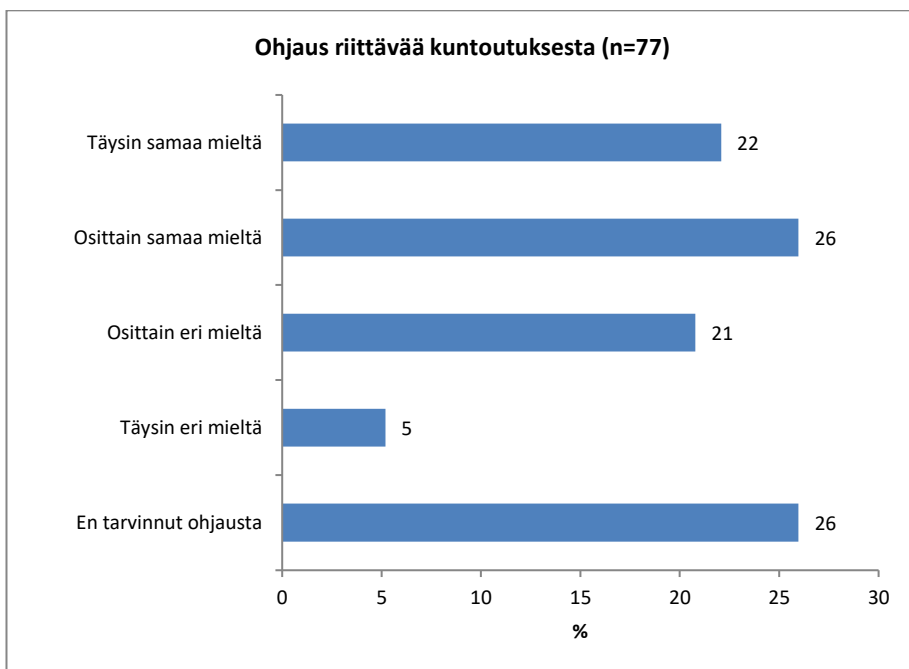
Kuvio 3. Ohjauksen riittävyys sairauden vaikutuksesta perheeseen ja parisuhteeseen

Enemmistö osallistujista (65%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjaus oli riittävää tilanteeseen sopivasta päivittäisestä liikunnasta. Osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 12 prosenttia. Lähes neljäsosa vastaajista (23%) koki, ettei tarvinnut ohjausta sairauden tilanteeseen sopivasta päivittäisestä liikunnasta. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Ohjauksen riittävyys tilanteeseen sopivasta päivittäisestä liikunnasta

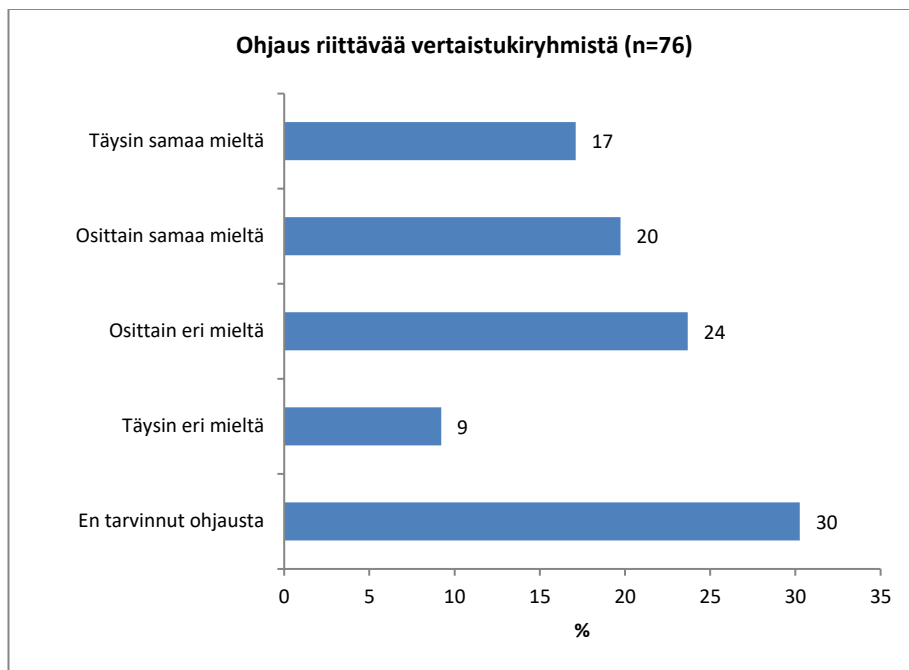
Lähes puolet vastaajista (48%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että ohjaus kuntoutuksesta oli riittävää. Osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 26 prosenttia. Neljännes potilaista (26%) koki, ettei tarvinnut ohjausta kuntoutuksesta. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Ohjauksen riittävyys kuntoutuksesta

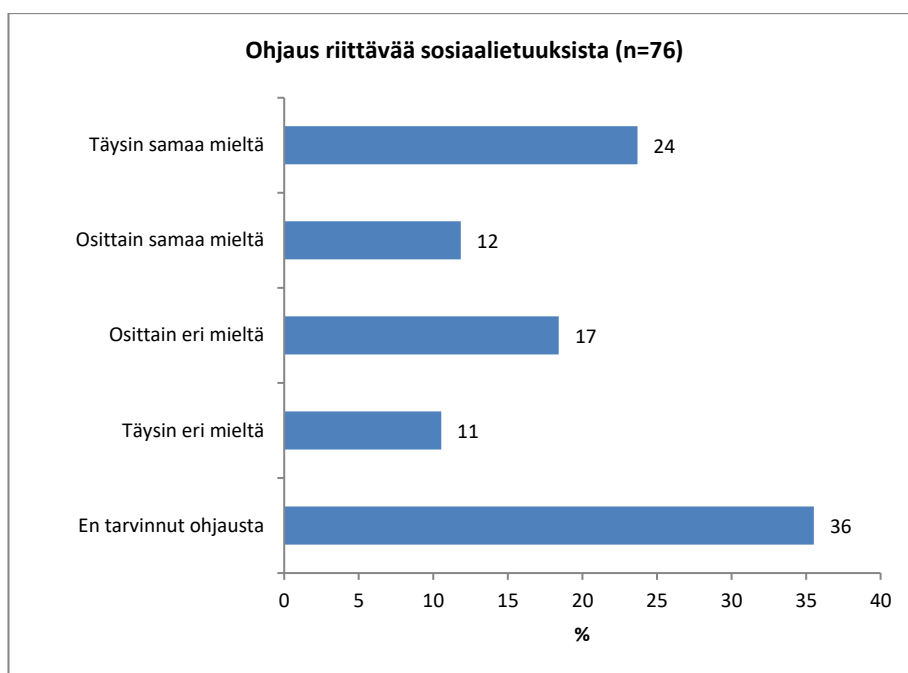


Kolmasosa vastaajista (37%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjaus vertaistukiryhmistä oli riittävää. Osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 33 prosenttia. Potilaista 30 prosenttia koki, ettei tarvinnut ohjausta vertaistukiryhmistä. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Ohjauksen riittävyys vertaistukiryhmistä

Kolmasosa osallistujista (36%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjaus sosiaalietyksistä oli riittävää. Osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 28 prosenttia. Vastaajista 36 prosenttia koki, ettei tarvinnut ohjausta sosiaalietyksistä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Ohjauksen riittävyys sosiaalietuuksista

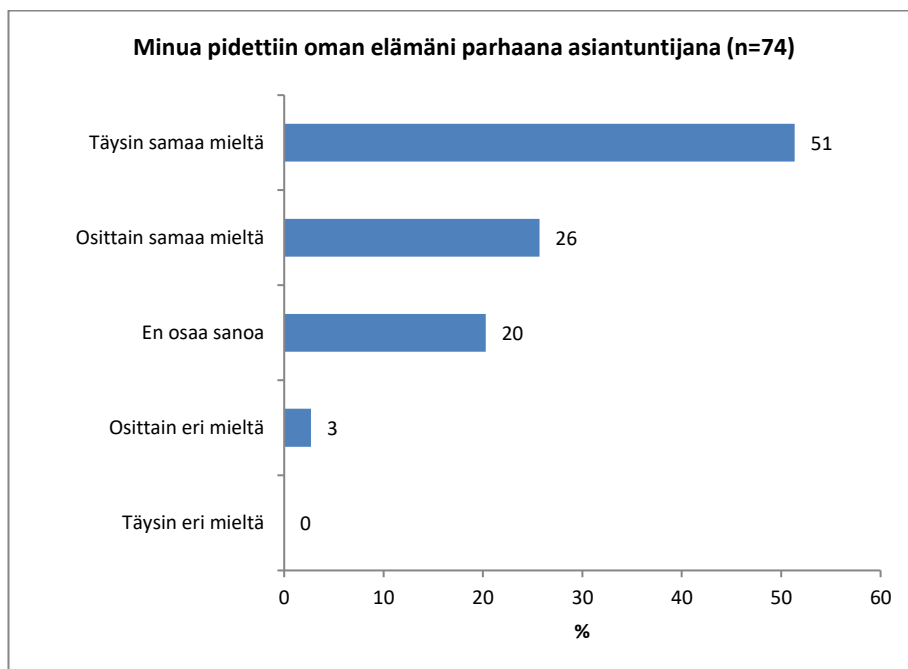
#### 6.1.4 Ohjauksen toteutus

Munuaispotilaiden arviota ohjaustilanteen toteutumisesta selvitetiin kolmelta osa-alueelta: ohjaustilanteen ilmapiiri (7 muuttujaa), potilaslähtöisyys (13 muuttujaa) ja vuorovaikutus (7 muuttujaa). Näistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja ohjauksen toteutus. Osallistujat olivat tyytyväisiä ohjauksen toteutuksen laatuun. Ohjauksen toteutuksen summamuuttujien keskiarvo oli 1,28 ja keskihajonta oli 0,30. Erityisen tyytyväisiä vastaajat olivat ohjauksen ilmapiiriin, sillä sen summamuuttujan keskiarvo oli 1,07 ja keskihajonta 0,16. (Taulukko 6.)

Lähes kaikki osallistujat kokivat, että ohjaustilanteen ilmapiiri oli myönteinen ja tuki ohjaustilanteen toteutumista. Potilaiden arvioiden mukaan ohjaustilanteen ilmapiiri oli erittäin asiantunteva (96%), inhimillinen (96%) ja rauhallinen (95%). Samoin suurin osa vastaajista arvioi, että ohjaustilanteen ilmapiiri oli erittäin luotettava (95%), miellyttävä (92%) onnistunut (94%) ja kannustava (83%).

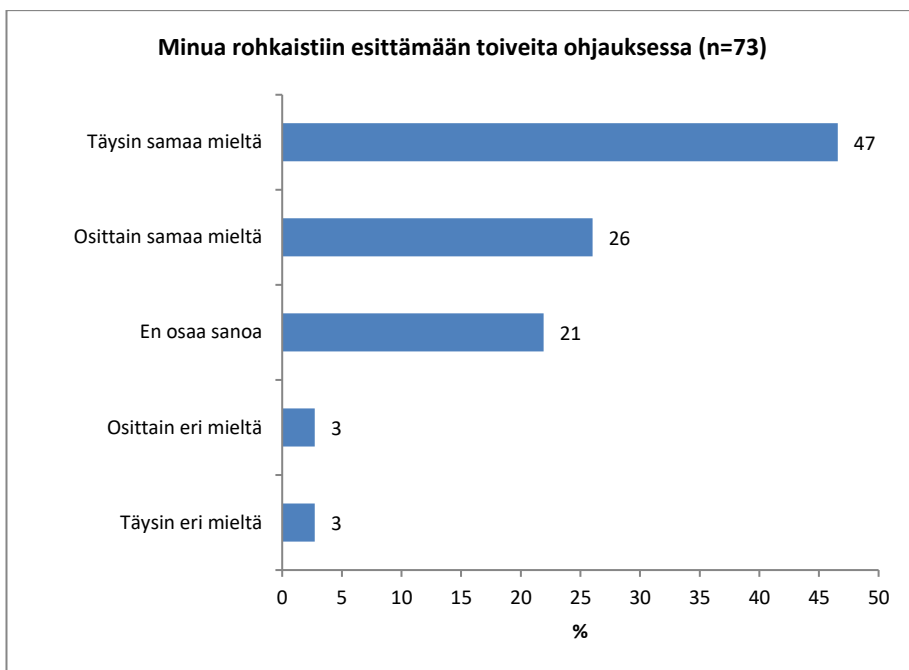
Valtaenemmistö osallistujista oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjauksessa käsiteltiin juuri heidän tarvitsemiaan asioita (95%), ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä (96%), potilaalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä (95%) ja tuoda esille

mielipiteensä hoito-ohjeista (89%). Samoin valtaosa vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjaus toteutui keskustelemalla (91%), ohjausilmapiiri oli turvallinen (95%), keskustelu eteni potilaan esiin tuomien asioiden mukaan (90%) ja potilasta kuunneltiin ohjauksessa (91%). Suurin osa vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että heitä rohkaistiin kysymään ohjaustilanteessa askarruttavista asioita (87%), yhdellä ohjauskerralla käsiteltiin sopiva määrä asioita (87%) ja keskeiset asiat kerrattiin ohjauksen päätteeksi (87%). Enemmistö osallistujista (77%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että potilasta pidettiin oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Viidennes (20%) vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että pidettiinkö häntä oman elämänsä parhaana asiantuntijana. (Kuvio 8.)



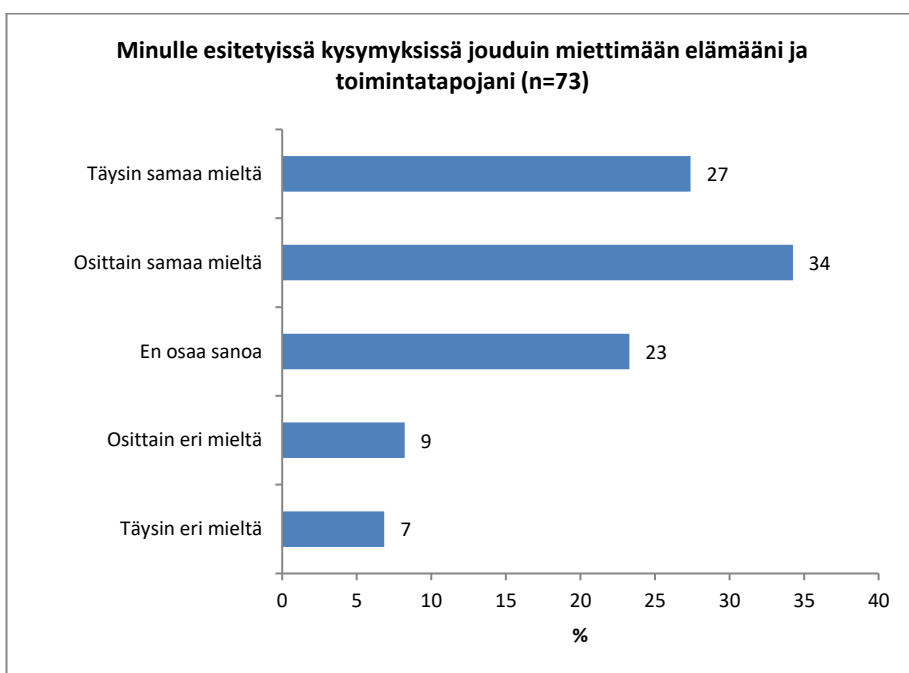
Kuvio 8. Potilas oman elämänsä asiantuntijana

Suurin osa osallistujista (73%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjauksessa rohkaistiin esittämään omia toiveita. Täysin tai osittain eri mieltä olevien osuus vastanneista oli kuusi prosenttia. Viidesosa vastaajista (21%) ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että rohkaistiinko ohjauksessa esittämään omia toiveita. (Kuvio 9.)



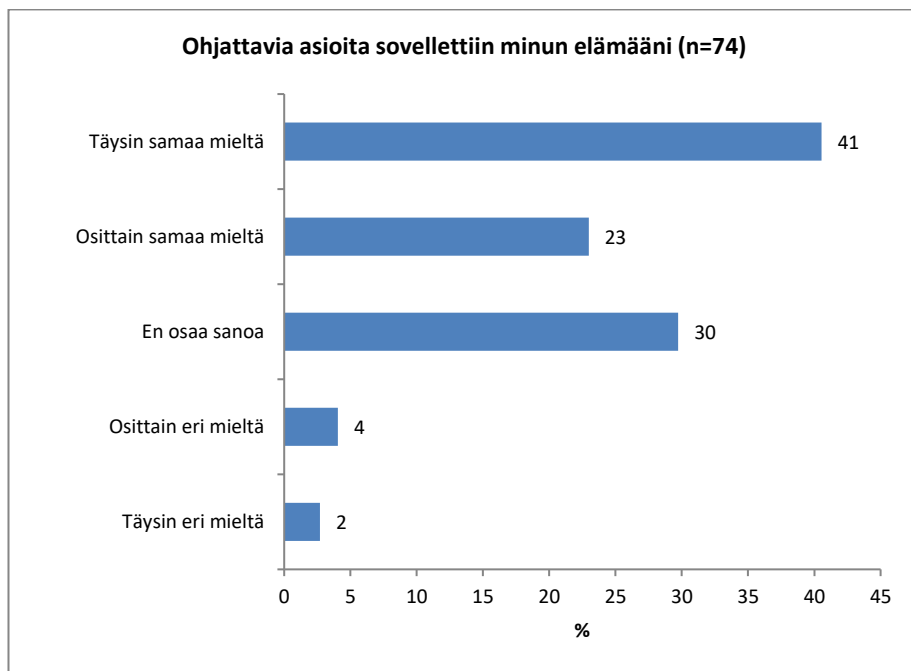
Kuvio 9. Potilaan rohkaisu omien toiveiden esittämiseen ohjauksessa

Enemmistö osallistujista (61%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että ohjauksessa esitetyissä kysymyksissä joutui miettimään elämäänsä ja toimintatapoja. Osittain tai täysin eri mieltä olevien osuus oli 16 prosenttia. Lähes neljäsosa vastaajista (23%) ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että esitettiin ohjauksessa sellaisia kysymyksiä, joissa joutui miettimään omaa elämäänsä ja toimintatapojaan. (Kuvio 10.)



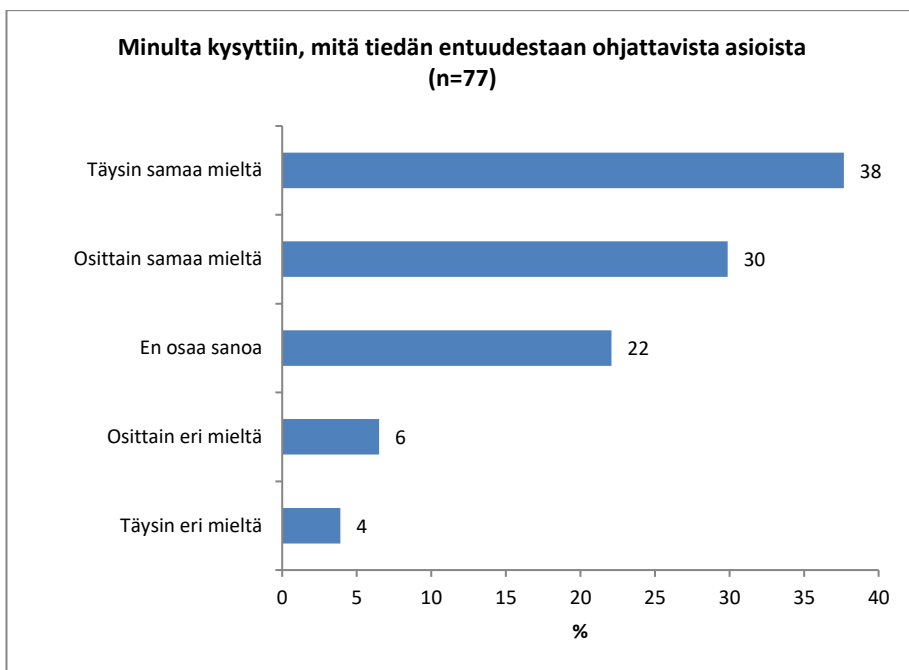
Kuvio 10. Ohjauksessa joutui miettimään elämää ja toimintatapoja

Vastaajista selvä enemmistö (64%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä mieltä, että ohjattavia asioita sovellettiin heidän elämäänsä. Osittain tai täysin eri mieltä oli kuusi prosenttia osallistujista. Potilaista 30 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että sovellettiinko ohjattavia asioita heidän elämäänsä. (Kuvio 11.)



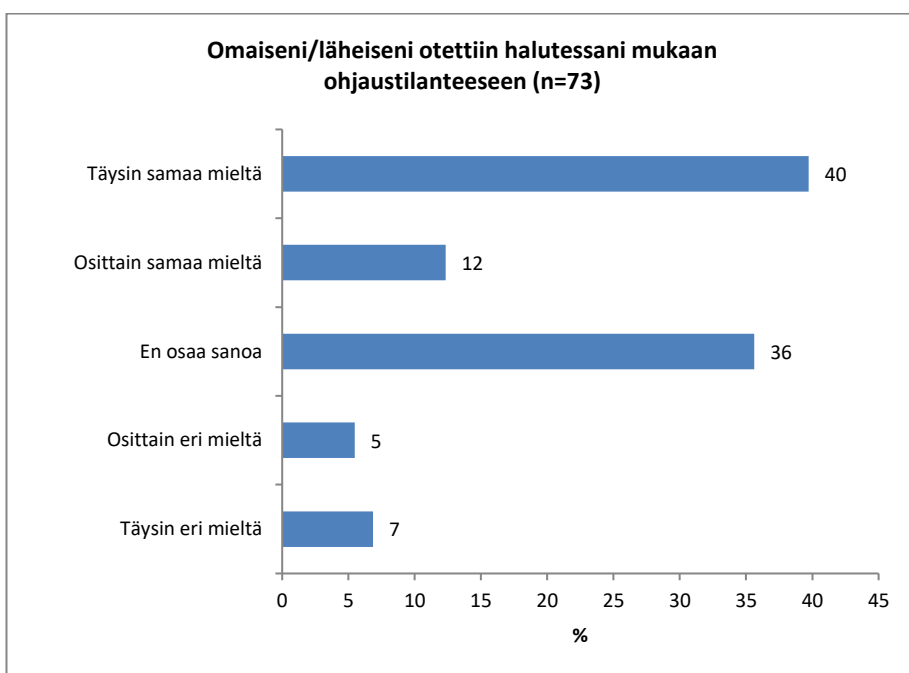
Kuvio 11. Ohjattavien asioiden sovellus potilaan elämään

Enemmistö vastaajista (68%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että heiltä kysyttiin aikaisempia tietoja ohjattavasta asiasta. Osittain tai täysin eri mieltä oli 10 prosenttia osallistujista. Potilaista 22 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että kysyttiin heiltä aikaisempia tietoja ohjattavasta asiasta. (Kuvio 12.)



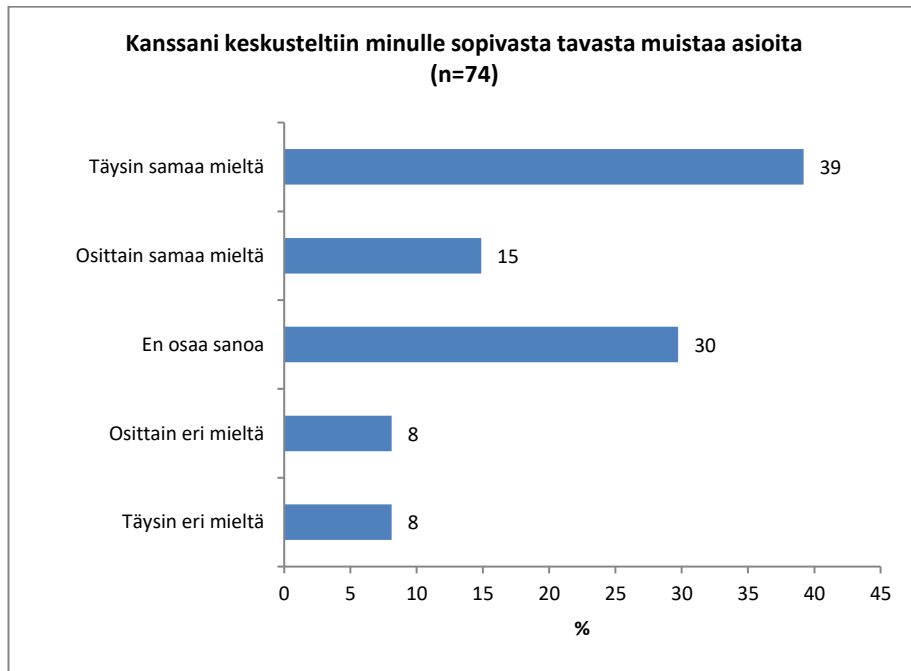
Kuvio 12. Potilaan aiempien tietojen huomiointi ohjauksessa

Hieman yli puolet osallistujista (52%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että omaiset ja läheiset otettiin mukaan ohjaustilanteeseen potilaan niin halutessa. Osittain tai täysin eri mieltä oli 12 prosenttia vastaajista. Potilaista 36 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että otettiin omaiset ja läheiset mukaan ohjaukseen heidän niin halutessaan. (Kuvio 13.)



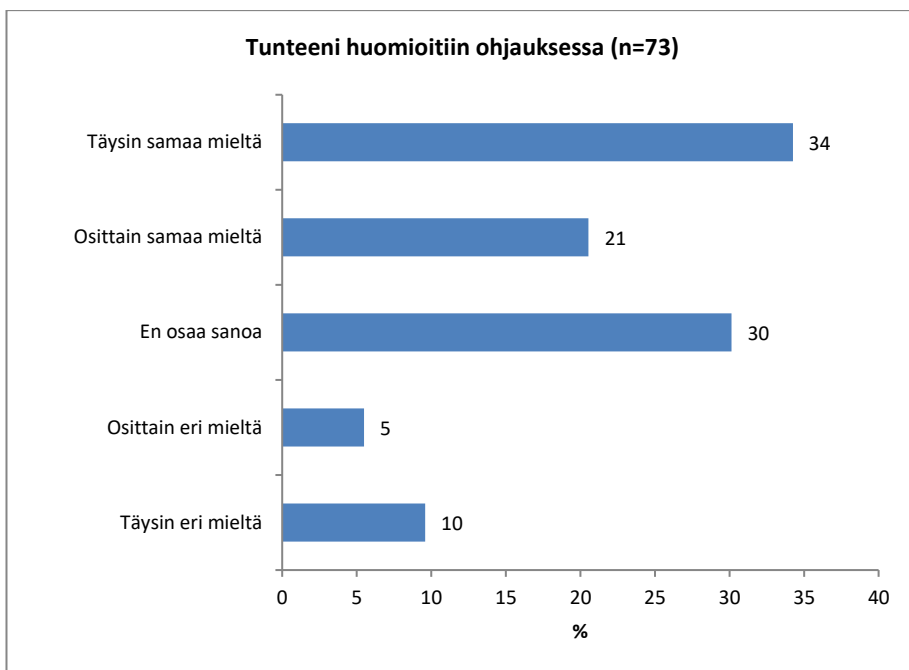
Kuvio 13. Omaisten ja läheisten mukaanotto ohjaustilanteeseen

Tutkimukseen osallistuneista hieman yli puolet (54%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, siitä että heidän kanssaan keskusteltiin sopivasta tavasta muistaa asioita. Osittain tai täysin eri mieltä oli 16 prosenttia vastaajista. Osallistujista 30 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että keskusteltiinko hänen kanssaan sopivasta tavasta muistaa asioita. (Kuvio 14.)



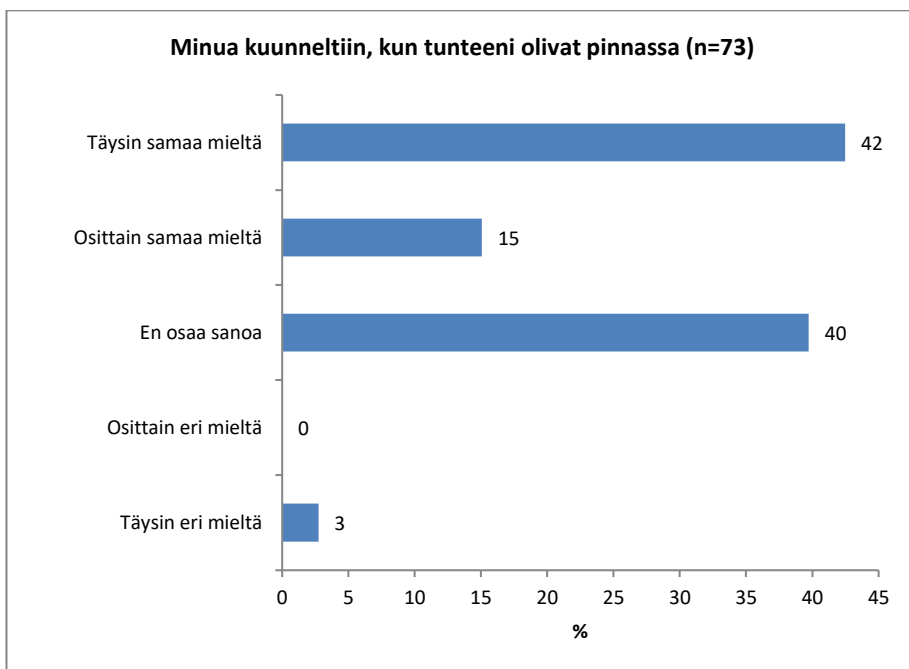
Kuvio 14. Keskustelu potilaalle sopivasta muistamistavasta

Hieman yli puolet vastaajista (55%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että potilaan tunteet huomioitiin ohjauksessa. Osittain tai täysin eri mieltä oli 15 prosenttia potilaista. Osallistujista 30 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että huomioitiinko potilaan tunteet ohjauksessa. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Tunteiden huomiointi ohjauksessa

Vastaajista yli puolet (57%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että heitä kuunneltiin, kun tunteet olivat pinnassa. Täysin eri mieltä oli 3 prosenttia osallistujista. Vastaajista 40 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään siihen, että kuunneltiinko potilasta tunteiden ollessa pinnassa. (Kuvio 16.)



Kuvio 16. Potilaan kuunteleminen tunteiden ollessa pinnassa



Ohjaustilanteen toteutumista käsittelevän osion väittämissä oli paljon ”En osaa sanoa” – vastauksia. ”En osaa sanoa” – vastauksia oli eniten väittämissä, jotka käsitelivät potilaan kuuntelemista tunteiden ollessa pinnassa (40%), omaisten ja läheisten mukaan ottamista ohjaustilanteeseen (36%), tunteiden huomioimista ohjauksessa (30%), keskustelua potilaalle sopivasta muistamistavasta (30%) ja ohjattavien asioiden soveltamista potilaan elämään (30%). ”En osaa sanoa” – vastausten suuri määrä saattaa viitata siihen, että väittäjä ei ole koskettanut vastaajan omaa tilannetta, hän ei ole halunnut muodostaa omaa mielipidettään asiasta tai vastaaja ei ole ymmärtänyt väittämän sisällön merkitystä ohjaustilanteessa.

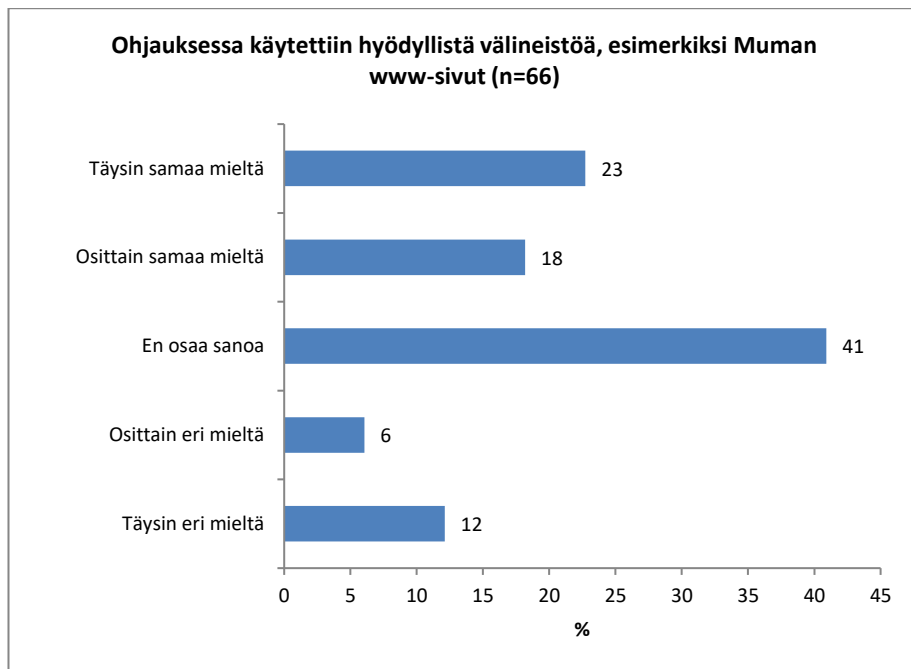
#### 6.1.5 Ohjauksen resurssit

Munuaispotilaiden kokemuksia ohjauksen resursseista selvitettiin kolmelta osa-alueelta: toimintamahdollisuudet (3 muuttujaa), ohjausmenetelmät (2 muuttujaa) ja hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet (4 muuttujaa). Näistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja ohjauksen resurssit. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen resurssien laatuun. Ohjauksen resurssien summamuuttujien keskiarvo oli 1,24 ja keskihajonta oli 0,30. Tyytyväisimpiä vastaajat olivat ohjauksen toimintamahdollisuuksiin, sillä sen summamuuttujan keskiarvo oli 1,11 ja keskihajonta oli 0,24. (Taulukko 6.)

Lähes kaikki vastaajat olivat täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata (96%), ohjaus toteutettiin sopivissa tiloissa (98%), hoitohenkilökunta asennoitui myönteisesti ohjaukseen (97%), hoitohenkilökunta hallitsi ohjauksessa tarvittavan tiedon (97%) ja ohjaukseen osallistuneen hoitohenkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa (97%). Samoin suurin osa osallistujista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunta osasi ohjata sopivalla, henkilökohtaisella tavalla (91%), ohjauksessa käytetty kirjallinen ohjausmateriaali oli ajantasaista (82%) ja hoitohenkilökunta osasi ohjata sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa (76%).

Tutkimukseen vastanneet olivat kaikkein tyytymättömmimpiä ohjauksessa hyödynnettävän välineistön käyttöön. Kuitenkin lähes puolet vastaajista (41%) oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä, esimerkiksi

Munuais- ja maksaliiton www-sivustoja. Osallistujista 18 prosenttia oli osittain tai täysin eri mieltä ohjauksessa käytettävän välineistön hyödyllisyydestä. Vastaajista 41 prosenttia ei osannut sanoa mielipidettään ohjauksessa käytettävän välineistön hyödyllisyydestä. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä

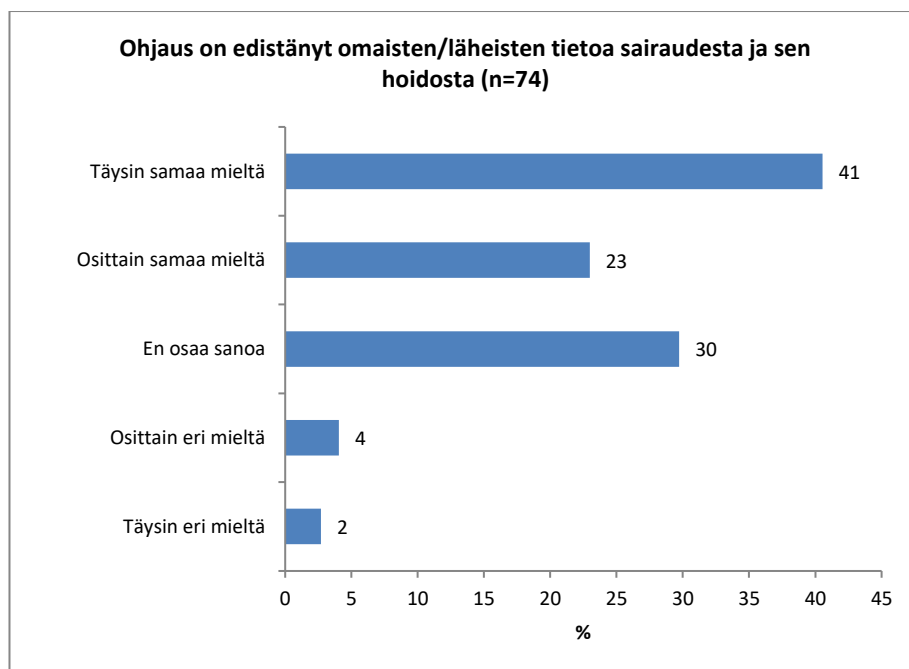
#### 6.1.6 Ohjauksen hyödyt

Ohjauksen vaikutuksia munuaispotilaat arvioivat 16 muuttujan avulla. Näistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja ohjauksen hyödyt. Potilaat olivat tyytyväisiä ohjauksen hyötyihin. Ohjauksen hyötyjen summamuuttujan keskiarvo oli 1,24 ja keskihajonta oli 0,30. (Taulukko 6.)

Potilaat arvioivat ohjauksesta olleen eniten hyötyä munuaissairauden omahoidon toteutukseen. Lähes kaikki osallistujat olivat täysin tai osittain samaa mieltä, siitä että ohjaus oli edistänyt terveydentilaa (94%), lääkehoidon noudattamista (98%), hoitoon sitoutumista (96%), hoitoon osallistumista (95%), vastuunottoa sairauden hoidosta (97%), tietoa sairaudesta (96%), asioiden ymmärtämistä (94%) ja myönteistä asennoitumista elämään ja hoitoon (90%). Samoin valtaosa vastaajista oli täysin tai osittain

samaa mieltä siitä, että ohjaus oli edistänyt toimintakykyä (88%), ravitsemukseen liittyvien muutosten noudattamista (86%), mielialaa (84%), hyvinvoinnin tunnetta (87%), omahoitoa kotona (85%), selviytymistä kotona (85%) ja omaa hoitoa koskevaa päätöksentekoa (84%).

Heikoimmin ohjauksen vaikutukset näkyivät omaisten ja läheisten tiedon lisääntymisessä. Kuitenkin selvä enemmistö osallistujista (64%) oli täysin tai osittain samaa mieltä, että ohjaus oli edistänyt omaisten ja läheisten tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Vastaajista kuusi prosenttia oli täysin tai osittain eri mieltä ohjauksen tietoa lisäävästä vaikutuksesta omaisille ja läheisille. Lähes kolmannes potilaista (30%) ei osannut sanoa mielipidettään ohjauksen vaikutuksista omaisten tai läheisten tietoon sairaudesta ja hoidosta. (Kuvio 18.) ”En osaa sanoa” – vastausten suuri osuus saattaa johtua siitä, että pääsääntöisesti munuaispotilaat tulevat poliklinikkakäynnille yksin, ellei heillä ole liikkumiseen tai muuhun käytännön selviytymiseen liittyvää avuntarvetta. Toisaalta ”En osaa sanoa” – vastausten määrä saattaa viitata siihen, että potilaan on ollut vaikea muodostaa mielipidettä väittämästä, joka kohdistuu arvioon toisen ihmisen tiedon lisääntymisestä.



Kuvio 18. Ohjauksen vaikutus omaisten ja läheisten tietoon

### 6.1.7 Ohjauksen kehittäminen

#### *Ohjaustilanteen ongelmat*

Ohjaustilanteen ongelmia kartoittaneeseen puoliavoimeen kysymykseen saatiin kolme sanallista vastausta. Kolmen vastaajan (4%) mielestä ohjaustilanteessa oli ongelmia. Ongelmakohteiksi koettiin hoitohenkilökunnan kiire (n=2) ja se, että potilaan omaa näkemystä ei kuultu riittävästi poliklinikkakäynnin aikana (n=1).

#### *Munuaispotilaan osallisuus poliklinikkakäynnillä*

Munuaispotilaan omaa osuutta poliklinikkakäynnillä koskevaan avoimeen kysymykseen vastasi 39 (48%) tutkimukseen osallistuneista potilaista. Osallistujien näkemystistä muodostettiin sisällönanalyysin tuloksena kolme yläkategoriaa ja seitsemän alakategoriaa, jotka kuvasivat munuaispotilaan osallisuutta. Ensimmäinen yläkategoria, voimaantuminen, muodostettiin kolmesta alakategoriasta, 1) vastavuoroinen ohjaussuhde, 2) myönteinen, kannustava ja turvallinen ohjausilmapiiri sekä 3) muuttuneen elämäntilanteen haltuun ottaminen. Toinen yläkategoria, itsemäärääminen, muodostettiin kahdesta alakategoriasta 1) kuulluksi tuleminen ja 2) ymmärretyksi tuleminen. Kolmas yläkategoria, omahoitoon sitoutuminen, muodostettiin kahdesta alakategoriasta 1) halusta noudattaa ja ymmärtää oman sairauden hoitoon annettuja ohjeita sekä 2) hoitomyöntyvyydestä. Munuaispotilaan osallisuutta kuvaavat pelkistetyt ilmaisut ja pelkistettyjä ilmaisuja vastaavat kategoriat sekä kategorioiden muodostuminen on esitetty taulukossa 7. (Taulukko 7.)

#### *Voimaantuminen*

Osallistujien mukaan vastavuoroinen ohjaussuhde ilmeni potilaan ja hoitohenkilöstön toimivana, välittömänä ja tasavertaisena kohtaamisena. Useat potilaat kokivat palvelutilanteen ystävällisenä ja mukavana vuorovaikutustilanteena. Onnistunut vuorovaikutustilanne loi vahvan perustan ohjaussuhteen kehittymiselle ja potilaan hallinnan tunteen vahvistumiselle. Suurin osa vastaajista kuvaili potilaan ja hoitohenkilökunnan toimivan aktiivisessa, vastavuoroisessa yhteistyössä. Ohjaussuhteessa koettiin arvostusta ja kumppanuutta.

*”Vuorovaikutus oli välitöntä ja toimivaa”.*

*”Aktiivisesti keskustelin taudista ja omasta osuudestani taudin hoidossa”.*

*”Palvelu on ystävällistä ja mukavaa. Voi esittää kysymyksiä, tuntematta itseään tyhmäksi”*

Hyväksyvä, kannustava ja myönteinen ohjausilmapiiri muodostui turvallisesta ja miellyttävästä ohjaustilanteesta. Suurin osa potilaista koki poliklinikkakäynnin rauhallisena ja positiivisena tapahtumana, jossa omaan tilanteeseen liittyvästä pelosta ja ahdistuksesta sai tilaisuuden puhua. Asiallinen ja rauhallinen ohjaustilanne vähensi pelkoa ja jännitystä. Hoitohenkilökunnan toiminta koettiin joustavana. Lämminhenkinen vastaanotto edisti myönteisen ilmapiirin kehittymistä. Ohjausilmapiirin myönteisyys edisti potilaan omien voimavarojen vahvistumista.

*”Positiivinen”*

*”Joustavaa ja erittäin asiallista, lämmin vastaanotto”*

*”Klinikkakäynnit ovat aina onnistuneet hyvin”*

*”Jännitti tulo, mutta rauhoiteltiin ammattitaidolla”.*

*”Jokainen kerta jännittää ennakolta mutta poliklinikkakäynnillä saa tarkan kuvan siitä miten sairaus on edennyt ja mikä on tämän hetken tilanne”.*

Muuttuneen tilanteen haltuun ottaminen ilmeni haluna osallistua oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilaat osallistuivat aktiivisesti keskusteluun sairaudesta ja omasta osuudesta sen hoidossa. Muutamat potilaat tekivät etukäteisvalmisteluja ennen poliklinikkakäyntiä valmistelemalla kysymyksiä muistin tueksi. Etukäteisvalmistelulla potilaat halusivat helpottaa hoitohenkilökunnan työtä sekä varmistivat, että saavat vastauksia askarruttaviin kysymyksiin. Ohjaustilanteessa esitettiin lisää kysymyksiä. Useat potilaat toivat esille omaan vointiinsa liittyviä asioita, ongelmia ja epäselvyyksiä. Suurin osa potilaista odotti selkeää tietoa omasta tilanteestaan ja vastauksia esittämiinsä kysymyksiin. Tieto sairauden tilanteesta, sen etenemisestä ja omasta osuudesta sairauden hoidossa koettiin tärkeäksi. Muutamien potilaiden vastauksissa tuli ilmi, että sairauden hyväksyminen ja sen aiheuttamiin muutoksiin sopeutuminen koettiin jaksamisen kannalta välttämättömäksi. Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan olevan apuna ja tukena sairauden kanssa selviytymisessä. Potilaat luottivat hoitohenkilöstön ammattitaitoon ja siihen, että apua ja tukea on saatavilla.

*”Hyvä etukäteisvalmistelu (kysymykset ja ajatukset paperilla), joka helpottaa hoitohenkilökunnan työtä”.*

*”Merkitsen kysyttävät asiat ylös ja ne kaikki käydään vastaanotolla läpi”*

*”Haluan itse olla tietoinen tilanteesta ja osallistua aktiivisesti siihen mihin voin”.*

*”Hyvin tärkeää tuoda julki omat ongelmat, että ne voidaan ratkaista”*

*”Yritän selostaa miten minulla on mennyt ja mitä ongelmia on esiintynyt”*

*”Hoitohenkilökunta on tukena ja apuna kaikessa hoidossa”*

*”Kun sairaus etenee huonoon suuntaan, ei tilanteessa oikein auta kuin hyväksyä tilanne ja yrittää elää sen kanssa”.*

#### *Itsemäärääminen*

Itsemäärääminen ilmeni mahdollisuutena vaikuttaa omiin asioihin. Potilaat ilmaisivat mahdollisuuden omien mielipiteiden ja näkemysten esittämiseen. Potilaan esille tuomat asiat käsiteltiin ja oli mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Useat potilaat kokivat, että heitä kuunneltiin ja asioihin otettiin asianmukainen kanta. Suurin osa potilaista koki, että heidän esille nostamia asioita pidettiin tärkeinä ja suhtautuminen oli myönteistä potilaan esille tuomaan asiaan. Potilaat saivat vastauksen esitettyihin kysymyksiin.

*”Olen saanut esittää omia näkemyksiä”*

*”Saan sanoa oman mielipiteeni hoitoon liittyen”*

*”Minua kuunneltiin”*

*”Asialleni on oltu myönteisiä”*

*”Olen saanut vastaukset kysymyksiini”*

#### *Omahoitoon sitoutuminen*

Potilaille oli motivaatiota omaan hoitoon liittyvien asioiden ymmärtämiseen ja saadun tiedon käyttämiseen omahoidon toteutuksessa. Omahoitoon sitoutuminen ilmeni ohjeiden noudattamisena ja kuuntelemisena. Suurin osa potilaista yritti parhaansa mukaan ymmärtää ja omaksua ohjattavia asioita. Muutamat potilaat tiedostivat kuuntelijan roolinsa ja passiivisen asenteensa. Useiden potilaiden vastauksista ilmeni luottamus poliklinikan henkilökunnan ammattitaitoon potilaan sairaustilanteen hoidossa.

”Kuuntelen kiltisti ja noudatan ohjeita”.

”Kuuntelija, vastaanottaja”.

”Koetan ymmärtää ja omaksua opastusta parhaan taitoni mukaan”.

”Vastaanottava – passiivinen”.

Taulukko 7. Munuaispotilaan osallisuus poliklinikkakäynnillä potilaiden kuvailemana

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Ystävällinen ja mukava palvelu Tasavertainen ja arvostava kohtelu Toimiva yhteistyö Aktiivinen osallistuminen yhteiseen keskusteluun	Vastavuoroinen ohjaussuhde	
Positiivinen käyntikokemus Asiallinen ja joustava ohjaustilanne Lämminhenkinen vastaanotto Onnistunut poliklinikkakäynti Rauhoittava tunnelma	Hyväksyvä, kannustava ja turvallinen ohjausilmapiiri	Voimaantumisen
Halu tietää, toimia ja osallistua Aktiivinen osallistuminen keskusteluun sairaudesta ja omasta osuudesta sen hoidossa Etukäteen mietityt kysymykset ja ajatukset Tiedonsaanti omasta tilanteesta Oman voinnin, tilanteen ja ongelmien selostaminen Sairauden hyväksyminen	Muuttuneen elämäntilanteen haltuunottaminen	
Saa esittää omia näkemyksiä Saa sanoa oman mielipiteen hoidosta Potilaan esille tuomat asiat käsitellään Mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista Minua kuunneltiin	Kuulluksi tuleminen	Itsemäärääminen
Myönteinen suhtautuminen potilaan esille tuomaan asiaan Vastauksen saaminen esitettyihin kysymyksiin	Ymmärretyksi tuleminen	
Kuuntelen ja noudatan ohjeita Yritys ymmärtää ja omaksua ohjeita Vastaanottava – passiivinen	Halu noudattaa oman sairauden hoitoon annettuja ohjeita Hoitomyyntyvyys	Omahoitoon sitoutuminen

#### *Munuaispotilaiden näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä*

Ohjauksen kehittämistä koskevaan avoimeen kysymykseen vastasi 27 (33%) tutkimukseen osallistuneista potilaista. Vastaajien esille tuomia kehittämishaasteita kuvaa yksi pääkategoria ja neljä yläkategoriaa. Sisällönanalyysin avulla muodostettiin yksi

ohjauksen kehittämiseen liittyvä pääkategoria, potilasohjauksen yksilöllisyys, joka muodostuu neljästä yläkategoriasta, 1) riittävä aika- ja henkilöstöresurssi potilaan ohjaamiseen, 2) potilaan asioihin ja tilanteeseen perehtynyt henkilökunta, 3) ohjauksen sisältö ja oikea-aikaisuus sekä 4) monipuoliset, potilaalle sopivat ohjausmenetelmät. Munuaispotilaan ohjauksen kehittämishaasteita kuvaavat pelkistetyt ilmaisut ja pelkistettyjä ilmaisuja vastaavat kategoriat sekä kategorioiden muodostuminen on esitetty taulukossa 8. (Taulukko 8.)

#### *Potilasohjauksen yksilöllisyys*

Riittävä aika- ja henkilöstöresurssi muodostui vastaajien toiveista saada enemmän ohjausta ja ohjausaikaa. Muutama vastaaja toi esille nykyistä pidemmän ohjausajan merkityksen potilaan yksilöllisen ja riittävän hoidon sekä ohjauksen edellytyksenä. Muutaman potilaan vastauksessa tuli esille, että vastaanottoajat eivät pidä paikkaansa. Vastaanottoajan myöhästyminen viestitti potilaille henkilökunnan kiireestä ja työmäärästä.

*”Enemmän aikaa perehtyä asiakkaan yksilölliseen hoitoon.”*

*”Ohjausta ja neuvontaa enemmän.”*

*”Lääkäreillä ja hoitajilla pitäisi olla enemmän aikaa potilaalle.”*

*”Vain se että ajat pitäisivät paikkansa. Henkilökunnalla kiire”*

Potilaan asioihin ja tilanteeseen perehtynyt henkilökunta-kategoria muodostui usean vastaajan toiveesta vakituiseen ja pysyvään lääkäri-potilassuhteeseen, jotta vastavuoroisen hoitosuhteen kehittyminen olisi mahdollista. Vaihtuva lääkäri- ja hoitohenkilökunta aiheutti jännitystä, koska kommunikointi uusien ihmisten kanssa ei ole heti luontevaa. Tuttuun hoitajaan on helppo ottaa yhteyttä omahoitoon liittyvissä asioissa. Munuaishoitajan tavoitettavuus puhelimitse nähtiin tärkeänä omahoidon toteutuksen tukena.

*”Toiveeni olisi pysyvät/vakituiset munuaislääkärit, että syntyisi pysyvä lääkäri-potilassuhde.”*

*”Lääkärin pitäisi pysyä aina samana, jotta olisi kartalla potilaan suhteen.”*

*”Henkilökunta pysyisi mahdollisuuksien mukaan samana.”*



*”Jos mahdollista niin sama lääkäri, uusi aina jännittää. Ei osaa heti kommunikoida luontevasti, jos ei ole kohdannut lääkäriä aiemmin. Sairaanhoidajan osuus ohjauksessa on merkittävä. Tuttu hoitaja – matala kynnyks on ottaa yhteyttä.”*

*”Oli jokin asia, josta olisin tarvinnut tietoa munuaishoitajalta, niin puheluani ei ohjattu kyseiselle henkilölle, Tuntui turhautavalta, kun tietoa olisi silloin tarvinnut.”*

Ohjauksen sisältö ja oikea-aikaisuus muodostui potilaan toiveen mukaisena ajankohdaksi ja toiveen mukaisella tasolla toteutuneesta sairauteen ja sen ennusteeseen liittyvästä ohjauksesta. Riittävä ja oikea-aikainen tieto näyttäytyi merkittävänä sairauden kanssa selviytymistä edistävänä tekijänä. Useat potilaat toivoivat enemmän ja aiemmin omakohtaista sairauden ennusteeseen liittyvää tietoa.

*”Pitkään sairastaneena on vaikea esittää toiveita, koska asiat ovat tulleet niin tutuiksi ja poliklinikka toimii hyvin. Sairauden alkuvaiheessa olisin kaivannut enemmän tietoa sairaudesta, hoidoista, hoidon tuloksista ja ennusteesta ym.”*

*”Toivon, että dialyysia lähestyvien preppaus ja kannustus ja hoitoon tutustuminen otettaisiin paremmin ja aiemmin huomioon, sillä ainakin minua pelotti alussa ”dialyysiin joutuminen.”*

*”Toivoisin, että dialyysihoidon mahdollisesta aloituksesta puhuttaisiin. Nyt asiaan ei juurikaan ole otettu kantaa. Kuitenkin sairauteni etenee koko ajan. Ymmärrän ettei voi sanoa varmaksi milloin dialyysi on ajankohtainen mutta silti asiasta voisi puhua enemmän”*

Monipuoliset, potilaalle soveltuvat ohjausmenetelmät tarkoittivat potilaalle ja vallitsevaan tilanteeseen soveltuvia ohjausmenetelmiä. Muutamissa vastauksissa perinteisten ohjausmenetelmien, suullisen ja kirjallisen ohjauksen, rinnalle kaivattiin muiden potilaiden ja hoitohenkilökunnan ryhmätapaamista. Läheisten ystävien huomioiminen potilaan tukijoina koettiin tärkeäksi. Muutamat potilaat toivat esille puhelinohjauksen merkityksen omahoidon tuen ohjausmenetelmänä. Internet-sivustoille ohjaaminen nähtiin muuta ohjausta täydentävänä menetelmänä.

*”Tähän ei ole tarvetta luoda mitään ”erityisjuttuja”, riittää kunhan aina tarpeen mukaan puhelimella ja poliklinikkakäynnillä löytyy opastusta ja ohjeita. Nettitoiminnot ehkä myös täydentävinä tulevat kyseeseen.”*

*”On tärkeää, että hoitajalle voi soittaa ongelmatilanteissa”*

*”Joskus voisi olla jonkinlainen yhteistapaaminen toisten potilaiden ja hoitohenkilökunnan kanssa.”*

*”Läheiset ystävät saattavat joskus olla parempia tukijoita potilaalle kuin omaiset.”*

Taulukko 8. Potilaiden näkemykset munuaispoliklinikan ohjauksen kehittämisestä

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Enemmän aikaa potilaalle Henkilökunnalla kiire	Ohjauksen riittävyys Kiireisyys ohjaustilanteessa	Riittävä aika- ja henkilöstöresurssi potilaan ohjaamiseen	
Henkilökunnan pitäisi pysyä samana Vaihtuva henkilökunta aiheuttaa jännitystä Helpompi ottaa yhteyttä tuttuun hoitajaan Munuaishoitajan tavoitettavuus puhelimella tärkeää	Pysyvä, tuttu ja turvallinen hoitosuhde	Potilaan asioihin ja tilanteeseen perehtynyt henkilökunta	Potilasohjauksen yksilöllisyys
Enemmän tietoa sairaudesta, hoidosta, tuloksista ja ennusteesta Aikaisemmin tieto sairauden ennusteesta ja etenemisestä	Ohjaus potilaan toiveen mukaisena ajankohtana ja toiveen mukaisella tasolla sairaudesta ja ennusteesta	Ohjauksen sisältö ja oikea-aikaisuus	
Joskus myös ryhmätapaamisia Läheiset ystävät mukaan keskusteluihin Puhelimella tavoitettavuus tärkeää Internet-ohjaus muuta ohjausta täydentävänä menetelmänä	Erilaiset ohjausmenetelmät potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan	Monipuoliset ja potilaalle soveltuvat ohjausmenetelmät	

Kehittämisehdotusten sijaan osa vastaajista ilmaisi tyytyväisyytensä munuaispoliklinikan toimintaan ja ohjaukseen.

*”Ohjaus on aina ollut kannustavaa.”*

*”Ohjaukset olleet hyviä ja ohjaajat asiantuntevia.”*

*”Mielestäni hoitajat ja lääkärit asiantuntevia. Olen hyvin tyytyväinen hoitooni.”*

*”Mielestäni palvelu on aina ollut hyvää.”*

*”Toimii hyvin.”*

*”Minusta tämä on hyvä näin.”*

*”Jatkakaa samaan malliin.”*

#### 6.1.8 Taustatekijöiden yhteys munuaispotilaiden kokemuksiin ohjauksen laadusta

Taustatekijöistä potilaiden iällä, siviilisäädyltä, koulutuksella ja munuaispoliklinikan käyntikerralla oli yhteyttä potilaiden ohjaukokemuksiin. Ikääntyneet (>68 v.) kokivat työikäisiä (18–67 v.) useammin, että heitä pidettiin oman elämänsä parhaina asiantuntijoina ( $C=0,32$ ,  $x^2=6,86$ ,  $df=2$ ,  $p<0,05$ ). Lisäksi iäkkäät arvioivat työikäisiä useammin, että ohjaus edisti heidän toimintakykyään ( $C=0,30$ ,  $x^2=6,60$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ), terveydentilaansa ( $C=0,27$ ,  $x^2=5,82$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ) ja omaa hoitoaan koskevaa päätöksentekoa ( $C=0,31$ ,  $x^2=6,34$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ).

Naimattomat kokivat muita harvemmin ohjausilmapiirin miellyttäväksi ( $C=0,33$ ,  $x^2=9,71$ ,  $df=3$ ,  $p<0,05$ ). Lisäksi naimattomat kokivat muita harvemmin, että yhdellä ohjauksella käytiin läpi sopiva määrä asioita ( $C=0,44$ ,  $x^2=15,95$ ,  $df=6$ ,  $p<0,05$ ). Avoliitossa asuvat arvioivat muita useammin, että ohjaus ei ollut täysin riittävää sairauden hoidosta ( $C=0,48$ ,  $x^2=23,39$ ,  $df=9$ ,  $p<0,01$ ) eikä hoitovaihtoehtoista ( $C=0,52$ ,  $x^2=28,78$ ,  $df=12$ ,  $p<0,01$ ). Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevat arvioivat muita harvemmin, että ohjaus edisti mielialaa ( $C=0,36$ ,  $x^2=9,37$ ,  $df=3$ ,  $p<0,05$ ).

Kansakoulun/keskikoulun/peruskoulun käyneet arvioivat muita useammin, että ohjaus oli täysin riittävää omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon ( $C=0,46$ ,  $x^2=21,38$ ,  $df=9$ ,  $p<0,05$ ) ja, että ohjaus edisti hyvinvoinnin tunnetta ( $C=0,35$ ,  $x^2=9,52$ ,  $df=3$ ,  $p<0,05$ ). Koulutason/nuorisosteen ammattitutkinnon/yläoppilastutkinnon suorittaneet kokivat muita harvemmin, että ohjaus edisti hoitoon sitoutumista ( $C=0,36$ ,  $x^2=10,59$ ,  $df=3$ ,  $p<0,05$ ). Opistotason tutkinnon/alemman korkeakoulututkinnon/ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat muita harvemmin ohjauksen edistä-

neen mielialaa ( $C= 0,39$ ,  $x^2 = 11,89$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,01$ ). Lisäksi he olivat muita koulutusryhmiä harvemmin sitä mieltä, että ohjaus edisti myönteistä asennoitumista elämään ja hoitoon ( $C= 0,34$ ,  $x^2 = 9,33$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,05$ ) sekä asioiden ymmärtämistä ( $C= 0,36$ ,  $x^2 = 10,36$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,05$ ). Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet kokivat muita useammin, että eivät tarvinneet ohjausta vertaistukiryhmistä ( $C= 0,47$ ,  $x^2 = 21,08$ ,  $df = 12$ ,  $p < 0,05$ ).

Munuaispoliklinikan uusintakäyntipotilaat kokivat ohjausilmapiirin onnistuneemmaksi kuin ensikäyntipotilaat ( $C= 0,28$ ,  $x^2 = 6,52$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ). Lisäksi uusintakävijät arvioivat ensikävijöitä useammin ohjauksen edistäneen vastuunottoa sairauden hoidosta ( $C= 0,28$ ,  $x^2 = 6,37$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ).

#### 6.1.9 Yhteenveto kyselytutkimuksen tuloksista

Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa munuaispoliklinikan seurannassa olevien potilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta ja näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä. Kehittämistyön tavoitteena oli laatia munuaispotilaille suunnatun kyselytutkimuksen tulosten ja teoretiedon pohjalta sekä kehittämistyöhön osallistuvien hoitotyön asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli. Kyselytutkimuksella saatu tieto auttaa ymmärtämään munuaispotilaiden ohjauksen erityistarpeita ja kehittämään ohjausta vastaamaan aiempaa paremmin munuaispotilaiden yksilöllisiä tarpeita ja elämäntilannetta sekä kehittämään osallisuutta vahvistavaa potilasohjausta.

Kyselyssä munuaispotilaiden taustatietoja kuvattiin viiden muuttujan avulla. Ohjauksen laatua arvioitiin 71 muuttujalla. Ohjauksen laatua kuvattiin seuraavilla osa-alueilla: ohjauksen riittävyys (ohjaus sairaudesta ja hoidosta), toteutus (ilmapiiri, potilaslähtöisyys ja vuorovaikutus), resurssit (toimintamahdollisuudet, ohjausmenetelmät sekä hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet) ja vaikutukset. Lisäksi munuaispotilaiden näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä kartoitettiin ohjaustilanteen ongelmia tiedustelevalla puoliavoimella kysymyksellä sekä kahdella avoimella kysymyksellä, joissa pyydettiin potilasta kuvailemaan omaa osuuttaan munuaispoliklinikkakäynnillä

sekä kertomaan omia näkemyksiään ja ajatuksiaan munuaispotilaan ohjauksen kehittämiseksi. Munuaispotilaat kokivat tutkimusaiheen tärkeäksi ja olivat kiinnostuneita ohjauksen kehittämisestä, sillä tutkimuksen vastausprosentti oli kohtuullisen hyvä (48%). Vastaajista kolmasosa oli vastannut ohjauksen kehittämistä koskeviin avoimiin kysymyksiin.

Kyselytutkimukseen osallistuneet munuaispotilaat arvioivat ohjauksen laadun hyväksi, sillä kaikkien ohjausta kokonaisuudessaan kuvaavien summamuuttujien keskiarvo oli 1,30. Ohjauksen laatua kuvaavista osa-alueista parhaiten toteutuivat ohjauksen resurssit ja hyödyt. Heikoimmin toteutuneeksi arvioitiin ohjauksen riittävyys. Luokitteluasteikoksi asetettiin ”hyvä” 1,00–2,49 ja ”huono” 2,50–4,00. (Taulukko 6.)

Tutkimustulosten mukaan munuaispotilaat olivat tyytyväisiä sairauden seurantaan ja kontrollikäynteihin liittyvään ohjaukseen, sillä lähes kaikki potilaat olivat yksimielisiä siitä, että ohjaus oli riittävää. Melkein kaikki potilaat arvioivat saaneensa riittävästi ohjausta tutkimustuloksista ja olivat tyytyväisiä ohjauksessa käytettäviin tiloihin sekä siihen, miten ohjaus on edistänyt lääkehoidon noudattamista. Samoin melkein kaikki vastaajat kokivat, että hoitohenkilökunta hallitsi ohjauksessa tarvittavan tiedon ja asennoitui myönteisesti ohjaamiseen. Lisäksi potilaat kokivat, että ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa, lääkehoidon toteuttamiseen liittynyt ohjaus oli riittävää ja ohjaus on edistänyt vastuunottoa sairauden hoidosta. Suurin osa potilaista koki, että henkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata, ohjauksessa käytetty kieli oli ymmärrettävää ja ohjaus on edistänyt tietoa sairaudesta, asioiden ymmärtämistä, hoitoon sitoutumista, terveydentilaa sekä osallistumista omaan hoitoon.

Taulukossa 9 kuvataan munuaispotilaiden kokemuksia parhaiten toteutuneista ohjauksen laatua kuvaavista väittämistä. Taulukon selkeyden vuoksi väittämät on yhdistetty niin, että ”Täysin samaa mieltä” ja ”Osittain samaa mieltä” on yhdistetty luokaksi ”Samaa mieltä”. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Munuaispotilaiden kokemuksia parhaiten toteutuneista ohjauksen laatua kuvaavista väittämistä (n, %)

Muuttuja	Samaa mieltä	
	n	%
Sain riittävästi ohjausta sairauden seurannasta ja kontroleista (n=80)	79	99
Sain riittävästi ohjausta tutkimustuloksista (n=81)	79	98
Ohjaus toteutettiin sopivissa tiloissa (n=80)	78	98
Ohjaus on edistänyt lääkehoidon noudattamista (n=79)	77	98
Hoitohenkilökunta hallitsi ohjauksessa tarvittavan tiedon (n=79)	76	97
Hoitohenkilökunta asennoitui myönteisesti ohjaamiseen (n=79)	77	97
Ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö oli sujuvaa (n=78)	76	97
Sain riittävästi ohjausta lääkehoidon toteuttamisesta (n=80)	75	97
Ohjaus on edistänyt vastuunottoani sairauden hoidosta (n=76)	74	97
Hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata minua (n=80)	76	96
Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä (n=81)	78	96
Ohjaus on edistänyt tietoa sairaudesta (n=76)	73	96
Ohjaus on edistänyt hoitoon sitoutumistani (n=76)	73	96
Sain riittävästi ohjausta hoitotoimenpiteistä/tutkimuksista (n=79)	75	95
Ohjauksessa käsiteltiin juuri minun tarvitsemiä asioita (n=80)	76	95
Minulla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä (n=77)	73	95
Ohjaustilanteen ilmapiiri oli turvallinen (n=80)	76	95
Ohjaus on edistänyt osallistumistani hoitoon (n=78)	74	95
Ohjaus on edistänyt asioiden ymmärtämistä (n=76)	71	94
Ohjaus on edistänyt terveydentilaani (n=79)	74	94

Tulosten mukaan munuaispotilaat eivät olleet tyytyväisiä ohjaukseen vertaistukiryhmistä, sillä kolmannes vastaajista arvioi ohjauksen olleen riittämätöntä. Niin ikään reilu neljännes vastaajista koki ohjauksen riittämättömäksi sosiaalietuuksista ja kuntoutuksesta. Samoin vajaa viidennes potilaista koki, että ohjauksessa ei käytetty hyödyllistä ohjausvälineistöä (esimerkiksi internet-sivut) ja ohjaus sairauden vaikutuksista perheeseen ja parisuhteeseen oli riittämätöntä. Lisäksi reilu kymmenesosa potilaista koki, että ohjauksessa ei huomioitu potilaan tunteita eikä potilaalle sopivaa tapaa muistaa asioita. Samoin reilun kymmenesosan mielestä ravitsemusohjaus oli riittämätöntä, omaista tai läheistä ei otettu mukaan ohjaukseen potilaan niin halutessa ja potilas ei joutunut ohjauksessa esitetyissä kysymyksissä miettimään elämäänsä ja toimintatapojansa.

Taulukossa 10 kuvataan potilaiden kokemuksia heikoiten toteutuneista ohjauksen laatua kuvaavista väittämistä. Taulukon selkeyden vuoksi väittämät ”Täysin eri mieltä” ja ”Osittain eri mieltä” on yhdistetty luokaksi ”Eri mieltä”. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Munuaispotilaiden kokemuksia heikoimmin toteutuneista ohjauksen laadua kuvaavista väittämistä (n, %).

Muuttuja	Eri mieltä	
	n	%
Sain riittävästi ohjausta vertaistukiryhmistä (n=76)	25	33
Sain riittävästi ohjausta sosiaalietuuksista (n=76)	22	29
Sain riittävästi ohjausta kuntoutuksesta (n=77)	20	26
Ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä (internet-sivut) (n=66)	12	18
Sain riittävästi ohjausta sairauden vaikutuksesta perheeseen ja parisuhteeseen (n=79)	13	17
Kanssani keskusteltiin minulle sopivasta tavasta muistaa asioita (n=74)	12	16
Sain riittävästi ohjausta ravitsemuksesta (n=78)	12	15
Tunteeni huomioitiin ohjauksessa (n=73)	11	15
Ohjauksessa jouduin miettimään elämäni ja toimintatapojani (n=73)	11	15
Omaiseni/läheiseni otettiin halutessani mukaan ohjaustilanteeseen (n=78)	9	12

Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että iällä, siviilisäädellä, koulutuksella ja munuaispoliklinikan käyntikerralla oli yhteyttä munuaispotilaiden kokemuksiin ohjauksen laadusta. Tulos vahvistaa sen, että potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet tulee huomioida potilaan ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkimusaineiston koko (n=81) rajoittaa tulosten yleistettävyyttä.

Laadullisesta aineistosta nousseet osallisuutta vahvistavan potilasohjauksen kehittämiskohteet tukivat suurelta osin määrällisen aineiston tuloksia. Laadullisen aineiston analyysin tuloksissa merkittävin ero määrällisen analyysin tulosten suhteen oli potilaiden kokemus kiireen tuntu poliklinikalla. Määrällisen aineiston tuloksissa kiire ei tullut esiin. Laadullisessa aineistossa muutamat potilaat toivat esille, että ohjausaikaa ja ohjausta tulisi olla enemmän potilaan yksilöllisen hoidon ja ohjauksen toteutumiseksi. Muutama potilas koki ohjaustilanteen kiireiseksi. Yksi vastaaja ilmoitti, että hänen näkemyksiään ei huomioitu poliklinikakäynnillä. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen tuoksi toivottiin ”nettiohjausta” perinteisiä ohjausmenetelmiä täydentävänä toimintona. Nettiohjauksen toive tukee määrällisessä aineistossa esille tullutta huomiota hyödyllisen ohjausvälineistön (internet-ohjaus) käytön puutteesta. Yhteenveto kyselytutkimuksen tuloksista esitetään taulukossa 11. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Yhteenvedo kyselytutkimuksen tuloksista

<b>MUNUAISPOTILAAN OHJAUS JA OSALLISUUS</b>	
<p><b>Ohjauksen vahvuudet</b></p> <p><i>Ohjauksen sisältö</i> Ohjaus ollut riittävää *munuaissairaudesta *oireista *vaaratekijöistä *hoitotoimenpiteistä/tutkimuksista *sairauden hoidosta ja lääkehoidosta *tutkimustuloksista *sairauden seurannasta ja kontrollikäynneistä *yhteydenotosta ongelmatilanteissa</p> <p><b>Ohjaustilanteen toteutuminen</b> *myönteinen ja ohjausta tukeva ilmapiiri *ymmärrettävän kielen käyttö *mahdollisuus esittää kysymyksiä *mahdollisuus esittää hoito-ohjeista omia mielipiteitä *ohjauksessa käsiteltiin potilaan tarvitsemia asioita</p> <p><b>Ohjauksen resurssit</b> *ohjaajien tiedot ja taidot hyvät *ohjaustilat hyvät *hoitohenkilökunnan sujuva yhteistyö *hoitohenkilökunnan myönteinen ohjausasenne</p> <p><b>Ohjauksen vaikutukset</b> Ohjaus on edistänyt omahoidon toteutumista *lääkehoidon noudattamista *vastuunottoa sairauden hoidosta *tietoa sairaudesta *hoitoon sitoutumista *hoitoon osallistumista *asioiden ymmärtämistä</p>	<p><b>Ohjauksen kehittämiskohteet</b></p> <p><i>Ohjauksen sisältö</i> Enemmän ohjausta munuaissairauden *vertaistukiryhmistä *sosiaalietuuksista *kuntoutuksesta *vaikutuksista perheeseen ja parisuhteeseen</p> <p><b>Ohjaustilanteen toteutuminen</b> Yksilöllisyyden huomiointi ohjaustilanteessa: *potilaan elämäntapaan ja toimintatapoihin liittyvien kysymysten esittäminen *aiempien tietojen ja kokemusten huomiointi *keskustelu potilaalle sopivimmasta muistamis-tavasta *tunteiden huomiointi ohjaustilanteessa *omaisten ja läheisten ottaminen mukaan ohjaustilanteeseen potilaan niin halutessa</p> <p><b>Ohjauksen resurssit</b> *ohjausaikaa enemmän *ohjaustilanteen rauhoittaminen *internet-sivustojen käyttö *ryhmäohjauksen mahdollisuus</p> <p><b>Ohjauksen vaikutukset</b> *omaisten ja läheisten tiedonsaanti lisääntyy *mieliala kohenee *hyvinvoinnin tunne lisääntyy *toimintakyky paranee *omaa hoitoa koskeva jaettu päätöksenteko terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa lisääntyy *omahoidon tehostuminen</p>

## 6.2 Munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli

Kehittämistyössä laadittiin osallisuutta vahvistava potilasohjausmalli, joka perustuu kehittämistyössä toteutetun munuaispotilaan ohjauksen laatua kartoittavan kyselyn tuloksiin, moniammatillisen asiantuntijatiimin arviointiin ja kirjallisuuskatsauksesta saatuun teoretietoon. Osallisuutta vahvistava ohjaus kuvataan alkaen osallisuuden lähtökohtien tunnistamisesta ja päättyen potilaan osallisuuden kokemuksen kuvailuun (Kuvio 19). Ohjausmalli auttaa jäsentämään potilaan osallisuutta, osallisuuden kokemukseen vaikuttavia tekijöitä ja osallisuutta vahvistavan ohjauksen menetelmiä. Osal-



lisuus ei ole pysyvä kokemus tai tila, vaan siihen vaikuttavat potilaan, yhteisön ja yhteiskunnan tilanteessa tapahtuvat muutokset. Ohjausmallissa nuolet kuvaavat osallisuuden kokemuksen vaihtelua tilanteiden muuttuessa. Ohjausmalli kuvaa ja selkiyttää osallisuuden ilmiötä sekä siihen liittyviä käsitteitä erikoissairaanhoidon hoitotyön kontekstissa. Kehitetty ohjausmalli palvelee ennen muuta käytännön hoitotyötä tarjoamalla konkreettisia työ- ja ohjausmenetelmiä potilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen toteutukseen.

Sisätautipoliklinikan hoitohenkilöstön kokouksessa tammikuussa 2017 käsiteltiin kehitetyn ohjausmallin sisältöä ja rakennetta ennen ohjausmallin käyttöönottoa. Ohjausmallin osallisuutta vahvistavat työ- ja ohjausmenetelmät (omahoitolomake, motivoiva haastattelu, internet-sivustot) todettiin polikliiniseen ohjaukseen sopiviksi menetelmiksi. Kokouksessa esiin tulleiden ajatusten pohjalta ohjausmalliin tehtiin muutoksia mallin selkeyden parantamiseksi. Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin kuu-kauden koekäytön jälkeen moniammatillinen asiantuntijatiimi (munuaislääkäri, munuaishoitajat, diabeteshoitajat, ravitsemusterapeutti, jalkaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykiatrinen sairaanhoitaja) arvioi ohjausmallin arviointilomakkeella, joka muodostui osallisuuden ulottuvuuksista. Ohjausmallin arvioinnissa käytettiin osallisuuden ulottuvuuksista (tieto-, suunnittelu-, toiminta-, päätös- ja arviointiosallisuus) rakennettua arviointilomaketta. (Liite 7).

Potilaslähtöisyys huomioitiin ohjauksen kehittämisen perustana, koska haluttiin kehittää palvelua vastaamaan potilaiden tarpeita ja vahvistaa potilaan osallisuuden toteutumista omassa hoidossaan. Kehittämistyössä potilaat otettiin huomioon tasavertaisina kehittäjinä hoitotyön asiantuntijoiden rinnalla. Potilas nähtiin kehittämistyössä oman elämänsä asiantuntijana ja aktiivisena osallistujana oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa, päätöksenteossa ja arvioinnissa omien voimavarojensa mukaan. Potilaan osallisuus omassa hoidossaan on vuorovaikutuksen tasavertaisuutta, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemistä sekä yhteistä suunnittelua ja päätöksentekoa hoidon tavoitteista ja toteutuksesta hoitotyön asiantuntijoiden rinnalla. Ohjausmallissa munuaispotilaan, hoitotyön asiantuntijoiden, toimintaorganisaation ja yhteiskunnan näkökulmat ymmärretään osallisuutta vahvistavan ohjauksen rakennuspohjana.

Potilaan näkökulmasta osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohtina nähtiin yksilölliset potilasta voimavaraistavan tiedon tarpeet, terveydenlukutaito, itsemäärääminen, valinnanvapaus, ohjauksen oikea-aikaisuus, riittävä ohjausaika, hoitoon sitoutuminen, voimaantuminen, vastavuoroinen ohjaussuhde, jaettu päätöksenteko ja sosiaalinen verkosto. Hoitotyön asiantuntijoiden kohdalla potilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohtina nähtiin ammatillinen osaaminen, potilaan tiedontarpeisiin perustuva ohjaus, potilaslähtöisyys, sairauden ennuste, hoitohenkilöstön arvot ja asenteet, ohjaustiedot ja -taidot, vastavuoroinen ohjaussuhde, läheisten huomiointi, ohjausmenetelmät ja -materiaalit, hoitohenkilökunnan yhteistyö ja ohjauksen kirjaaminen. Toimintaorganisaatiossa potilaan osallisuuden toteutuminen mahdollistuu hoitohenkilökunnan yhteistyönä laadittujen arvojen pohjalta. Toimintaorganisaation arvot ovat hyvä hoito ja palvelu, joita toteutetaan välinearvoilla: kohtaaminen, välittäminen, vastuullisuus ja kehittyminen. Sairaanhoidopiiriin kaikissa yksiköissä potilaalla on mahdollisuus antaa palautetta hoidosta, ohjauksesta ja palvelusta joko kirjallisella palautelomakkeella hoitoyksikön potilaspalautelaatikkoon tai sähköisesti sairaanhoidopiiriin verkkosivuilla. Yhteiskunnan näkökulmasta potilaan osallisuus omassa hoidossaan mahdollistuu kaikille yhteiskunnan jäsenille tarjolla olevien rakenteiden toteutumisen kautta: lainsäädäntö, terveydenhuollon arvoperusta, terveyden edistämisen ohjelmat ja asiakirjat, terveydenhuoltojärjestelmä, koulutusjärjestelmä ja sosiaaliturva. Yhteiskunnan osallisuuden mahdollistavat rakenteet tarjoavat kaikille lähtökohdan osallisuuden kehittymiselle ja vahvistumiselle.

Osallisuuden toteutumisessa ja vahvistumisessa nämä kaikki osallisuuden tarkastelun näkökulmat ovat yhteydessä toisiinsa ja perustana osallisuutta vahvistavalle ohjaukselle. Osallisuuden kokemus ei ole pysyvä kokemus tai olotila. Potilaaseen liittyvät muutokset, potilasta hoitavaan henkilöstöön liittyvät muutokset, toimintaorganisaatiossa tapahtuvat muutokset ja yhteiskunnan tarjoamissa palveluissa tapahtuvat muutokset vaikuttavat potilaan osallisuuden kokemukseen. Jokainen potilastilanne on uusi tilaisuus vahvistaa potilaan osallisuutta. Jokaisessa kohtauksessa luodaan uudestaan osallisuuden kokemus, jolloin osallisuus voi joko vahvistua tai se voi heikentyä.

Ohjausmallissa osallisuutta vahvistavilla ohjausmenetelmillä (omahoitolomake, motiivoiva haastattelu, ohjaus internet-sivustoille) pyritään vahvistamaan potilaan asemaa hoitotiimissä oman elämänsä asiantuntijana. Munuaispotilaan omahoitolomakkeen

(Liite 6) tehtävä on kohdistaa potilaan huomio omahoidon merkitykseen terveyden edistämässä ja sairauden hoidossa. Tavoitteena on potilaan johdattaminen miettimään omia toimintatapojaan ja ongelmiaan sekä toisaalta omia voimavarojaan, vahvuuksiaan ja terveyden kannalta myönteisiä asioita. Omahoitolomakkeen tarkoitus on korostaa potilaan asemaa oman hoitonsa asiantuntijana ja päätöksentekijänä hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa. Potilas ohjataan täyttämään omahoitolomake kotona ennen vastaanotolle tuloa, jolloin hän voi kotona rauhassa perehtyä omaan tilanteeseensa ja miettiä kysymyksiä ja asioita valmiiksi ajanvarausvastaanotolle.

Motivoiva haastattelu – tekniikka ilmenee omahoitolomakkeen avoimissa kysymyksissä, joiden tarkoitus on motivoida potilas ajattelemaan aktiivisesti omaa toimintaansa omahoitonsa toteutuksessa. Ohjaustilanteessa motivoiva haastattelu toteutuu potilaan aktiivisena kuunteluna, empatiana, avoimien kysymysten esittämisenä ja keskustelun yhteenvetona. Ohjaustilanteessa potilaalle annetaan tilanteeseen liittyvät riittävät tiedot ja potilasta johdatellaan itse huomaamaan hänelle parhaiten sopivat menetelmät hoidon toteuttamiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Vastaanotolla potilaan hoitoa suunnitellaan ja arvioidaan omahoitolomakkeen tietojen, keskustelun ja poliklinikakäyntiä edeltävien tutkimustulosten pohjalta. Potilaan lomakkeessa esille nostamien tarpeiden tai ongelmien taustoihin tartutaan avoimilla kysymyksillä, jotta päästään yhteisessä keskustelussa viemään asioita eteenpäin potilaan toivomalla tavalla. Potilaan esille tuomiin omahoitoon liittyviin onnistuneisiin kokemuksiin vastataan myönteisellä palautteella ja kannustetaan potilasta edelleen jatkamaan toteuttamaansa omahoitoa hyvinvointinsa edistämiseksi. Vastaanottokäynnin jälkeen omahoitolomake jää potilaalle omahoidon toteutuksen tueksi. Seuraavaan vastaanottokäyntiin valmistautuessaan potilas voi täydentää lomaketta tai täyttää ajanvarauskirjeen mukana tulevan uuden lomakkeen.

Omahoidon toteutumisen tueksi potilas ohjataan Omakanta-palvelun, Satakunnan sairaanhoitopiirin ja Munuais- ja maksaliiton internet-sivuille. Potilasta rohkaistaan hyödyntämään Omakanta-palvelun mahdollisuuksia oman hoitonsa hallitsemiseksi. Omakannasta löytyvät viimeisimmät sairauskertomustekstit ja voimassa olevat reseptit. Satakunnan sairaanhoitopiirin sivuilta löytyy laaja-alaisesti tietoa saatavilla olevista palveluista ja sähköinen potilaspalautelomake. Munuais- ja maksaliiton sivuilta potilas

löytää monipuolista munuaissairauteen liittyvää tietoa ja mahdollisuuden vertaistukeen. Potilaan tarvitsema pidempi ohjausaika voidaan suunnitella jo potilaan ajanvarausaikaan annettaessa. Potilaalle voidaan valita päivän viimeinen aika, jolloin aikaa keskustelulle on enemmän, kun muita vastaanotolle tulijoita ei enää ole. Ajanvarauskirjeeseen laaditussa fraasissa potilaan omaiset ja läheiset toivotetaan tervetulleeksi potilaan mukana munuaispoliklinikan vastaanotolle. Tällä menetelmällä toivotaan omaisten ja läheisten aiempaa useammin ja varhaisemmassa sairauden vaiheessa tulevan vastaanotolle yhdessä potilaan kanssa. Sairauden tilanteeseen ja etenemiseen liittyvät asiat tulevat tutuksi pikkuhiljaa, ja läheinen kykenee olemaan paremmin tukena potilaalle sairauden eri vaiheissa.

Potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan tehdään moniammatillista yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa. Diabeteshoitajan, jalkaterapeutin, ravitsemusterapeutin, sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan asiantuntemusta hyödynnetään potilaan tilanteen ja hänen esille tuomiensa tarpeiden mukaisesti. Potilaan omahoitolomakkeessa ilmaisemien tarpeiden selvittäminen on tärkeää, koska avoimilla kysymyksillä, aktiivisella kuuntelulla ja osoittamalla empatiaa saadaan selville potilaiden lomakkeessa ilmaisemien asioiden taustalla olevat syyt. Vertaistukeen ja kuntoutukseen liittyvät esitteet ovat näkyvästi esillä poliklinikan odotusaulan tiloissa ja munuaishoitajan huoneessa, sillä pitkäaikais sairaus kaventaa potilaan elämänpiiriä ja saattaa altistaa yksinäisyydelle (Murray ym. 2009, 155; Heino 2012, 39; Palmer ym. 2015, 564–566). Ohjausmenetelmien ja -materiaalien valinnassa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet, esimerkiksi kirjallisen ohjausmateriaalin valinnassa ja määrässä.



Kuvio 19. Munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli

### 6.3 Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin käyttöönotto

Kehitetty osallisuutta vahvistava potilasohjausmalli otettiin käyttöön munuaispoliklinikan potilaiden ohjauksessa helmikuussa 2017. Poliklinikan uusintakäyntipotilaille lähetettävään ajanvarauskirjeeseen lisättiin fraasi ” Omaisesi tai läheisesi on tervetullut mukana munuaispoliklinikan vastaanotolle” ja munuaispotilaan omahoitolomake liitettiin ajanvarauskirjeen muiden liitteiden joukkoon. Motivoiva haastattelu – menetelmä ilmeni omahoitolomakkeen avoimissa kysymyksissä ja sairaanhoitajan avoimina kysymyksinä, empatiana, aktiivisena kuunteluna ja yhteenvedon tekemisenä potilaan ja hoitajan vuorovaikutustilanteessa. Vuorovaikutustilanteessa keskityttiin potilaan ajatusten, näkemysten ja tarpeiden käsittelyyn potilaan kotona täyttämän omahoitolomakkeen tietojen pohjalta. Ohjaustilanteessa munuaisehoitaja ohjasi potilasta omahoitolomakkeen hyödyntämiseen omahoidon tukena keskustelemalla lomakkeen sisällöstä, sen sisältämästä tiedosta sekä tiedonlähteistä. Potilas ohjattiin tutustumaan Omakanta-palveluun, Satakunnan sairaanhoitopiiriin ja Munuais- ja maksaliiton www-sivuille, jos ne eivät olleet potilaalle aiemmin tuttuja.

### 6.4 Moniammatillisen tiimin arviointi potilasohjausmallin sisällöstä

Munuaispotilaan hoidon moniammatillinen asiantuntijatiimi arvioi potilasohjausmallin sisältöä maaliskuussa 2017 arviointia varten laaditulla arviointilomakkeella. Arvioinnin kriteereinä käytettiin osallisuuden ulottuvuuksia (Kettunen & Kivinen 2012, 40; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2009, 51–53; Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589). Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin arviointilomake laadittiin Rouvinen-Wileniuksen & Koskinen-Ollonqvistin (2011, 89–91) potilaan osallisuuden arviointiin suunnitellun lomakkeen pohjalta. Osallisuutta vahvistavan ohjausmallin arviointilomake (Liite 7) jaettiin yhteensä 14 munuaispotilaan hoitotyöhön osallistuvalla asiantuntijalle. Lomake jaettiin viidelle diabeteshoitajalle (n=5), neljälle munuaisehoitajalle (n=4), munuaislääkärille (n=1), ravitsemusterapeutille (n=1), jalkaterapeutille (n=1), psykiatriselle sairaanhoitajalle (n=1) ja sosiaalityöntekijälle (n=1). Kaikki 14 munuaispotilaan hoidon ja ohjauksen asiantuntijaa palauttivat arviointilomakkeen.

Arviointilomakkeessa pyydettiin munuaispotilaan hoidon ja ohjauksen asiantuntijoita arvioimaan ohjausmallin osallisuutta vahvistavaa sisältöä kouluarvosanoin välillä 4–10. Arvosana 4 merkitsi ohjausmallin heikkoa sisältöä ja arvosana 10 ohjausmallin erinomaista sisältöä. Arviointia pyydettiin kaikista osallisuuden ulottuvuuden osa-alueista: tieto-, suunnitelma-, toiminta-, päätös- ja arviointiosallisuus (Leemann & Hämäläinen 2016, 588–599).

Munuaispotilaan hoidon asiantuntijat arvioivat potilasohjausmallin sisällön hyväksi, sillä osallisuuden ulottuvuuksien kaikkien osa-alueiden keskiarvo oli 8,9. Moniammatillisen tiimin arvion mukaan parhaiten osallisuutta vahvistava osa-alue oli suunnitteluosallisuus, joka sai arvosanan 9,1. Heikoiten osallisuutta vahvistavaksi osa-alueeksi arvioitiin arviointiosallisuus, sillä sen keskiarvo oli 8,6. Moniammatillisen tiimin arviointitulokset potilasohjausmallista esitetään taulukossa 12. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Moniammatillisen tiimin arviointi potilasohjausmallin sisällöstä (n=14)

Osallisuuden ulottuvuus	Keskiarvo
Tieto-osallisuus	9,0
Suunnitteluosallisuus	9,1
Toimintaosallisuus	8,9
Päätösosallisuus	8,7
Arviointiosallisuus	8,6
Kokonaisarvio ohjausmallin sisällöstä	8,9

Moniammatillisen asiantuntijatiimin arviointien perusteella potilasohjausmalliin tehtiin selvennyksiä munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohtausioon. Potilaan osallisuutta päätöksenteossa korostettiin lisäämällä potilaan lähtökohtiin päätöksenteko-käsitteen paikalle käsite jaettu päätöksenteko, jonka tarkoituksena on korostaa potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteistä työskentelyä hoitopäätösten teossa. Potilaan arviointiosallisuutta korostettiin lisäämällä toimintaorganisaation osallisuutta vahvistavan ohjauksen lähtökohtausioon kokonainen potilaan arviointimahdollisuutta kuvaava lause ” Potilas voi antaa palautetta ohjauksesta ja palvelusta kirjallisena toimintayksikön palautelaatikkoon tai sähköisenä Satshp:n www-sivuilla”.

## 7 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelu ja arviointi

Kehittämistyön tutkimusosassa kartoitettiin kyselylomakkeella munuaispoliklinikan seurannassa olevien potilaiden kokemuksia ohjauksen laadusta ja ajatuksia ohjauksen kehittämisestä. Tutkimuksen tulokset osoittivat potilasohjauksen olevan moniulotteista toimintaa. Tässä kyselytutkimuksessa munuaispotilaiden ohjauksen laatu muodostui neljän ohjauksen osa-alueen perusteella: ohjauksen riittävyys, ohjauksen toteutus, ohjauksen resurssit ja ohjauksen vaikutukset.

#### *Ohjauksen riittävyys*

Munuaispotilaat kokivat ohjauksen olevan riittävää munuaissairaudesta, oireista, sairauden vaaratekijöistä, tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä, tutkimustuloksista, sairauden hoidosta ja lääkehoidosta, yhteydenotosta ongelmatilanteissa sekä seurannasta ja kontrollikäynneistä. Munuaissairaus ja sen oireet aiheuttavat muutoksia potilaan terveydentilaan, joten vaihtelevaan vointiin ja omahoidon muutoksiin sopeutuminen edellyttää tietoa ja taitoa arkipäivän selviytymisessä. Tämän vuoksi on luonnollista, että potilaalle välitetään runsaasti konkreettista biofysiologista ja toiminnallista tietoa, jonka avulla voidaan tukea potilaan selviytymistä muuttuneessa elämäntilanteessa. Tätä havaintoa tukevat aikaisemmat munuaispotilaiden ohjaukseen liittyvät tutkimukset (Rantanen ym. 2008, 251; Urstad ym. 2012a, 635–640; Urstad ym. 2012b, 246, 250–251; Eloranta ym. 2014, 6) ja muut pitkäaikaissairaiden ohjaukseen liittyvät tutkimukset (Kääriäinen 2007, 85–86; Isola ym. 2007, 56; Eloranta ym. 2010, 4, 9; Eloranta ym. 2015, 68; Kaakinen 2013, 48).

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että potilaille ei kuitenkaan välitetä tietoa ohjaustilanteissa riittävän laaja-alaisesti. Ohjaustilanteissa vähäiselle huomiolle jäivät sairauden vaikutus perheeseen ja parisuhteeseen sekä vertaistukiryhmiin, kuntoutukseen ja sosiaalietuuksiin liittyvien asioiden käsittely. Aikaisemmissa munuaispotilaisiin liittyvissä tutkimuksissa on myös havaittu potilaiden tarvitsevan lisää tietoa sosiaalisista (Isola ym. 2007, 54; Rantanen ym. 2008, 252; Hughes ym. 2009, 400–405; Eloranta ym. 2014, 7) ja taloudellisista asioista (Rantanen ym. 2008, 252). Myös muut pitkäaikaissairaiden ohjaukseen liittyvät tutkimukset vahvistavat sosiaalisen tiedon käsittelyn



ohjauksessa olevan vähäistä (Kähkönen ym. 2012, 207; Kaakinen 2013, 48). Useiden tutkimusten mukaan munuaispotilaat tarvitsevat laaja-alaista ohjausta, joka vahvistaa heidän kokemustaan oman elämänsä ja hoitonsa hallitsijana (Constantini ym. 2008, 147, 149–152; Rantanen ym. 2008, 253; Cueto-Manzano ym. 2010, 102–103; Chen ym. 2011, 3563–3566; Nygårdh ym. 2012, 289–292; Paes-Barreto ym. 2013, 168–170; Walker ym. 2013, 118–119; Eloranta ym. 2014, 7–8). Kyselytutkimuksen tulosten perusteella munuaispotilaiden ohjauksessa sosiaalisen tiedon käsittely on tärkeä ohjauksen kehittämisen kohde. Aiempien tutkimusten mukaan potilaat, jotka saavat sosiaalista tukea hoitohenkilöstöltä, omaisilta, läheisiltä ja vertaisilta ovat sitoutuneempia hoitoon (Constantini ym. 2008; Murray ym. 2009, 155–157; Lunnela 2011, 81–83; Heino 2012, 38–40; Eloranta ym. 2014, 7–8; Palmer ym. 2015, 570–572).

### *Ohjauksen toteutus*

Ohjaustilanteen ilmapiiri arvioitiin kokonaisuudessaan erittäin myönteiseksi ja ohjausta tukevaksi. Tulos vahvistaa Kääriäisen (2007, 84–85) ja Isolan ym. (2007, 56, 58) tutkimusten tuloksia ohjaustilanteen ilmapiiristä, joissa ilmapiirin todettiin olevan asiantunteva, luotettava ja miellyttävä. Tässä tutkimuksessa vastaajat arvioivat ohjaustilanteen ilmapiirin olevan lisäksi inhimillinen, onnistunut ja kannustava, joka tukee Kääriäisen (2007, 84–85) tutkimuksen tuloksia. Ohjaustilanteen vuorovaikutukseen oltiin tyytyväisiä, sillä potilaat arvioivat, että ohjauksessa käsiteltiin juuri heidän tarvitsemiaan asioita, ohjauksessa käytetty kieli oli ymmärrettävää, potilasta kuunneltiin, potilaalla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä sekä omia mielipiteitä. Tulos on samansuuntainen Kääriäisen (2007, 83–84) tutkimuksen kanssa.

Toisaalta potilaslähtöisessä ohjaustoiminnassa ja vuorovaikutuksessa oli puutteita, koska omaisten/läheisten huomiointi ohjaustilanteessa oli vähäistä, potilaan kanssa ei keskusteltu riittävästi hänelle sopivasta muistamistavasta, potilaan aiempien tietojen ja kokemusten selvittäminen ohjattavasta asiasta ja potilaiden rohkaisu toiveiden esittämiseen ohjaustilanteessa jäivät vähäisiksi sekä potilaan tunteiden huomiointi ohjaustilanteessa oli riittämätöntä. Tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia, joissa todettiin ohjauksessa olevan puutteita omaisten ja läheisten huomioinnissa sekä potilaan tunteiden ja toiveiden (Isola ym. 2007, 58; Kääriäinen 2007, 84, 91, Makkonen ym. 2010, 137) sekä elämäntilanteen merkityksen huomioinnissa (Isola ym. 2007, 58; Kääriäinen 2007, 84, 91; Makkonen ym. 2012, 138; Kaakinen 2013, 53–54).

*Ohjauksen resurssit*

Valtaosa munuaispotilaista oli tyytyväisiä ohjauksessa käytettäviin tiloihin, henkilökunnan myönteiseen ohjausasetteeseen, hoitohenkilökunnan ohjaustietoihin ja -taitoihin sekä hoitohenkilökunnan yhteistyöhön. Tämä tulos tukee aiempien tutkimusten tuloksia potilaiden arvioista ohjauksen resursseista (Kääriäinen 2007, 79–80; Eloranta ym. 2009, 15).

Ohjauksen resursseja pidettiin hyvinä, vaikka hyödyllisen ohjausvälineistön käyttäminen (esimerkiksi internet-sivut) arvioitiin vähäiseksi ja ohjausajan riittävydestä saatiin ristiriitaisia tuloksia. Tulos vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia, joissa on todettu potilaiden olevan vain jokseenkin tyytyväisiä ohjauksessa käytettävien ohjausmenetelmien monipuoliseen käyttöön (Isola ym. 2007, 58; Kääriäinen 2007, 80, 183; Kaakinen 2013, 59). Teknologiapainotteisista ohjausmenetelmistä erityisesti internetin käyttö puhelinohjauksen ohella on pitkäaikaissairaiden ohjaukseen liittyvissä tutkimuksissa todettu hyödylliseksi ohjausvälineeksi suullisen ja kirjallisen ohjauksen rinnalla (Välimäki ym. 2007, 124; Heikkinen 2011, 78; Lunnela 2011, 86–88; Anttila 2012, 56–57; Ryhänen 2012, 56, ; Kurikkala ym. 2015, 12–13).

Kyselytutkimuksen määrällisessä osiossa ohjausaika arvioitiin riittäväksi, mutta laadullisen osion tuloksissa muutama potilas toi esille ohjausajan riittämättömyyden, ohjaustilanteen kiireisyyden ja sen, että vastaanottoajat eivät aina pidä paikkaansa. Aikaisemmat tutkimukset (Isola ym. 2007, 58; Kääriäinen 2007, 80) tukevat kyselytutkimuksen tuloksia potilaiden ristiriitaisista arvioista ohjausajan riittävydestä, sillä niissäkin todettiin potilaiden olevan vain jokseenkin tyytyväisiä ohjausajan riittävyteen. Toisaalta Kujalan (2003, 138) ja Kaakisen (2013, 59) tutkimuksissa todettiin valtaosan potilaista olevan tyytyväisiä ohjausaikaan. Ohjauksen kehittämisessä on hyvä huomioida, että ohjaustilanteen kiireisyys ja ohjausajan riittämättömyys vaikuttavat potilaan kokemuksiin ohjauksen laadusta (Isola ym. 2007, 58–59; Höglund ym. 2010, 484, 486). Tutkimusten mukaan käytetty ohjausaika vaihtelee muutamista minuuteista tunteihin (Kääriäinen & Kyngäs 2010, 550; Tarkiainen, Kaakinen, Kyngäs & Kääriäinen 2012, 103). Ohjausajan riittämättömyys (Höglund ym. 2010, 484, 486) voi toimia esteenä ohjauksen ymmärtämiselle. Tämän kyselytutkimuksen perusteella ohjausajan

tarve on yksilöllinen ja potilaalle itselleenkin riittävän ohjausajan arviointi on vaikeaa, kuten tutkimuksen ristiriitainen tulos ohjausajan riittävydestä osoittaa.

#### *Ohjauksen vaikutukset*

Munuaispotilaat arvioivat ohjauksen edistäneen erityisesti lääkehoidon noudattamista, vastuunottoa sairauden hoidosta, hoitoon sitoutumista, tietoa sairaudesta ja osallistumista oman hoidon toteutukseen. Aiemmat tutkimukset vahvistavat ohjauksen myönteisiä vaikutuksia potilaan omahoitoon (Kääriäinen 2007, 88; Höglund ym. 2010, 485–486; Heino 2012, 38–40 ; Kaakinen 2013, 49). Ohjauksella oli vähiten vaikutusta omaisten ja läheisten tiedon määrään. Aikaisemmat tutkimukset vahvistavat, että ohjaus ei ole edistänyt omaisten ja läheisten tietoa potilaan sairaudesta (Isola ym. 2007, 58; Kääriäinen 2007, 88).

#### *Ohjauksen kehittäminen*

Kyselytutkimuksen laadullisessa osiossa ohjaustilanteen ongelmia kartoittavassa kysymyksessä muutama potilas toi esille ohjausajan riittämättömyyden ja kiireen. Lisäksi yksi potilas toi esille, että hänen näkemystään ei huomioitu poliklinikkakäynnillä.

Tulosten mukaan ohjauksen resursseista aika- ja henkilöresurssit sekä ohjausmenetelmät ja potilaslähtöinen toiminta vaativat kehittämistä. Riittävän ohjausajan turvaamiseksi potilaan ajanvarauksen suunnittelu potilaan ohjaustarpeiden mukaan on tärkeää. Lisäksi riittävä henkilöstöresurssi poliklinikan toiminnassa on olennainen asia kiireettömän ohjaustilanteen mahdollistamiseksi. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat Kääriäisen (2007, 90–92) tutkimustulosta potilasohjauksen kehittämistarpeista aika- ja henkilöstöresurssien sekä potilaslähtöisyyden osalta. Höglundin ym. (2010, 484, 486) tutkimuksessa on tullut esille, että ohjausajan riittämättömyys voi olla este ohjauksen ymmärtämiselle. Ohjauksen kehittämisen kannalta on tärkeää reagoida potilaiden näkemyksiin ohjaustilanteen kiireisyydestä ja ohjausajan riittämättömyydestä, koska ne vaikuttavat kokemuksiin ohjauksen laadusta (Isola ym. 2007, 58; Höglund ym. 2010, 484, 486).

Munuaispotilaat kuvailivat omaa osallisuuttaan munuaispoliklinikkakäynnillä ja vastauksista muodostui sisällön analyysin tuloksena kolme yläkategoriaa, jotka olivat voimaantuminen, itsemäärääminen ja omahoitoon sitoutuminen. Tulos osoittaa, että potilaat kokevat voimaantumista, joka on osallisuuden kokemukseen ja toteutumiseen läheisesti liittyvä käsite. Voimaantuminen tapahtuu ihmisen oman toiminnan ja osallistumisen kautta, jolloin samalla osallisuus oman hoidon ja elämän hallinnassa vahvistuu (Laitila 2010, 147). Voimaantumisen käsite liittyy läheisesti osallisuuden kokemuksen rakentumiseen. Osallisuuden ja voimaantumisen käsitteet ovat perustaltaan hyvin lähellä toisiaan, koska kummassakin tarvitaan ihmisen itsensä voimakasta mukana oloa prosessissa. Näitä kumpaakin prosessia voi kuitenkin ulkopuolinen toimija omalla toiminnallaan edistää ja mahdollistaa. Tutkimusten mukaan osallisuuden ja voimaantumisen mahdollistamisprosesseihin liittyvät toiminnot ovat suhteellisen samanlaisia: kuuntelemista, kunnioitusta, palautteen antoa, yksilön kykyjen ja voimavarojen vahvistamista, valinnan mahdollisuuksien tarjoamista, kohtaamisen turvallisuutta, tasavertaisuutta ja avoimuutta, arvostuksen osoittamista valinnoille ja näkemyksille sekä tarjoamalla mahdollisuus kuulua yhteisöön. (Siitonen 1999, 158; Laitila 2010, 147–148, 184–185; Kaseva 2011, 30.)

Munuaispotilaat kuvailivat osallisuutta myös itsemääräämisenä, johon kuului olennaisena osa kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen. Itsemääräämisen toteutuminen omassa hoidossa vahvistaa potilaan osallisuuden kokemusta, koska hallinnan tunteen saavuttaminen ja päätöksentekoon osallistuminen edistää potilaan kokemusta toimijuudesta (Naukkarinen 2008, 120–123; Laitila 2010, 147–148, Kaseva 2011, 31–32). Vastajien arvioiden mukaan osallisuuteen liittyi hoitoon sitoutuminen, sillä potilailla oli halu noudattaa sairauden hoitoon annettuja ohjeita. Potilaat pyrkivät ymmärtämään ohjeita ja toteuttamaan omahoitoa hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaan hoitaakseen itseään mahdollisimman hyvin. Omahoidossa potilas on autonominen ja aktiivinen toimija oman hoitonsa ja elintapamuutosten toteutuksessa. Hoidon suunnittelun pohjana ovat potilaan omat lähtökohdat. (Routasalo & Pitkälä 2009, 6–9; Eloranta & Virkki 2011, 15.) Omahoito ja sen tukemisen merkitys korostuu pitkäaikaissairauksissa (Kääriäinen 2007, 120–123).

Munuaispotilaat esittivät näkemyksiään ohjauksen kehittämisestä ja vastauksista muodostui sisällön analyysin tuloksena yksi pääkategoria, potilasohjauksen yksilöllisyys.

Aiemmat tutkimukset vahvistavat, että laadukkaan ohjauksen edellytyksenä on jokaisen potilaan kohtaaminen yksilönä omine tarpeineen ja odotuksineen (Isola ym. 2007, 58; Kääriäinen 2007, 119–123; Rantanen ym. 2008, 249, 253; Campbell ym. 2010; Höglund ym. 2010, 487–488; Urstad 2012a, 2012b; Walker ym. 2013, 118–119). Potilaisessa hoitotyössä yksilöllisyys voidaan huomioida potilaan toiveiden mukaisena ajanvarausaikana ja ohjauksen sisällön suunnitteluna potilaan tilanteen, tarpeiden ja potilaan voimavarojen mukaan. Ajanvarauksen suunnittelu potilaan tarpeiden mukaan mahdollistaa potilaan oman elämän hallinnan esimerkiksi työn ja opiskelujen vaatimusten mukaan. Lisäksi enemmän ohjausaikaa tarvitseville potilaille voidaan varata päivän viimeisiä aikoja, jolloin potilasruuhkaa on vähemmän ja ohjausaikaa voidaan järjestää potilaskohtaisesti enemmän. Ohjausmenetelmien ja -materiaalien valinnassa potilaan terveydenluktaitotason huomioiminen on tärkeää (Walker ym. 2013, 119; Campbell & Duddle 2010, 30). Potilaalle sopivan kirjallisen materiaalin valinta yhdessä potilaan kanssa mahdollistaa sen, että valittu kirjallinen materiaali tukee potilaan omahoitoa ja on sisällöltään ymmärrettävää. Internet-sivustojen hyödyntämistä omahoidon tukena suositellaan kaikille tietokonetta tiedon hakuun käyttäville tai siihen opetteleville potilaille.

## 7.2 Luotettavuus ja siirrettävyys kehittämistyössä

### 7.2.1 Kehittämistyön luotettavuus

Toimintatutkimuksen tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun riittävän tarkka dokumentaatio. Toimintatutkimuksen arvioinnissa otetaan huomioon koko tutkimusprosessin etenemiseen liittyvät tekijät. Luotettavuutta voidaan parantaa myös triangulaatiolla, joka tarkoittaa usean tiedonkeruumenetelmän käyttöä tutkimustulosten vahvistamiseksi. (Kananen 2014, 134–137). Luotettavuuden arviointia tehdään koko tutkimusprosessin ajan suhteessa teoriaan, tutkimiseen, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, analyysitapaan, luokitteluun, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan on pystyttävä perustelemaan tekemänsä valinnat ja niihin johtaneet syyt, sekä arvioimaan ratkaisujen merkitystä tavoit-

teiden kannalta. (Vilkkä 2007, 195–197.) Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää myös se, miten tutkimuksen vaiheet (syklit) toteutettiin ja millaista oli osallistujien välinen yhteistyö (Coghlan & Shani 2014, 523–536).

#### *Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus*

Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tämän kehittämistyön aineistoon valittiin ne julkaisut, jotka täyttivät ennalta sovitut sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–43.) Ennen tutkimusprosessin aloitusta kattavat hakusanat ja käytettävät tietokannat määriteltiin yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun Tiilimäen kampuskirjaston informaattikon kanssa. Tarkennetun tiedonhaun yhteydessä tehtiin yhteistyötä myös Satakunnan keskussairaalan tieteellisen kirjaston informaattikon kanssa. Tietokantahakua täydennettiin manuaalisella haulla valittujen julkaisujen lähdeluetteloista. Lisäksi aihealueeseen sopivia tutkimuksia ja artikkeleita haettiin käsihaulla kotimaisista ja ulkomaisista tieteellisistä, vertaisarvioituista lehdistä. Aineiston luotettavuutta saattaa heikentää tiedonhakuprosessin kielirajaus, jossa vain englannin- ja suomenkieliset julkaisut hyväksyttiin mukaan. Aineiston valinnan suoritti vain yksi henkilö, mikä voi heikentää katsauksen luotettavuutta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41). Luotettavuuden lisäämiseksi tutkija kävi aineiston huolellisesti läpi useita kertoja. Kirjallisuuskatsaukseen valituille artikkeleille ei tehty laadunarviointia, koska keskeistä mukaan ottamisessa oli, että artikkelissa kuvattiin potilaan osallisuutta ja ohjausta. Hakuprosessissa käsitelty aineisto oli suuri ja tuloksissa ilmeni saturaatiota, joka osaltaan lisää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Hakuprosessissa valittiin samasta tutkimuksesta julkaistuista artikkeleista kattavin julkaisu. Tämän kehittämistyön tiedonhakuprosessi on kuvattu vaiheittain niin, että lukija pystyy sen toistamaan. Tämä lisää kehittämistyön luotettavuutta.

#### *Määrällisen tutkimuksen luotettavuus*

Kyselytutkimuksen määrällinen aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten modifioidulla Ohjauksen laatu–kyselylomakkeella (© Kääriäinen 2007). Tutkimustulosten luotettavuus voidaan varmistaa käyttämällä valmista mittaria, jonka validiteetti ja reliabiliteetti on tutkittu (Metsämuuronen 2009, 67). Kyselytutkimuksessa käytettiin Kääriäisen (2007) väitöskirjassaan kehittämää Ohjauksen laatu–mittaria, jonka sisäinen joh-

donmukaisuus ja rakenne- eli käsitevaliditeetti on todettu hyväksi kansallisissa tutkimuksissa (Isola ym. 2007; Kääriäinen 2007; Tarkiainen ym. 2012; Kaakinen 2013). Cronbach alfa-arvojen vaihtelu on ollut 0,63–0,96 aineistosta riippuen (Isola ym. 2007; Kääriäinen 2007; Tarkiainen ym. 2012, Kaakinen 2013). Cronbach alfa-arvoista esitetyt arviot vaihtelevat, mutta yleisesti arvoa 0,60 pidetään alimpana hyväksyttävänä arvona ja arvoja 0,70–0,80 tasoltaan hyvinä (Metsämuuronen 2009, 78, 549).

Kyselylomaketta muokattiin koskemaan tämän tutkimuksen kohderyhmää. Muutamia väittämiä poistettiin ja joidenkin väittämien sanamuotoja muutettiin munuaispotilaan ohjaukseen sopiviksi. Ohjauksen laadun osa-alueet (riittävyys, toteutus, resurssit, vaikutukset) säilytettiin alkuperäisen mittarin mukaisina. Alkuperäisen mittarin ohjauksen kehittämistä koskevat kaksi kysymystä poistettiin ja tilalle muotoiltiin kolme munuaispotilaan ohjauksen kehittämiseen soveltuvaa kysymystä. Koska alkuperäistä mittaria muokattiin kehittämistyön kyselytutkimukseen sopivaksi, eivät tulokset ole kaikilta osin vertailukelpoisia alkuperäisen mittarin kanssa. Suurin osa tämän tutkimuksen tuloksista on kuitenkin samansuuntaisia kuin alkuperäistä mittaria käyttäneissä tutkimuksissa (Isola ym. 2007; Kääriäinen 2007; Kaakinen 2013) saadut tulokset, mikä parantaa tulosten luotettavuutta.

Mittarin luotettavuuden parantamiseksi mittari esitettiin ennen aineistonkeruuta viidellä sattumanvaraisesti valitulla munuaispoliklinikan potilaalla, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen aineistonkeruuseen. Lisäksi kyselylomake annettiin arvioitavaksi kahdelle munuaislääkärille ja viidelle sairaanhoitajalle. Mittarin testauksen tarkoituksena oli saada tietoa mittarin sisäisestä johdonmukaisuudesta, ymmärrettävyydestä ja vastaamiseen kuluvasta ajasta (Heikkilä 2008, 61). Palautteiden perusteella muutamien väittämien sanamuotoja tarkennettiin. Mittaria pidettiin johdonmukaisena, selkeänä ja ymmärrettävänä. Vastaamiseen kuluva aika oli arviointien mukaan noin 20 minuuttia, jota pidettiin kohtuullisen vastaamisajan takarajana.

Muokatun mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbach alfa-kertoimien avulla. Kääriäisen tutkimuksen mukaisesti summamuuttujille laskettiin alfa-arvot, mikäli muuttujia oli vähintään kolme (Kääriäinen 2007, 124). Tämän vuoksi ohjausmenetelmät–summamuuttuja jäi pois laskennasta. Cronbach alfa-arvot laskettiin yhteensä

kahdeksalle summamuuttujalle. Muokatun mittarin ohjauksen laadun summamuuttujien Cronbach alfa-arvot olivat välillä 0,53–0,91. Muokatun munuaispotilaan ohjauksen laatu-mittarin sisäistä johdonmukaisuutta voidaan pitää hyvänä kuuden summamuuttujan osalta (ohjaus sairaudesta, ohjaus hoidosta, ilmapiiri, potilaslähtöisyys, vuorovaikutus ja ohjauksen hyödyt), sillä niiden Cronbach alfa-arvot olivat yli 0,70. Kahden summamuuttujan osalta (toimintamahdollisuudet sekä hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet) mittarin Cronbach alfa-arvot jäivät mataliksi, alle 0,60. (Metsämuuronen 2009, 78, 549.) (Taulukko 13.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia Cronbach alfan määrittelyssä, sillä potilasmittarin alfa-arvot vaihtelivat 0,82–0,96 välillä ja henkilöstömittarissa 0,63–0,92 välillä. Cronbach alfa-arvojen vaihtelut viittaavat siihen, että mittareiden osioiden suuri lukumäärä on voinut kasvattaa alfa-arvoa. (Kääriäinen 2007, 124.) Toimintamahdollisuudet-osio (ohjausaika, ohjaustilat ja hoitohenkilökunnan yhteistyö) ja hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet-osio sisälsivät muita osioita vähemmän väittämiä, joka saattaa olla syynä matalaan alfa-arvoon. Väittämät nähtiin kuitenkin erittäin hyvin osioiden toteutumista kuvaavina, joten näiden osioiden osalta mittariin olisi mahdollisesti tarvittu lisää toisiansa tukevia väittämiä osioiden Cronbach alfa-arvon nostamiseksi. Kokonaisuutena muokattua munuaispotilaiden ohjauksen laatu-mittaria voidaan kuitenkin pitää luotettavana ja johdonmukaisena munuaispoliklinikan potilaiden ohjauksen laatua kartoittavana mittarina. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Munuaispotilaan ohjauksen laatu-mittarin sisäinen johdonmukaisuus

Summamuuttuja	Muuttuja (n)	Cronbachin alfa
Ohjaus sairaudesta	6	0,86
Ohjaus hoidosta	13	0,90
Ilmapiiri	7	0,79
Potilaslähtöisyys	13	0,89
Vuorovaikutus	7	0,81
Toimintamahdollisuudet	3	0,53
Henkilöstön tiedot, taidot ja asenteet	4	0,59
Ohjauksen hyödyt	16	0,91



Analyysivaiheessa havaittiin ”En osaa sanoa” – vastausten suhteellisen suuri määrä muutamissa väittämässä. Erityisen runsaasti ”En osaa sanoa” – vastauksia (41%) oli väittämässä, jossa tiedusteltiin hyödyllisen välineistön käyttöä ohjauksessa, esimerkiksi internet-sivujen käyttöä. ”En osaa sanoa” – vastausvaihtoehto voi merkitä monenlaisia asioita. ”En osaa sanoa” – vastausten suuri määrä saattaa johtua siitä, että potilaat eivät ole kokeneet tarvetta internet-ohjaukseen, potilaat eivät ole tottuneita internetin käyttäjiä tai potilaat eivät ole saaneet aiemmin ohjausta internet-sivujen hyödyntämisestä omahoidossa, jonka vuoksi eivät osaa arvioida sen merkitystä ohjausmateriaalina. Yleisesti ”En osaa sanoa ” – vastausvaihtoehdon valinta voi merkitä, että vastaajalla ei ole tietoa asiasta tai hän ei halua tai osaa muodostaa siitä omaa mielipidettä (Heikkilä 2008, 54).

Puutteellisesti täytettyjä lomakkeita havaittiin jonkin verran. Saattaa olla, että muokattuun lomakkeeseen esitestauksen perusteella tehtyjen väittämien selkeyttämisestä huolimatta osa väittämistä osoittautui kuitenkin vaikeaselkoisiksi. Toisaalta kyselylomakkeen pituus (taustatiedot 5 vastausvaihtoehtoa, ohjauksen laatua koskevat 71 väittämää, ohjauksen kehittämiseen liittyvät yksi puoliavoin kysymys ja kaksi avointa kysymystä) saattoi olla yksi syy ”En osaa sanoa” – vastausten ja puuttuvien tietojen määrään. Yhtäkään lomaketta ei poistettu puutteellisten tietojen takia, sillä kyselylomakkeessa ilmaistujen asioiden esille tuomista pidettiin tutkimuksen kokonaisuuden kannalta merkittävänä.

Määrällisen aineiston analyysivaiheessa, ristiintaulukoinnin yhteydessä ja summa-  
muuttujien muodostamisessa puuttuvat tiedot, ”En osaa sanoa” ja ”En tarvinnut ohjausta” – vastaukset jätettiin huomiotta, jotta myönteisten ja negatiivisten arvioiden vertailu ei sisällä puuttuvan tiedon ulottuvuutta. Tämä menetelmä paransi vertailun luotettavuutta, eikä puuttuvien vastausten, ”En osaa sanoa” eikä ”En tarvinnut ohjausta” – vastausten määrä heikentänyt tutkimuksen luotettavuutta.

Kyselytutkimuksen luotettavuuden ja yleistettävyyden lisäämiseksi otoksen tulisi olla riittävän suuri ja edustava (Heikkilä 2008, 33–45). Otokselle asetettiin ennen aineistonkeruuta tavoitteet. Kehittämistyössä pyrittiin saamaan 100 laadukkaasti täytettyä lomaketta kyselyn aineistoksi. Kyselytutkimukseen vastasi 81 potilasta. Kyselyn vas-

tausprosentti oli 48. Sitä voidaan pitää tyypillisenä tuloksena kyselytutkimukselle. Kirjekyselyn vastausprosentti on yleensä alle 50. (Vehkalahti 2008, 44.) Kyselytutkimuksen suhteellisen alhainen vastausprosentti saattaa johtua munuaispotilaiden vaihtelevan terveydentilan luomasta epävarmuudesta arvioida ohjauskokemusta ja ohjauksen vaikutuksia sekä kyselylomakkeen pituudesta. Tutkimuksessa kato oli 52 prosenttia. Kato sisältää kyselylomakkeen vastaanottaneet potilaat, jotka eivät palauttaneet lomaketta. Kaikki palautetut kyselylomakkeet voitiin ottaa tutkimukseen mukaan. Vastauksen anonymiteetin vuoksi katoanalyysiä ei voitu tehdä (Vilkkä 2007, 108–109).

Vastaamismotivaatiota pyrittiin lisäämään siten, että munuaispoliklinikan sairaanhoitaja kertoi vastaanottokäynnin aluksi potilaalle lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä jakoi kyselylomakkeen potilaalle. Lisäksi kyselylomakkeen motivoivassa saatekirjeessä tuotiin esille potilaan vastaamisen vapaaehtoisuus ja anonyymiys sekä toimintatutkijan yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja varten. Kyselytutkimuksen vastausten määrän voidaan kuitenkin ajatella olevan riittävän edustava otos kuvaamaan munuaispoliklinikkapotilaiden kokemuksia ohjauksesta ja näkemyksiä ohjauksen kehittamisestä. Tulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa se, että kyselyyn osallistuneet potilaat voivat suhtautua omahoidon toteutukseen, ohjaukseen ja ohjauksen kehittämiseen tavanomaista myönteisemmin. Tällöin ne potilaat, jotka eivät olleet kiinnostuneita omahoidon toteutuksesta ja ohjauksen kehittamisestä, saattoivat kieltäytyä vastaanottamasta kyselylomaketta tai eivät palauttaneet vastaanottamaansa lomaketta.

#### *Laadullisen aineiston luotettavuus*

Kyselytutkimuksen laadullinen aineisto muodostui osallistujien vastauksista yhteen puoliavoimeen kysymykseen ohjaustilanteen ongelmista sekä kahdesta avoimesta kysymyksestä, joissa pyydettiin potilasta kuvaamaan omaa osuuttaan poliklinikkakäynnillä ja esittämään ajatuksia munuaispotilaan ohjauksen kehittamisestä. Vastausten analyysissä pyrittiin objektiivisuuteen, eikä piilossa olevia viestejä yritetty tulkita. Avoimien kysymysten sisällönanalyysin luotettavuutta pyrittiin lisäämään esittämällä suoria lainauksia alkuperäisilmauksista. Kategorioiden muodostuminen kuvattiin vaiheittain. Kyselytutkimuksen avointen kysymysten tulokset olivat pääosin samansuuntaisia määrällisen aineiston tulosten kanssa, mikä tukee tutkimuksen luotettavuutta (Heikkilä 2008, 189). Määrällisen ja laadullisen aineiston välillä oli ristiriitaisuutta

ohjauksen riittävyttä ja ohjaustilanteen rauhallisuutta koskevissa asioissa. Tämä voi johtua siitä, että kyselylomakkeen väittämät jäivät potilaille epäselviksi ja heille oli helpompi vastata avoimeen kysymykseen, jossa tiedusteltiin suoraan ohjaustilanteen ongelmia.

#### *Kehittämistyön prosessin luotettavuus*

Kehittämistyössä olen toiminut rehellisesti toimintatutkimuksen kaikissa vaiheissa, pyrkinyt perustelemaan tekemäni ratkaisut ja arvioinut ratkaisujen merkitystä tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Manuaalisen tutkimuspäiväkirjan pitäminen koko kehittämistyön ajan varmisti, sen että kaikki kehittämistyöhön ja tutkimukseen vaikuttavat oleelliset asiat tulivat tarkasti dokumentoitua. Kehittämistyön aikana toimintatutkija oli aktiivinen osallistuja ja tutkija koko kehittämisprosessin ajan, munuaispotilaat osallistuivat potilaskyselyyn, munuaispoliklinikan sairaanhoitajat jakoivat potilaille kyselylomakkeen ja auttoivat tarvittaessa kyselyn täyttämässä, koko sisätautipoliklinikan hoitohenkilökunta osallistui kyselytutkimuksen tulosten ja teoriatiedon pohjalta potilasohjausmallin laadintaan, munuaispoliklinikan henkilökunta osallistui ohjausmallin koekäyttöön ja moniammatillinen asiantuntijatiimi arvioi kehitettyä ohjausmallia.

Tutkimusaineisto kerättiin toimintatutkijan työpaikalla. Tämä on voinut vaikuttaa siihen, että pitkäaikaisesti poliklinikan seurannassa olleet potilaat ovat vastanneet sosiaalisesti toivottavalla tavalla eli niin kuin asian ajatellaan olevan hyvin. Potilaat palauttivat kyselylomakkeen nimettömänä suljetussa kirjekuoressa poliklinikan aulan lukittuun postilaatikkoon, joten ei ollut riskiä vastausten tunnistettavuudesta. Kehittämistyössä käytettiin luotettavuuden lisäämiseksi useaa tiedonkeruumenetelmää: kirjallisuuskatsaus, potilaisiin kohdistunut kysely, tutkimuspäiväkirja ja munuaispotilaan moniammatillisen tiimin arviointi kehitetystä ohjausmallista. Kehittämistyöni ohjaajilta sain ohjausta terveyden edistämisen YAMK-opintojen lähiopetuspäivinä ja sovituin ohjauspäivinä, ja he myös varmistivat kehittämistyön laadun.

#### *Toimintatutkijan rooli kehittämistyössä*

Kehittämistyön kohteena oleva munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittäminen on minulle tärkeää ja läheistä toimittuani jo pitkään munuaispoliklinikan

vastaavana sairaanhoitajana. Tämä herättää kysymyksen voiko toimintatutkimus olla objektiivinen, kun aihe, tutkittava ilmiö ja kohdejoukko ovat näin läheisiä? Ennakoasenteesta johtuva vääristymä on oleellista tunnistaa ja pyrkiä siitä vapautumaan, jotta tutkimuksen tulokset eivät vääristy (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 371). Kehittämisaiheen läheisyys saattaa vaikuttaa tutkimustulosten analysointiin. Toimintatutkijana jouduin työskentelemään tietoisesti niin, etten antanut omien ennakkokäsitysten vaikuttaa avoimien kysymysten analysointiin ja laadullisen aineiston prosessin etenemiseen. Kehittämistyön raportin annoin käsikirjoitusvaiheessa luettavaksi työyhteisössä työskentelevälle kollegalle ennakoasenteesta johtuvan vääristymän välttämiseksi. Tieteellisessä tutkimuksessa toimintatutkimuksen lähtökohta on poikkeuksellinen. Toimintatutkimuksessa tutkija on mukana yhteisössä, jota hän tutkii. Tutkijan olemassaolo on olennainen osa toimintaa ja tutkimusta. Tutkimus käynnistyy usein tutkijan halusta oman työn ja lähiyhteisön kehittämiseen. (Huovinen & Rovio 2007, 94–96.) Toisaalta pitkänajan käytännön hoitotyön asiantuntemus lisää tulosten uskottavuutta ja refleksiivisyyttä, sillä toimintatutkijana pystyin hahmottamaan munuaispotilaan sairauden tilanteen monimuotoisuutta ja siinä ilmeneviä ongelmia.

### 7.2.2 Kehittämistyön siirrettävyys

Toimintatutkimuksen tulosten yleistettävyys perustuu dokumentaatioon, sillä tutkimustulosten siirrettävyyttä voidaan tarkastella tutkimuksen lähtökohtatilanteen ja kuvauksen pohjalta. Tulokset voivat olla siirrettävissä, jos lähtökohtaoletukset vastaavat tutkimustulosten tapausta. Kehittämistyön siirrettävyyttä varmistaa huolellinen tutkimusympäristön kuvaus, osallistujien valinnan ja taustojen selvittely sekä aineistojen keruun ja analyysin kuvaus. Toimintatutkimus ei pyri yleistämään vaan ymmärtämään ja selittämään ilmiötä. (Kananen 2014, 133,135.)

Kehittämistyön kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella osallisuus ja potilasohjaus pitävät sisällään samanlaisia tekijöitä erikoisalasta riippumatta. Tämän näkökulman pohjalta samat kehittämismenetelmät ovat hyödynnettävissä muidenkin erikoisalojen pitkäaikaissairaiden potilaiden osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämisessä. Kehittämistyön raportissa olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusympäristöä ja tutkimukseen osallistujia niin, että tuloksia on mahdollisuus soveltaa samankaltaisiin tilanteisiin ja

tutkimusilmiöihin. Tulosten siirrettävyyden arvoa heikentää se, että kehittämistyön aineisto kerättiin yhdeltä munuaispoliklinikalta. Tutkimuksen tuloksia ei voida suoraan yleistää, vaan ne ovat suuntaa antavia. Siirrettävyyttä voitaisiin lisätä keräämällä aineistoa muilta yliopisto- ja keskussairaaloitten munuaispoliklinikoilta. Aineiston voidaan kuitenkin katsoa edustavan tyypillisiä sisätautien ajanvarauspoliklinikoilla asioivia potilaita. Vastajat olivat eri-ikäisiä, pääsääntöisesti poliklinikalla usein asioineita ja erilaisen koulutuksen saaneita henkilöitä.

### 7.3 Eettisyys kehittämistyössä

Kehittämistyön eettisyys huomioitiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä kehittämistyön kaikissa vaiheissa (TENK 2012, 6–7). Kehittämistyön eettisyyden arviointi on keskeistä, sillä toimintatutkimuksessa tutkijalla on läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin (Kylmä & Juvakka 2007, 147–148), mikä ei kuitenkaan saa vaikuttaa heidän vapaaehtoiseen osallistumiseensa (Eskola & Suoranta 2014). Opinnäytetyön aiheen valinta on jo itsessään tutkimuseettinen kysymys. Aiheen valinnassa tulee miettiä kenen tarpeesta ja kenen ehdoilla opinnäytetyön aihe valitaan. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeutta tukea kunnioittaa siten, että ihmiselle annetaan mahdollisuus päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24–25; Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 366.) Tutkimusaiheen valinta perustui omaan havaintooni tarpeesta kehittää munuaispotilaan ohjausta vastaamaan kansallisen ja kansainvälisen terveyspolitiikan suosituksia. Keskusteluissa Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämissynergiä Marita Koivusen kanssa opinnäytetyön aiheeksi täsmentyi munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjaus. Yhteisten keskustelujen tuloksena muodostui käsitys siitä, että munuaispotilaiden ohjauksen kehittämisen pohjaksi tarvitaan potilaiden käsityksiä ja kokemuksia munuaispoliklinikan tämän hetken toiminnasta ja ohjauksesta. Lisäksi keskustelin opinnäytetyön aiheen valinnasta opinnäytetyötäni ohjaavan opettajan kanssa. Opinnäytetyön aiheseminaarissa esittelin oman aiheeni, sen merkityksen ja tarpeellisuuden. Näiden ohjauskeskustelujen pohjalta varmistui aiheen tutkimisen, selvittämisen ja kehittämisen tarve.

Eettinen ennakoarviointi tehdään aina, kun tutkimus kohdistuu ihmiseen. Siinä arvioidaan tutkittavan itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä, vahingoittamisen välttämistä ja tietosuojaa. Tutkija on koko tutkimusprosessin ajan vastuussa tutkimuksensa eettisistä ja moraalisisista ratkaisuksista. Eettinen herkkyyks sisältyy myös tutkimusten tulosten soveltamiseen käytännön hoitotyöhön. (Eriksson ym. 2016, 26, 30–31.) Tutkimukselle anottiin ja saatiin asianmukaiset tutkimusluvut Satakunnan korkeakoulujen ihmistieteiden eettisestä toimikunnasta ja Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämisen työryhmästä. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma lähetettiin sähköpostitse aluperäisen Ohjauksen laatu-mittarin kehittäjälle (Kääriäinen 2007), jolta anottiin ja saatiin lupa potilasmittarin käyttöön ja muokkaamiseen munuaispotilaan ohjauksen laadun kartoituksessa.

Tutkimukseen osallistuvien osapuolten vastuut, velvollisuudet, tehtävät, aineiston säilyttämisestä ja käyttöoikeuksia koskevat asiat tulee sopia tarkasti ennen tutkimuksen aloittamista (TENK 2012, 6). Ennen tiedonkeruun aloittamista pidettiin sisätautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle osastotunti. Osastotunnilla 31.8.2015 selvitettiin läsnäolijoille kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet, eteneminen sekä kyselyyn ja sen toteuttamiseen liittyvät menettelyt ja eettisyys, sillä munuaispoliklinikan sairaanhoitajien tehtävä oli jakaa kyselylomakkeet potilaille ja tarvittaessa avustaa lomakkeen täyttämässä. Sisätautien poliklinikan munuaishoitajan työhuoneeseen ja osastonhoitajalle jätettiin kopiot tutkimussuunnitelmasta, jotta kaikilla hoitotyöntekijöillä oli mahdollisuus tarkistaa tutkimussuunnitelman sisältö, tarkoitus, tavoitteet ja eettiset periaatteet. Näin pyritään turvaamaan kyselyyn liittyvien eettisten periaatteiden toteutuminen ja yhtenäinen menettely tiedonkeruussa.

Eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tietoista (Eskola & Suoranta 2014; Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 368). Tutkimukseen osallistuneiden munuaispotilaiden informointi tapahtui kyselyyn laaditun saatekirjeen välityksellä (Liite 4). Saatekirjeessä kuvattiin tutkimuksen aihe, tarkoitus, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, nimettömyyden säilyminen, aineiston säilytys ja hävittäminen, tutkimustulosten käyttö, ja että kieltäytyminen ei vaikuta potilaan hoitoon. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonymisti ja tunnistetiedoitta munuaispoliklinikalla vastaanottokäynnin jälkeen. Tutkimuksessa tietoiseksi suostumukseksi tulkit-

tiin kyselylomakkeen täyttäminen ja sen palauttaminen suljetussa kirjekuoressa poliklinikan aulan postilaatikkoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.) Kehittämistyöhön osallistuneilta sairaanhoitajilta pyydettiin suostumus toimia tutkimuksessa avustavina henkilöinä (Liite 5). Kehittämistyössä hyödynnetyt aiemmat tutkimukset ja niiden tulokset on mainittu asianmukaisina lähdeviitteinä. Kehittämistyön tulokset on analysoitu ja raportoitu rehellisesti. Tilastollisessa analyysissä hyödynnettiin tilastotieteen asiantuntijan ammattitaitoa, jotta voitiin varmistaa tulosten raportoinnin oikeellisuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 370–371.)

#### 7.4 Kehittämistyön merkitys käytännön hoitotyölle

Kehittämistyössä laadittiin munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli. Kehitetty ohjausmalli on hoitohenkilöstölle suunnattu kuviomalli, jossa esitellään osallisuuden lähtökohdat, osallisuutta vahvistavan potilasohjauksen sisältö ja toteutustavat sekä osallisuus munuaispotilaan kokemuksena. Ohjausmallin osallisuutta vahvistavat ohjausmenetelmät ovat munuaispotilaan omahoitolomake, motivoiva haastattelu ja ohjaus internet-sivuille. Omahoitolomake (Liite 6) on munuaispotilaan omahoidon suunnittelun, toteutuksen, päätöksenteon, seurannan ja arvioinnin työväline. Omahoitolomake sisältää potilaan päivittäiseen omahoidon toteutukseen tarpeellista tietoa ja tiedon lähteitä.

Kehitetyn ohjausmallin tarkoituksena on vahvistaa jokaisen munuaispotilaan mahdollisuuksia osallistua omien voimavarojensa puitteissa omaan hoitoon liittyvään suunnitteluun, toteutukseen, päätöksentekoon ja arviointiin. Ohjausmallissa potilaan osallisuus merkitsee potilaan tasa-arvoista ja kunnioittavaa kohtelua sekä tiedon, päätöksenteon ja vastuun jakamista. Potilas on omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa tasavertainen kumppani terveydenhuollon ammattilaisen rinnalla oman elämänsä asiantuntijana.

Ajanvarauskirjeen mukana lähetettävä kotona täytettävä omahoitolomake ohjaa potilasta miettimään omaa elämäänsä ja toimintaansa, omahoidon toteutusta ja siihen vaikuttavia asioita, mahdollisia ongelmia ja epäselvyyksiä. Potilaan on mahdollista saada tukea ja ohjausta esille nostamiinsa asioihin. Ohjausmallin käyttöönotosta hyötyvät

myös potilaiden omaiset ja läheiset, koska heidän osallisuutensa munuaispotilaan tukijoina otetaan aiempaa paremmin huomioon. Potilaalle lähetettävään kutsukirjeeseen laadittiin fraasi ”Omaisenne tai läheisenne on tervetullut kanssanne munuaispoliklinikan ajanvarausvastaanotolle”, jonka tarkoituksena on kannustaa potilasta ottamaan itselle läheinen ihminen mukaan munuaispoliklinikan vastaanotolle. Potilaan harkittavaksi jää miten hän tämän mahdollisuuden käyttää.

Kehitetyn munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjausmallin uskottavuutta ja siirrettävyyttä pyrittiin parantamaan sillä, että kehitetty malli vietiin moniammatillisen asiantuntijatiimin arvioitavaksi käyttöönoton jälkeen. Arviointikriteereinä käytettiin osallisuuden ulottuvuuksia (Kettunen & Kivinen 2012, 40; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2011, 91–94; Leemann & Hämäläinen 2016, 588–589). Kehitettyä ohjausmallia voidaan hyödyntää munuaispoliklinikan oman toiminnan seurannassa ja kehittämisessä, henkilöstön ja opiskelijoiden perehdytyksessä, laadunvalvonnassa ja myös laajemmin muiden pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämisessä. Ohjausmallin mukaan toteutettu ohjaus varmistaa ohjauksen tasalaatuisuuden kaikille munuaispotilaille. Yhteistyö toisten munuaispotilaan hoitoon ja ohjaukseen osallistuvien asiantuntijoiden kanssa tiivistyy, kun tietoisuus moniammatillisen yhteistyön merkityksestä syvenee. Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin käytöstä aiheutuu yhteiskunnan kannalta merkittäviä kustannussäästöjä, koska potilaan osallisuuden vahvistuminen lisää potilaan hoitoon sitoutuneisuutta, tukee omahoidon toteutusta ja parantaa siten hoitotuloksia ja potilaan elämänlaatua, vähentää lisäsairauksia ja vähentää näin myös sairaanhoidon kustannuksia.

Kehittämistyö on ajankohtainen, sillä väestön ikääntyessä pitkäaikaissairaiden, myös munuaispotilaiden määrä lisääntyy (Suomen munuaistautirekisteri 2015, 6). Kansallisen ja kansainvälisen terveyspolitiikan suuntana on yksilön aiempaa suurempi vastuu omasta hoidostaan, osallisuuden ja elämänhallintavalmiuksien vahvistuminen (Terveydenhuoltolaki 2010, 3 luku 24 §; WHO 2010; EU:n terveysohjelma 2014–2020; Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014; Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020). Pitkäaikaissairaat käyttävät terveydenhuoltopalveluja useammin ja säännönmukaisemmin kuin muu väestö. Tutkimusten mukaan laadukkaalla ohjauksella voidaan edistää pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutumista, omahoitoa ja osallisuutta hoi-



don toteuttamisessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2010, 554; Höglund ym. 2010, 488.) Osallisuutta vahvistavan potilasohjausmallin mukainen ohjaus edistää ohjauksen tavoitteellista etenemistä, vahvistaa potilaan osallisuutta omassa hoidossaan, korostaa omahoidon merkitystä hyvinvoinnin, terveyden ja elämänhallinnan perustana, parantaa hoidon jatkuvuutta ja vähentää päällekkäistä ohjausta.

Toimintatutkimuksessa arvioidaan erityisesti sen kokonaisuutta. Tutkimus voidaan nähdä onnistuneena, jos sen tuloksena on luotu parempi käytäntö, joka on toimiva ja käyttökelpoinen työyhteisössä tai organisaatiossa. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149–161.) Tämä kehittämistyö koostui tutkimus- ja kehittämisosioista. Neljä eri sykliä muodostivat kehittämistyön kokonaisuuden. Jokainen sykli oli oma kokonaisuutensa, joka tuotti uutta tietoa seuraavaan sykliin ja loi lähtökohdat seuraavan syklin toteutukselle. Kehittämistyön tuloksena syntyneen munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjausmallin merkityksen ja hyödyllisyyden määrittävät ohjausmallin käyttäjät eli munuaispotilaat ja munuaispoliklinikalla ohjaukseen osallistuva hoitohenkilökunta. Ohjausmallin käytännön toimivuus ja hyödyt ilmenevät vasta sen juurruttua käytännön ohjaustyön toimintamalliksi. Tämän vuoksi olisi tarpeellista kartoittaa sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan kokemuksia ohjausmallin mukaisesta ohjauksesta esimerkiksi kahden vuoden kuluttua.

Hoitotyössä tulisi luoda selkeät, näyttöön perustuvat toimintamallit potilaan osallisuutta vahvistavalle ohjaukselle. Kehittämistyöstä saatua tietoa voidaan käyttää hyödyksi suunnitellussa osallisuutta vahvistavan ohjauksen sisällön kehittämistä ja hoitohenkilökunnan koulutustarpeita. Potilasohjausmalli soveltuu muidenkin pitkäaikais-sairaiden potilaiden osallisuutta vahvistavan ohjauksen kehittämiseen, sillä kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaus ja osallisuuden vahvistamiseen liittyvät menetelmät ovat hyvin samanlaisia eri sairausryhmien potilailla. Ohjausmallin laadinnassa on huomioitu sen käytettävyys pienin muutoksin eri sairausryhmien potilaiden ohjauksen kehittämiseen. Toivottavaa on, että kehitetty osallisuutta vahvistava ohjausmalli herättää kiinnostusta perehtyä ohjausmallin sisältöön, ja vakuuttaa potilasohjauksen kehittämistä kiinnostuneet yksiköt hankkimaan lisää tietoa ohjausmallin soveltuvuudesta kyseiseen yksikköön ja ottamaan ohjausmallin kokeiluun sekä sen jälkeen käyttöön potilasohjauksessa.

## 7.5 Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset

Tämä kehittämistyö tuotti uutta tietoa munuaispotilaiden ohjauksesta erikoissairaanhoidon munuaispoliklinikalla. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää munuaispotilaiden osallisuutta vahvistavan ohjauksen toteutuksessa ja kehittämisessä. Kyselytutkimus osoitti munuaispotilaiden ohjaukseen liittyvän kehittämiskohteita, joita parantamalla voidaan vahvistaa munuaispotilaan osallisuutta omassa hoidossaan.

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämishaasteita polikliinisen munuaispotilaan ohjaukseen.

1. Ohjauksen resurssit ja hyödyt ovat parhaiten toteutuneet ohjauksen laadun osa-alueet. Riittävään ohjausaikaan tulee kuitenkin kiinnittää tulevaisuudessa enemmän huomiota. Potilaiden ohjaus luotettaville internet-sivustoille suullisen ja kirjallisen ohjauksen rinnalla edellyttää jatkossa enemmän huomiointia. Internet-pohjaisten ohjaussivustojen kehittäminen yhteistyössä potilaiden kanssa on yksi tulevaisuuden haasteista. Sisällöltään sopivan ohjausmateriaalin ja – menetelmän valinnasta tulee keskustella potilaan kanssa. Ohjauksesta on eniten hyötyä omahoidon toteutukseen ja hallintaan. Vähiten ohjauksesta on hyötyä läheisten tietoon potilaan sairaudesta. Munuaispotilaiden ohjausta voidaan pitää riittävänä omahoidon näkökulmasta. Puolison, perheen, omaisten ja muiden läheisten osallisuutta tulee vahvistaa nykyistä enemmän munuaispotilaan hoidossa, seurannassa ja ohjauksessa.
2. Ohjauksen sisällöllinen riittävyys on heikoiten toteutunut ohjauksen laadun osa-alue. Munuaispotilaat saavat kuitenkin pääosin riittävästi tietoa munuais-sairaudesta ja sen hoidosta. Munuaissairauteen liittyvä hoidonohjaus näyttää tukevan omahoitoa. Ohjauksessa tulee kuitenkin kiinnittää enemmän huomiota sairauden vaikutuksiin perheeseen ja parisuhteeseen sekä potilaan ravitsemusmuutoksiin liittyviin ohjaustarpeisiin. Munuaispotilaita tulee ohjata nykyistä enemmän vertaistukeen, sosiaalietuuksiin ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa.
3. Potilaat ovat pääosin tyytyväisiä ohjauksen toteutukseen, mutta toisinaan ohjaus on asiantuntijalähtöistä. Ohjaustilanteen ilmapiiri ja vuorovaikutus ovat

erinomaista tasoa. Hoitohenkilöstön tulisi kuitenkin kiinnittää enemmän huomiota potilaan yksilöllisiin tiedon- ja ohjaustarpeisiin tiedustelemalla potilaan aikaisempia tietoja ja kokemuksia ohjattavasta asiasta sekä kysyä potilaalle sopivinta tapaa muistaa asioita. Ohjattavien asioiden soveltaminen munuaispotilaan elämään sekä omaisten ja läheisten osallistuminen ohjaustilanteeseen tulisi huomioida nykyistä enemmän. Potilaalle tulisi esittää enemmän kysymyksiä, joissa hän joutuu miettimään elämäänsä ja toimintatapojaan. Potilaan tunteiden merkitys ohjaustilanteessa ja jaksaminen pitkäaikaissairauden kanssa tulisi huomioida nykyistä enemmän. Potilaslähtöisyys on yhteydessä ohjauksen vaikutuksiin.

4. Taustatekijöillä on yhteyttä munuaispotilaiden kokemuksiin ja arviointeihin ohjauksen laadusta. Taustatekijät tulee ottaa aiempaa enemmän huomioon potilaan ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa.
5. Ohjauksen kokonaislaatu on hyvä. Ohjauksen korkeaa kokonaislaatua selittävät erittäin hyväksi arvioidut ohjauksen ilmapiiri, vuorovaikutus, toimintamahdollisuudet, hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjauksen hyödyt.

Munuaispotilaiden hoidonohjaukseen liittyvää tietoa on vielä niukasti. Tunnistamalla niitä asioita, jotka ovat yhteydessä munuaispotilaan ja hänen läheistensä odotuksiin ja kokemuksiin ohjauksesta, on mahdollista lisätä potilastyytyväisyyttä ja ohjauksen laatua. Tässä kehittämistyössä tuotettu tieto auttaa ymmärtämään, mitä laatu tarkoittaa munuaispotilaan ohjauksessa potilaan näkökulmasta. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna ohjausta voidaan kehittää potilaan osallisuutta vahvistavaksi, potilaslähtöisemmäksi sekä potilaan tarpeita vastaavaksi. Kehittämistyön tuloksena laaditut konkreettiset käytännön hoitotyössä hyödynnettävät työ- ja ohjausvälineet ovat 1) Munuaispotilaan osallisuutta vahvistava ohjausmalli ja 2) Munuaispotilaan omahoitolomake.

Osallisuus on moniulotteinen ilmiö. Osallisuutta vahvistavaa potilasohjausmallia voidaan täsmentää ja laajentaa seuraavilla jatkotutkimusaiheilla:

1. Munuaispotilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasohjausmallista käytännön hoitotyössä tulisi tutkia ohjausmallin juurruttua ohjauksen toimintamalliksi. Olisi mielenkiintoista saada selville millaisena potilaat kokevat ohjauksen, kun ovat olleet mukana ohjausmallin laadinnassa alusta alkaen. Mitä hyötyä munuaispotilaat kokevat olevan omahoitolomakkeen käytöstä? Millaisena työvälineenä hoitohenkilöstö kokee osallisuutta vahvistavan ohjausmallin ja sen sisältämät osallisuutta vahvistavat ohjausmenetelmät (munuaispotilaan omahoitolomake, motivoiva haastattelu ja ohjaus internet-sivuille)? Tukeeko ohjausmalli hoitohenkilöstöä potilaan osallisuuden vahvistamisessa? Jatkotutkimuksissa voisi hyödyntää sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Määrällisen tutkimuksen tiedonhankintavälineenä kyselylomake toimii hyvin, kun halutaan saada tietoa ohjausmallin hyödyistä ja verrata tuloksia ennen ohjausmallin käyttöönottoa toteutettuun ohjaukseen. Kysely tulisi suunnata sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle. Määrällistä tutkimusta voisi täydentää laadullisen tutkimuksen menetelmillä, esimerkiksi kyselylomakkeen avoimilla ohjaustilanteen vastavuoroisuutta ja potilaslähtöisyyttä käsittelevillä kysymyksillä.
2. Munuaispotilaiden osallisuutta vahvistavaa ohjausta tulee tulevaisuudessa tutkia interventiolla. Interventiona voitaisiin toteuttaa munuaispotilaiden lyhytkestoinen pienryhmäohjaus, joka sisältää osallisuuden toteutumiseen keskeisesti liittyvät asiat ja laadukkaan ohjauksen osa-alueet. Tärkeää olisi mahdollistaa myös potilaan läheisen osallistuminen ohjaukseen. Interventiotutkimuksen avulla saataisiin tietoa osallisuuden vaikutuksista potilaan omahoitoon ja elämänhallintaan. Interventioon tulee liittää riittävän pitkä seuranta-aika (6–12 kuukautta), jotta voidaan arvioida sen vaikutuksia pitkällä aikavälillä.
3. Ohjausmalli tuo omahoidon ja osallisuuden näkyvästi esille munuaispotilaiden ohjauksessa. Jatkossa olisikin tärkeää selvittää miten potilaat ja hoitohenkilökunta määrittelevät osallisuuden. Millaisena osallisuus ilmenee potilaan kokemuksena ohjausmallin käytön myötä? Millaisena potilaan osallisuus ilmenee hoitohenkilöstölle. Mitkä tekijät edistävät ja estävät osallisuuden toteutumista. Laadullisista tutkimusmenetelmistä haastattelututkimuksella saataisiin arvokasta tietoa sekä potilaiden että hoitohenkilöstön käsityksistä osallisuudesta,

sen toteutumisesta sekä osallisuutta edistävästä ja estävästä tekijöistä. Haastattelututkimuksella olisi mahdollisuus saada rikas aineisto potilaan ja hoitohenkilökunnan näkemyksistä osallisuuden toteutumisesta ja sen merkityksestä potilaan omahoidossa, päätöksenteossa ja elämänhallinnassa. Haastattelussa olisi mahdollisuus syventää ja tarkentaa vastausten sisältöä.

4. Potilaan osallisuuden toteutumisessa ja vahvistamisessa läheisten tuki ja olemassaolo on tärkeää. Jatkossa olisi tärkeää selvittää myös läheisten käsitys potilaan osallisuudesta sekä osallisuutta edistävästä ja estävästä tekijöistä. Lisäksi olisi mielenkiintoista saada selville miten läheiset määrittelevät osallisuutensa potilaan hoidossa. Tutkimusaineiston keräämisessä voitaisiin hyödyntää sekä määrällisiä että laadullisia tiedonhankintamenetelmiä, esimerkiksi strukturoitu kyselylomake täydennettynä avoimilla kysymyksillä.
5. Tutkimustuloksista nousseita ohjauksen ongelmakohteita voisi selvittää tarkemmin keskittymällä erityisesti kehittämistä vaativan asian tai tilanteen taustatekijöihin. Tutkimuksessa voisi hyödyntää sekä määrällisiä että laadullisia tiedonhankintamenetelmiä. Ongelmatilanteiden selvittämisessä olisi tarpeellista kohdistaa tutkimus potilaille sekä myös ohjaustyötä tekeville hoitohenkilökunnalle. Todettujen ongelmatilanteiden jatkoselvittelyn yhteydessä voitaisiin puhua hoitotieteellisen tiedon kasvusta ja kehittymisestä.
6. Oman organisaation toiminnan kehittämiseksi olisi tärkeää selvittää hoitohenkilökunnan tarpeita ja toiveita potilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen toteutuksessa. Tavoitteena tulisi olla työyhteisön jatkuva ammatillinen kehittyminen sekä työtapojen ja – menetelmien tehostaminen. Osallisuutta vahvistavien työmenetelmien kehittäminen ja muokkaaminen potilaiden tarpeita vastaavaksi edellyttää hoitohenkilökunnalta jatkuvaa ammatillista kehittymistä ja kouluttautumista, jotta pystytään vastaamaan potilaan ohjaustyössä ilmeneviin uusiin haasteisiin. Jatkossa on tarpeen suunnitella hoitohenkilökunnalle suunnattuja täydennyskoulutuksia osallisuutta vahvistavien ohjausmenetelmien käytöstä potilaan ohjauksessa ja tehdä tutkimusta koulutusintervention vaikutuksista.

## LÄHTEET

- Andersson, R. & Funnell, M. 2010. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling* 79, 277–282.
- Anttila, M. 2012. Adoption of information technology based patient education in psychiatric nursing. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Anttila, P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: AKATIIMI Oy.
- Campbell, S., Duddle, M. 2010. Health literacy in chronic kidney disease education. *Renal Society of Australasia Journal* 6 (1), 26–31.
- Chen, S.H., Tsai, Y.F., Sun, C.Y., Wu, I.W., Lee, C.C. & Wu, M.S. 2011. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease – a prospective randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation* 26 (11), 3560–3566.
- Chiou, C-P. & Chung, Y-C. 2012. Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing* 21, 1223–1231.
- Chur-Hansen, A. 2012. Cognitive-behavioural and other psychological techniques in the dietetic consultation. Suggestions for practice. *Nutrition and Dietetics* 69 (4), 236–241.
- Coghlan, D. & Shani, A. B. 2014. Creating action research quality in organization development: rigorous, reflective and relevant. *Systemic Practice and Action Research* 27, 523–536.
- Constantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M. & Francis, D. 2008. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal* 35 (2), 147–155.
- Cronk, J., Russel, C., Knowles, N., Matteson, M., Peace, L. & Ponferrada, L. 2012. Acceptability of Motivational Interviewing Among Haemodialysis Clinic Staff: A Pilot Study. *Nephrology Nursing Journal* 39 (5), 385–391.
- Cueto-Manzano, A.M., Martinez-Ramirez, H.R. & Cortes-Sanabria, L. 2010. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. *Clinical Nephrology* 74 (1), 99–104.
- Curtin, R.B., Walters, B.A.J., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M. & Klicko, K. 2008. Self-efficacy and self-management behaviours in patients with chronic kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease* 15 (2), 191–205.

- de Blok, B.M., de Greef, M.H., ten Hacken, N.H., Sprenger, S.R., Postema, K. & Wempe, J.B. 2006. The effects of a lifestyle physical activity counseling program feedback of a pedometer during pulmonary rehabilitation with COPD: a pilot study. *Patient Education and Counseling* 61, 48–55.
- Eckman, M., Wise, R., Leonard, A., Dixon, E., Burrowa, C., Khan, F. & Warm, E. 2012. Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Education and Counseling* 87, 143–151.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 36 (6), 538–545.
- Eloranta, S., Gröndahl, W., Engblom, J. & Leino-Kilpi, H. 2014a. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 12 (4), 4–11.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014b. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijän näkökulmasta. *Hoitotiede* 26 (1), 63–73.
- Eloranta, S., Katajisto, J., Savunen, T. & Leino-Kilpi, H. 2009. Polikliinisen hoidon laatu kirurgisen potilaan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 7 (4), 12–19.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 13 (1), 13 – 23.
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa, L. & Johansson. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva ohjaus. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (1), 4–11.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2016. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. Viitattu 1.11.2016. <http://www.etene.fi>
- ETENE. 2002. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Viitattu 2.11.2016. <http://www.etene.org>
- ETENE. 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. ETENE-julkaisu 30. Viitattu 1.11.2016. <http://www.etene.fi>
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32. Viitattu 1.11.2016. <http://www.etene.fi>

Euroopan terveystalouden toimintaohjelma 2014–2020. Viitattu 10.11.2016.

<http://www.ec.europa/health/programme>

European Commission. 2012. Patient involvement. Eurobarometer qualitative study. Aggregate report. Viitattu 1.12.2016. <http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems/performance>

Exrepot–raportointijärjestelmä. 2016. Sisätautien poliklinikka. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Fisher, L., Cairns, H.E., Amir-Ansari, B., Scoble, J. E., Chalder, T. & Treasure, J. 2006. Psychological intervention in fluid management. Palliative and Supportive Care 4, 419–424.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, 84–100.

Fröjd, C., Swenne, C.L., Rubertsson, C., Gunnigberg, L. Wadensten, B. 2011. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. Journal of Nursing Management 19, 226–236.

Greaves, C.J., Middlebrooke, A., O'Loughlin, L., Holland, S., Piper, J., Steele, A., Gale, T., Hammerton, F. & Daly, M. 2008. Motivational interviewing for modifying diabetes risk: A randomized control trial. British Journal of General Practice 58, 535–540.

Hallitusohjelma. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Viitattu 1.11.2016. <http://valtioneuvosto.fi>

Hautamäki-Lamminen, K. 2014. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 16–38.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: Ws Bookwell Oy, 214–229.

Heikkinen, K. 2011. Tiedollista voimavaraistumista tukeva internet-perustainen ohjaus päiväkirurgisille potilaille. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. Salanterä, S. 2007 Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. Journal of Advanced Nursing 60 (3), 270–278.



- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Nummela, T., Kaljonen, A. & Salanterä, S. 2008. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Education and Counseling* 73, 272 – 279.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 78–93.
- Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 144–162.
- Heino, S. 2012. Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon sitoutuminen konservatiivisessa hoidossa. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, E. 2014. Näyttöön perustuva toiminta ja sen kehittäminen koulutuksessa. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman koulupäivässä 12.12.2014.
- Holma, S., Koivula, M. & Joronen, K. 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. *Hoitotiede* 22 (4), 291–301.
- Holmström, I. & Röing, M. 2010. Empowerment. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Education and Counseling* 79, 167–172.
- Hughes, J., Wood, E. & Smith, G. 2009. Exploring kidney patients' experiences of receiving individual peer support. *Health Expectations* 12, 396–406.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 94–113.
- Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja.
- Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Höglund, A., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, J. 2010. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 482–489.
- Isojärvi, J. 2015. PICO: Tutkimuskysymys. Viitattu 1.5.2016. <https://www.thl.fi>

- Isola, A., Backman, K. Saarnio, R. Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2), 51–62.
- Johansson, K., Salanterä, S. & Katajisto, J. 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient Education and Counseling* 66, 84–91.
- Kaakinen, P. 2013. Pitkääikaissairaiden aikuisten ohjaus sairaalassa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino – Oy Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemääräminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kaste-ohjelma 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma. Viitattu 28.10.2015. <http://www.bmf.fi>
- Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (4), 40–42.
- Koivuviita, Tertti & Metsärinne. 2006. Munuaisten vajaatoiminta ja kardiovaskulaariset sairaudet. *Duodecim* 122, 237–242.
- Korhonen, P. & Laine, K. 2010. Onko potilaallani krooninen munuaissairaus? *Lääkärilehti* 37, 2958–2959.
- Koski-Pärnä, K. 2012. Kuulokojepotilaan tiedonsaanti ja tiedonsaannin lähteet. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto.
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.1.2017. [http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup\\_luento030408.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf).
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kurikkala, P., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. & Elo, S. 2015. Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus. *Hoitotiede* 27 (1), 3–17.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2), 23–29.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. 2011. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOy.
- Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 23 (3), 203–215.
- Käypä hoito-suositus. 2007. Diabeettinen nefropatia. Viitattu 1.12.2016. <http://www.kaypahoito.fi>
- Käypä hoito-suositus. 2014. Motivoiva haastattelu. Viitattu 1.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi>
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4), 10–14.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsitemallin ohjaus-käsitteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 251–258.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17 (4), 208–216.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2010. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24 (3), 548–556.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.
- Kääriäinen, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. & Karppinen, L. 2011. Improving the quality of rheumatoid arthritis patients` education using written material. *Musculoskeletal Care* 9 (1), 19–24.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio.
- Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (1), 22–31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785 muutoksineen. Viitattu 12.4.2016. <http://finlex.fi>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. L 28.6.1994/559 muutoksineen. Viitattu 12.4.2016. <http://finlex.fi>

Lee, Y., Kim, S., Cho, S. & Kim, S. 2013. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *The International Journal of Clinical Practice* 67 (4), 363–368.

Leemann, L. & Hämäläinen, M-L. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. *Yhteiskuntapolitiikka* 81 (5), 586–594.

Leino-Kilpi H., Heikkinen, K., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2009. Preferences for information and behavioural control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research* 22 (2), 101–106.

Leino-Kilpi, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2005. Patient Education and Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Care Quality* 20 (4), 307–316.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveystilanteen sisäinen hallinta: Potilaslähtöisen hoidon laadunarviointiperustan kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus 1999. Raportteja 229.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Lunnela, J., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2011. Web-based intervention for improving adherence of people with glaucoma. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 3, 119–129.

Makkonen, A., Hupli, M. & Suhonen, R. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede* 22 (2), 129–140.

Martino, S. 2011. Motivational interviewing to engage patients in chronic kidney disease management. *Blood Purification* 31, 77–81.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

McCarley, P. 2009. Patient empowerment and motivational interviewing: Engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal* 36 (4), 409 – 413.

- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Morrow, E., Ross, F., Grocott, P. & Bennet, J. 2010. A model and measure for quality service user involvement in health research. *International Journal of Consumer Studies* 5 (34), 532–539.
- Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit. 2012. Munuais- ja maksaliitto. Viitattu 1.11.2016. <http://www.muma.fi>
- Munuaissairauden hyvä hoito – hyötyä yksilölle ja yhteiskunnalle. 2014. Munuais- ja maksaliitto. Viitattu 1.11.2016. <http://www.muma.fi>
- Murray, M., Brunier, G., Chung, J., Craig, L., Mills, C., Thomas, A. & Stacey, D. 2009. A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease. *Patient Education and Counselling* 76, 149–158.
- Mäkeläinen, P. 2009. Nivelreumaa sairastavan potilaan ohjaus ja potilaan hallinnan tunne. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa – Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K. & Ahlström, G. 2011. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing* 21, 897–904.
- Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K. & Ahlström, G. 2012. Empowerment Intervention in Outpatient Care of Persons with Chronic Kidney Disease Pre-Dialysis. *Nephrology Nursing Journal* 39 (4), 285–293.
- Ogedebge, G., Chaplin, W., Schoenthaler, A., Statman, D., Berger, D., Richardson, T., Phillips, E., Spencer, J. & Allegrante, J.P. 2008. A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. *American Journal of Hypertension* 21, 1137–1143.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamisella liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.
- Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* (24) 3, 216–231.
- Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* (24) 3, 232–243.
- Paes-Barreto, J. G., Barreto Silva, M. I., Qureshi, A. R., Bregman, R., Cervante, V. F., Carrero, J. J. Avesani, C. M. 2013. Can Renal Education Improve Adherence to a Low-Protein Diet in Patients With Stages 3 to 5 Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Nutrition* Vol 23, No 3, 164–171.

Palmer, S., Hanson, C., Craig, J., Strippoli, G., Ruospo, M., Campbell, K., Johnson, D. & Tong, A. 2015. Dietary and Fluid Restrictions in CKD: A Thematic Synthesis of Patient Views From Qualitative Studies. *American Journal of Kidney Diseases* 65 (4), 559-573.

Pasternack, A. (toim.) 2012. *Nefrologia*. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Pellinen, T. 2014. Polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeet potilasohjauksessa. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Peltoniemi, A. 2007. Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Pesonen, K. 2012. Suusyöpään sairastuneen potilaan tiedolliset odotukset sairauden hoidon eri vaiheissa. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto.

Potku2. 2012-2014. Potilas kuljettajan paikalle – mitä tapahtui? Viitattu 1.12.2016. <https://www.sotesi.fi>

Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010 –luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Teoksessa Taina Era (toim.) *Osallisuus – oikeutta vai pakkoa?* Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156, 12–34.

Rankinen, S., Salanterä, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19 (2), 113–119.

Rantanen, M., Kallio, K., Johansson, K., Salanterä, S., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. 2008. Knowledge Expectations of Patients on Dialysis Treatment. *Nephrology Nursing Journal*, May-June Vol. 35, No. 3, 249–255.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Forssa: Forssan kirjapaino.

Rouvinen-Wilenius, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. (toim.). 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnannäyttäjinä. Terveyden edistämisen keskus (TEKRY). Julkaisu 9/2011.

Russell, C., Cronk, N.J., Knowles, N., Matteson, M., Peace, L. & Ponferrada, L. 2011. Motivational adherence in dialysis adherence study. *Nephrology Nursing Journal* 38 (3), 229–236.

Ryhänen, A. 2012. Internet-based breast cancer patient`s pathway as an empowering patient educational tool. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Ryhänen, A., Rankinen, S., Siekkinen, M., Saarinen, M., Korvenranta, H. & Leino-Kilpi, H. 2012. The impact of an empowering Internet-based Breast Cancer Patient bathway programme on breast cancer patients` knowledge: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 1.11.2016. <http://www.sairaanhoitajat.fi>

Sakraida, T. & Robinson, M. 2009. Health Literacy Self-Management by Patients With Type 2 Diabetes and Stage 3 Chronic Kidney Disease. *Western Journal of Nursing Research* Vol 31 (5), 627–647.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin analyysi. *Hoitotiede* 4, 217–228.

Salminen-Tuomaala, M., Kaapola, A., Kurikka, S., Leikola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (4), 21–28.

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2017. Potilas- ja asiakaspalautejärjestelmä. Viitattu 1.3.2017. <http://www.satshp.fi/potilaille>

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2017. Satakunnan sairaanhoitopiirin toiminnallinen tulos vuonna 2016. Viitattu 1.4.2017. <http://www.satshp.fi/tietoameista/ajankohtaista>

Shi, Y-X., Fan, X-Y., Han, H-J., Wu, Q-X., Di, H-J. & Zhao, Y. 2013. Effectiveness of nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphatemia: randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing* 22, 1189–1197.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Sisätautien poliklinikan toimintakertomus. 2015. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Somaattinen erikoissairaanhoito 2014–2015. Viitattu 28.4.2017. <https://www.thl.fi>

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Helsinki: STM. Viitattu 1.11.2016. <http://www.stm.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13. Helsinki: STM. Viitattu 1.11.2016. <http://www.stm.fi>

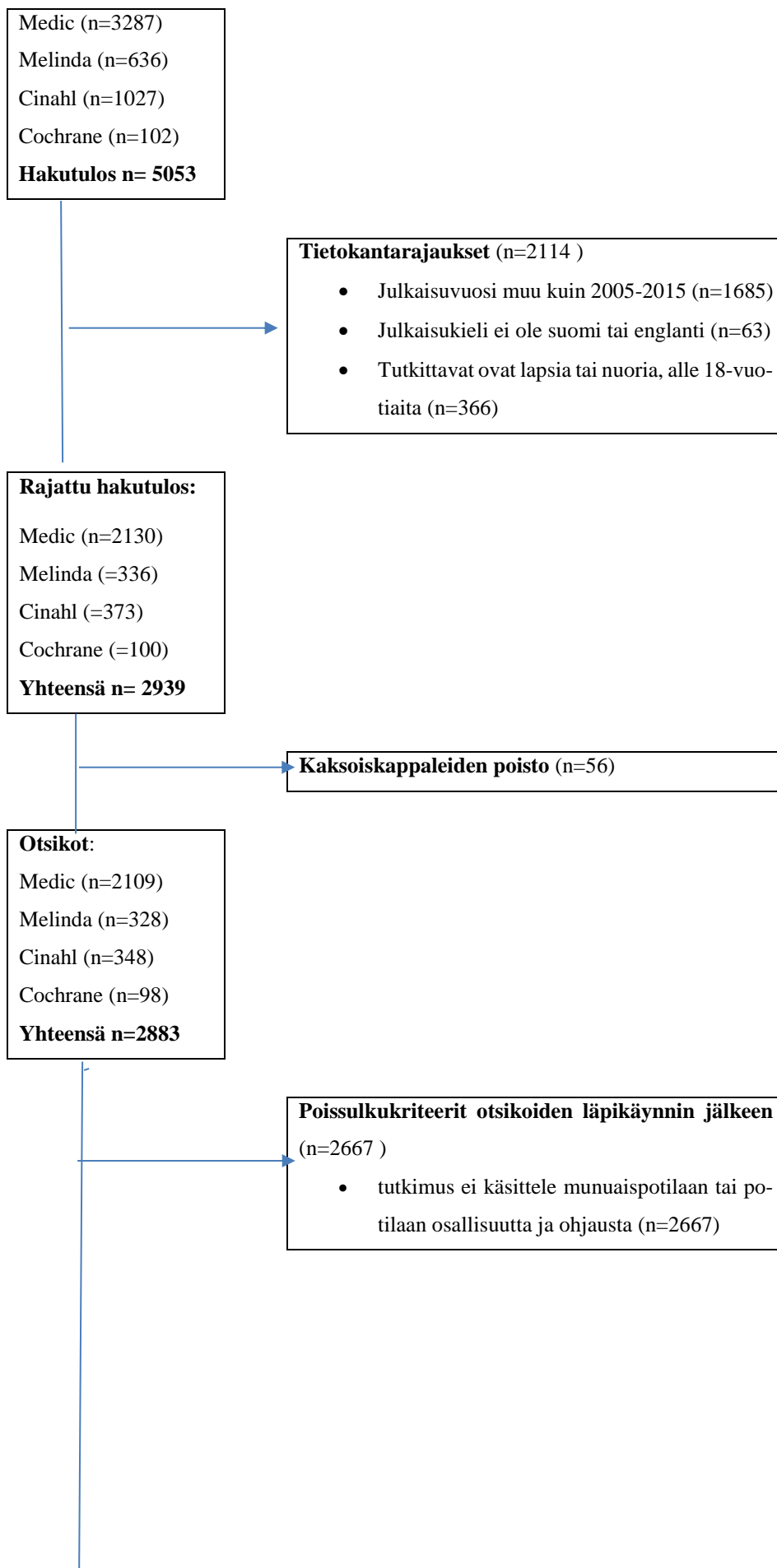
Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*, 58–70. Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja*. A:51/2007.

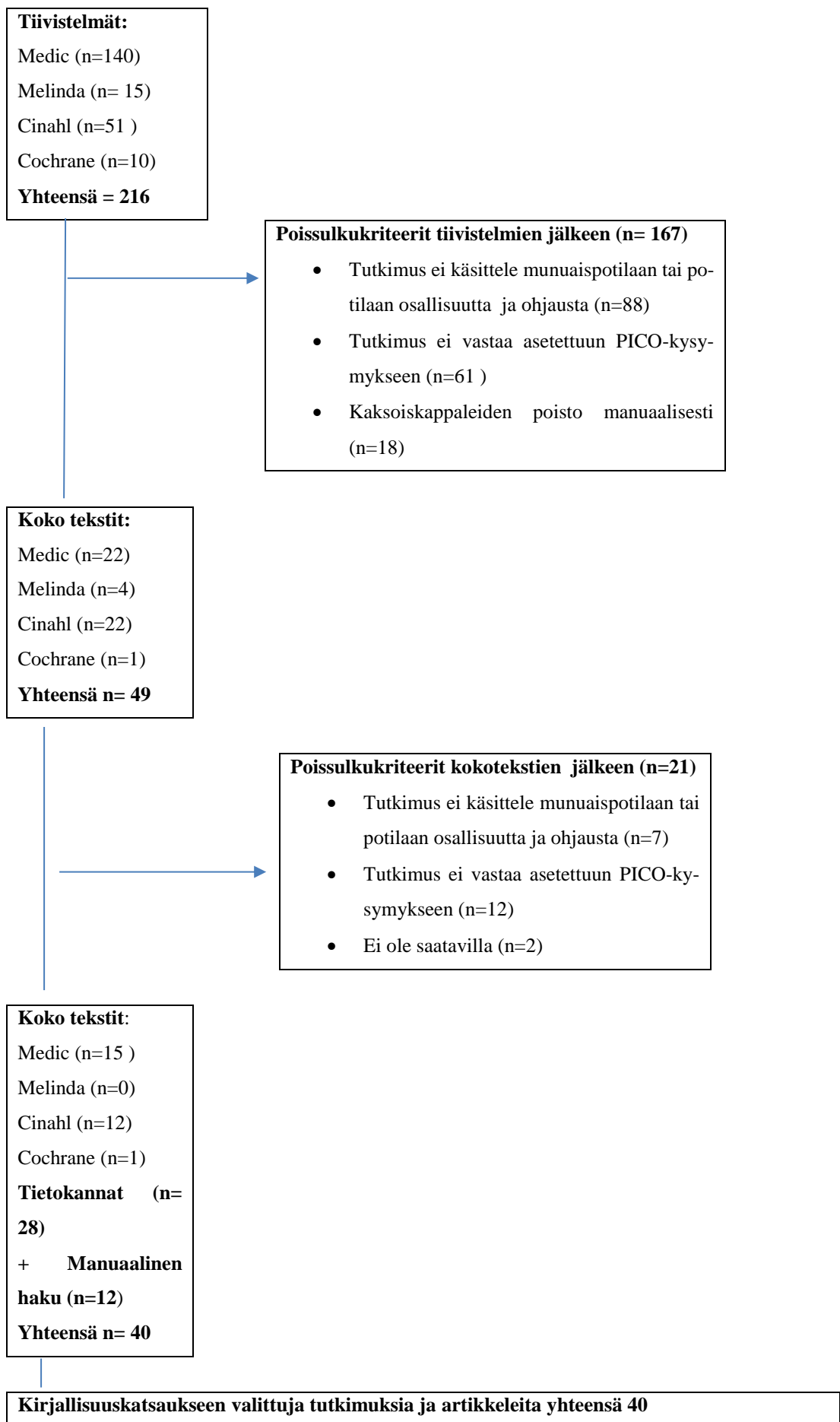
Suojanen, U. 2014. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Viitattu 10.3.2016. <https://metodix.wordpress.com/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

- Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotyössä, 107–115. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:73/2016.
- Suomen munuaistautirekisteri 2015. Viitattu 2.10.2016. <http://www.musili.fi>
- Suominen, J. 2010. Astman omahoidon ohjaus ajanvarauspoliklinikalla – potilaan näkökulma. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Turku.
- Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 24 (2), 98–113.
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 1.11.2016. <http://www.tenk.fi>
- Terveystieteiden laitos. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen. Viitattu 14.10.2016. <http://finlex.fi>
- Terveys 2015-kansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 1.11.2015. <http://www.stm.fi>
- Thompson, A. G. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations. A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64 (6), 1297–1310.
- Thorarinsdottir, K. & Kristjansson, K. 2014. Patients` perspectives on person-centered participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics* 21 (2), 129–147.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Urstad, K.H., Whal, A.K., Andersen, M.H., Oyen, O. & Fagermoen, M.S. 2012a. Renal recipients educational experiences in the early post-operative phase – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (4), 635–642.
- Urstad, K.H., Oyen, O., Andersen, M.H., Moum, T. & Wahl, A.K. 2012b. The effect of an educational intervention for renal recipients: a randomized controlled trial. *Clinical Transplantation* 26, 246–253.
- Uusitalo, M. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan tiedon tarve. Pro Gradu –tutkielma. Turun yliopisto.
- Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Vaasan yliopisto.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.



- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counselling* 66, 140–146.
- Välimäki, M., Suhonen, R., Koivunen, M., Alanen, S. Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 19 (3), 115–127.
- Walker, R., James, H. & Burns, A. 2012. Adhering to behaviour change in older pre-dialysis populations: A qualitative study. *Journal of Renal Care* 38 (1), 43–42.
- Walker, R., Marshall, M.R. & Polaschek, N. 2013. Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study. *Renal Society of Australasia Journal* 9 (3), 116–125.
- Whittemore, R. 2008. Rigour in Interative Reviews. Teoksessa Christine Webb & Brenda Ross (toim.) *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Oxford: Blackwell Publishing, 149–156.
- WHO. 2003. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization. Geneve.
- WHO. 2010. Global recommendations on physical activity for health. Viitattu 2.4.2016. <http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications>





Kuvio 1. Tutkimusaineiston valinnan eteneminen

Liitetaulukko tiedonhaussa käytetyistä hakusanoista ja tietokannoista.

Tutkimuksia munuaispotilaan ja potilaan tiedontarpeesta haettiin Medic-, Melinda, Cinahl- ja Cochrane- tietokannoista. Tiedonhaussa käytettiin ohjauksen englanninkielisenä vastineena sanaa patient education. Tiedontarpeen englanninkielisenä vastineena käytettiin hakusanaa knowledge. (Taulukot 1, 2 ja 3.)

Taulukko 1. Hakutulokset munuaispotilaan ja potilaan tiedontarpeesta

Tietokanta	Medic 1/7	Melinda 1/5	Melinda 2/5
Hakusanat	tiedontar* tarve* tarpe* AND munuais* potila*	tiedontar? AND munuais?	tiedontar* AND potila*
Osumia	412	2	106
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään vain aikuisia potilaita käsittelevät artikkelit. Hyväksytään potilaan ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit. Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus saatavilla SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit. Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus saatavilla SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään myös muita sairauksia koskevat potilaan ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit Julkaisukieli suomi tai englanti Tutkimus on saatavilla SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta
Otsikoiden luvun jälkeen osumia	21	1	2
Abstraktien luvun jälkeen osumia	4	0	1
Koko artikkelien jälkeen osumia	2	0	0

Taulukko 2. Hakutulokset munuaispotilaan tiedontarpeesta

Tietokanta	Cinahl 1/6	Cochrane 1/2
Hakusanat	”patient education” AND kidney* AND knowledge	chronic kidney disease AND knowledge
Osumia	146	92
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään munuaispotilaan ohjausta käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain englanninkieliset artikkelit. Tutkimus on saatavilla SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015 Hyväksytään munuaispotilaan ohjausta käsittelevät artikkelit Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit Hyväksytään vain englanninkieliset artikkelit Tutkimus saatavilla SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta
Otsikoiden luvun jälkeen osumia	16	9
Abstraktien luvun jälkeen osumia	6	4
Koko artikkelien jälkeen osumia	<b>3</b>	0

Taulukko 3. Hakutulokset munuaissiirtopotilaan tiedontarpeesta

Tietokanta	Cochrane
Hakusanat	renal transplant recipient AND knowledge
Osumia	10
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään munuaispotilaan ohjausta käsittelevät artikkelit. Hyväksytään aikuisia käsittelevät artikkelit. Hyväksytään englanninkieliset artikkelit. Tutkimus saatavissa SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.
Otsikoiden jälkeen osumia	1
Abstraktien luvun jälkeen osumia	1
Koko tekstien luvun jälkeen osumia	<b>1</b>

Tutkimuksia potilaan ohjauksesta haettiin Medic-tietokannasta.

Taulukko 4. Hakutulokset potilaan ohjauksesta

Tietokanta	Medic 2/7
Hakusanat	potilasohj* hoidonohj* ohjaam* ohj* AND potila*
Osumia	1756
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut tutkimukset ja artikkelit vuosilta 2005-2015 Hyväksytään potilaan ohjausta tutkimukset ja käsittelevät artikkelit Hyväksytään aikuispotilaita käsittelevät tutkimukset ja artikkelit Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus on saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	53
Abstraktien jälkeen osumia	6
Kokotekstien jälkeen osumia	4

Tutkimuksia munuaispotilaan ja potilaan hoitoon sitoutumisesta haettiin Medic-, Melinda- ja Cinahl-tietokannoista. Hoitoon sitoutumisen englanninkielisenä vastineena käytettiin hakusanoja self-management (Taulukko 5) ja adherence (Taulukko 6.)

Taulukko 5. Hakutulokset munuaispotilaan hoitoon sitoutumisesta

Tietokanta	Medic 3/7	Melinda 3/5	Cinahl 2/6
Hakusanat	hoitoon sitout* AND munuais*	hoitoon sitout* AND munuais* 2	”kidney disease” AND self-management
Osumia	29	2	68
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015.  Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita käsittelevät artikkelit	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita käsittelevät artikkelit.	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015.  Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita käsittelevät artikkelit.

	Hyväksytään vain munuaispotilaan osallisuutta ja ohjausta käsittelevät artikkelit.  Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.	Hyväksytään vain munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit.  Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus saatavissa Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.	Hyväksytään vain munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta käsittelevät tutkimukset/artikkelit  Julkaisukieli englanti. Tutkimus saatavilla. Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.
Otsikoiden luvun jälkeen osumia	2	2	8
Abstraktien luvun jälkeen osumia	2	1	4
Koko artikkelien jälkeen osumia	<b>2</b>	0	<b>3</b>

Taulukko 6. Hakutulokset potilaan ja munuaispotilaan hoitoon sitoutumisesta

Tietokanta	Medic 4/7	Melinda 4/5	Cinahl 3/6
Hakusanat	hoitoon sitout* AND potila*	hoitoon sitout? OR adherence OR self-management	”patient education” AND kidney* AND adherence
Osumia	427	512	40
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään potilaan eri sairausryhmien ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit. Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus saatavilla Sankin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään eri sairausryhmien ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit Julkaisukieli suomi tai englanti Tutkimus saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2008- 2015. Hyväksytään eri sairausryhmien ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit Julkaisukieli suomi tai englanti Tutkimus saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta
Otsikoiden jälkeen osumia	15	8	5
Abstraktien jälkeen osumia	4	1	1
Koko tekstien jälkeen osumia	<b>1</b>	0	<b>1</b>

Tutkimuksia munuaispotilaan voimaannuttavasta ohjauksesta haettiin Medic-, Melinda- ja Cinahl-tietokannoista. Medic- ja Cinahl-tietokannoista löytyi niukasti munuaispotilasta koskevaa tutkimusta, minkä vuoksi hakusanana käytettiin myös potilasta. Voimaantumisen englanninkielisenä vastineena käytettiin hakusanaa empowerment. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hakutulokset munuaispotilaan ja potilaan voimaannuttavasta ohjauksesta

Tietokanta	Medic 5/7	Melinda 5/5	Cinahl 4/6
Hakusanat	voimaan* voimavar* empow* AND potilas-ohj* hoidonohj* ohjaam* ohj* AND munuais* potila*	munuais? AND ohjaus	kidney* and empower*
Osumia	57	15	96
Rajaukset	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään eri sairausryhmien potilaiden ohjausta ja osallisuutta koskevat artikkelit Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit. Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus on saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään eri sairausryhmien ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita käsittelevät artikkelit. Julkaisukieli suomi tai englanti Tutkimus on saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.	Hyväksytään julkaistut artikkelit vuosilta 2005-2015. Hyväksytään vain munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita koskevat artikkelit. Julkaisukieli englanti. Tutkimus on saatavilla Sankin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.
Otsikoiden jälkeen osumia	24	2	14
Abstraktien jälkeen osumia	4	1	7
Koko artikkelien jälkeen osumia	<b>2</b>	0	<b>2</b>



Tutkimuksia munuaispotilaan ohjauksen vaikuttavuudesta haettiin Cinahl-tietokannasta. Vaikuttavuuden englanninkielisenä hakusanana käytettiin sanaa effectiveness (Taulukko 8).

Taulukko 8. Hakutulokset munuaispotilaan ohjauksen vaikuttavuudesta

Tietokanta	Cinahl 5/6
Hakusanat	”patient education” AND kidney* AND effectiveness
Osumia	29
Rajaukset	Hyväksytään julkaisut vuosilta 2005-2015. Hyväksytään vain munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta koskevat artikkelit. Hyväksytään vain englanninkieliset artikkelit. Hyväksytään vain aikuisia munuaispotilaita koskevat artikkelit. Tutkimus on saatavilla Sankin kirjaston tietokannoista tai kaukopalvelun kautta.
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	5
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	3
Koko tekstien lukemisen jälkeen osumia	<b>2</b>

Tutkimuksia potilasohjauksen vaikuttavuudesta haettiin Medic-tietokannasta (taulukko 9).

Taulukko 9. Hakutulokset potilasohjauksen vaikuttavuudesta

Tietokanta	Medic 6/7
Hakusanat	vaikuttav* AND potilasohjau* hoidonohj* ohjaam* ohj*
Osumia	199
Rajaukset	Hyväksytään julkaisut vuosilta 2005-2015. Hyväksytään aikuispotilaita ja ohjausta koskevat julkaisut. Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus saatavilla SAMK kirjaston tietokannasta tai tilattavissa kaukopalvelun kautta
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	9
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	1
Koko tekstien lukemisen jälkeen osumia	<b>0</b>

Tutkimuksia potilaan ja munuaispotilaan osallisuudesta haettiin Medic- ja Cinahl-tietokannoista. Osallisuuden englanninkielisenä hakusanana käytettiin termejä involvement ja participation (Taulukot 10 ja 11).

Taulukko 10. Hakutulokset potilaan ja munuaispotilaan osallisuudesta ja itsemääräämisestä

Tietokanta	Medic 7/7
Hakusanat	osallis* itsemäär* AND munuais* potila* asiak*
Osumia	434
Rajaukset	Hyväksytään julkaisut 2005-2015. Hyväksytään myös muita pitkäaikaissairauksia käsittelevät julkaisut, joissa osallisuus ja ohjaus Hyväksytään vain aikuispotilaita koskevat julkaisut Julkaisukieli suomi tai englanti. Tutkimus tulee olla saatavilla SAMK tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	16
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	5
Koko tekstien lukemisen jälkeen osumia	4

Taulukko 11. Hakutulokset munuaispotilaan osallisuudesta

Tietokanta	Cinahl 6/6
Hakusanat	kidney* AND "patient involvement" OR "patient participation"
Osumia	650
Rajaukset	Hyväksytään julkaisut vuosilta 2005-2015. Hyväksytään vain munuaispotilaan ohjausta ja osallisuutta koskevat artikkelit. Hyväksytään vain aikuispotilaita käsittelevät artikkelit. Hyväksytään vain englanninkieliset artikkelit. Tutkimus on saatavilla Samkin kirjaston tietokannoista tai tilattavissa kaukopalvelun kautta.
Otsikoiden lukemisen jälkeen osumia	3
Abstraktien lukemisen jälkeen osumia	1
Koko tekstien lukemisen jälkeen osumia	1

Liitetaulukko kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista ja artikkeleista.

Tutkimuksen/artikkelin tekijät, vuosi, maa, tutkimuksen nimi ja julkaisu	Tutkimuksen/artikkelin tarkoitus	Aineistonkeruu, kohderyhmä ja analyysimenetelmä	Keskeiset tulokset munuaispotilaan/potilaan ohjauksen ja osallisuuden näkökulmasta
<p><b>Rantanen ym. 2008</b> <b>Suomi</b></p> <p>Knowledge Expectations of Patients On Dialysis Treatment.</p> <p>Nephrology Nursing Journal May-June 35 (3), 249-256.</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Kartoittaa dialyysipotilaan tiedontarpeita. Kartoittaa tiedontarpeiden yhteyttä potilaan taustatekijöihin.</p>	<p>Kyselytutkimus. Määrällinen, kuvaileva tutkimus Strukturoitu kyselylomake DPTT-mittari (dialyysipotilaan tiedontarvemittari). Hemodialyysipotilaat, peritoneaalidialyysipotilaat ja predialyysivaiheessa olevat potilaat (n= 47). Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Potilaat odottivat monialaista tietoa. Potilaat kokivat biologis-fysiologisen, toiminnallisen ja eettisen tiedon tärkeimmiksi tiedontarpeen osa-alueiksi. Potilasohjauksen yksilöllisyys on tärkeää, koska potilaiden tiedontarpeet ovat erilaisia. Potilaiden taustatekijöistä mm. ikä, hoitomuoto ja hoidossaoloaika olivat yhteydessä potilaan tiedontarpeeseen.</p>
<p><b>Eloranta, Gröndahl, Engblom &amp; Leino-Kilpi 2014</b> <b>Suomi</b></p> <p>Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana Tutkiva Hoitotyö 12 (4), 4-11.</p> <p><b>Medic</b></p>	<p>Arvioida voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä dialyysipotilailla</p>	<p>Kyselytutkimus. Määrällinen, kuvaileva tutkimus. Strukturoitu kyselylomake. Sairaalapotilaan Tiedon Saanti-mittari (SPTS). Hemodialyysi-, peritoneaalidialyysi- ja kotidialyysipotilaat (n=138).  Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Ohjauksessa korostuivat bio-fysiologinen ja toiminnallinen tieto. Sosiaalinen tieto jäi huomiotta. Kaivattiin ohjausta potilasjärjestöjen toiminnasta, vertaistuen mahdollisuudesta, tiedonlähteistä, sosiaalityöntekijän palveluista ja läheisten osallistumisesta hoitoon. Yksilöllisten tiedollisten odotusten arviointi tärkeää.</p>
<p><b>Lee, Kim, Cho &amp; Kim 2013</b> <b>Korea</b></p> <p>Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. The International of Clinical Practice 67 (4), 363-368.</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	<p>Arvioida depression, ja ahdistuneisuuden ja pelon yhteyttä predialyysipotilaan elämänlaatuun.</p>	<p>Poikittaistutkimus. HADS-asteikko. WHOQOL-kyselylomake. Määrällinen, kuvaileva tutkimus. Polikliinisessa seurannassa olevat predialyysipotilaat, joilla munuaisten vajaatoiminnan aste 3-5 (n=208) ennen dialyysihoidoa  Tilastollinen analyysi</p>	<p>Predialyysipotilailla depression, ahdistuneisuuden ja pelon esiintyminen on yleistä. Depressio, ahdistuneisuus ja pelko ovat yhteydessä potilaan kokemaan elämänlaatuun.</p> <p>Depression, ahdistuneisuuden ja pelon saattaa osittain selittää fyysisen ja psyyk-</p>

			kisen toimintakyvyn lasku, sairauden oireet, psyykkinen stressi toistuvista seurantakäynneistä, kaventunut rooli perhe- ja työelämässä ja lähestyvän dialyysihoidon pelko.
<p><b>Heino 2012</b> <b>Suomi</b></p> <p>Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon sitoutuminen konservatiivisessa hoidossa.</p> <p><b>Medic</b></p>	Selvittää kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä siinä vaiheessa, kun sairaus ei vielä vaadi aktiivihoidoa.	<p>Pro Gradu-tutkielma.</p> <p>Teemahaastattelu. Laadullinen tutkimus</p> <p>Sisätautien poliklinikoiden munuaispotilaat (n=17).</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	Hoidon tavoitteellisuus, motivaatio ja ohjaus paransivat hoitoon sitoutumista. Motivaatiota edistäviä tekijöitä olivat elämänhalu, läheiset ja erityisesti lastenlapset, tarpeellisuuden kokemus, tarve selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja kulttuurin tuoma ilo. Ohjaus, tiedon sisäistäminen ja läheisten tuki lisäsivät ruokavaliohoitoon sitoutumista
<p><b>Nygårdh, Malm, Wikby &amp; Ahlström 2011</b> <b>Ruotsi</b></p> <p>The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective.</p> <p>Journal of Clinical Nursing 21, 897-904.</p> <p><b>Cinahl</b></p>	Tutkia predialyysivaiheen munuaispotilaan kokemuksia voimaantumisen potilaan ja henkilökunnan välisessä kohtauksessa.	<p>Haastattelututkimus.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Polikliinisessä seurannassa olevat predialyysipotilaat (=20).</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	Tutkimuksen tuloksista muodostui seitsemän pääteemaa, joista viisi edusti voimaantumista: ohjauksen saatavuus tarpeen mukaan, vahvistava kohtaaminen, luottamus hoitohenkilöstön ammattitaitoon, osallistuminen päätöksentekoon ja oppiminen mahdollistaa paremman omahoidon. Niistä muodostettu kattava pääteema oli: Luottamuksen rakentaminen ja oppiminen kohtaamisen kautta. Potilaan ja henkilökunnan välisessä kohtauksessa potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen voimaannutti potilasta. Potilaan aktiivinen kuuntelu päätöksentekoon osallistumiseen liittyvistä tarpeista ja toiveista oli erityisen tärkeää. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tietää ja ymmärtää mitä voimaantuminen tarkoittaa potilaan näkökulmasta, jotta potilaiden tarpeisiin kyetään vastaamaan polikliinisessä hoidossa.
<p><b>Hughes, Wood &amp; Smith 2009</b> <b>Englanti</b></p>	Tutkia munuaispotilaiden kokemuksia yksilöllisestä vertaistuesta.	<p>Laadullinen, puolistrukturoitu puhelinhaastattelu.</p> <p>Yksilöllistä vertaistukea saaneet ihmiset (n=20)</p>	Vertaistukea saaneet kokivat, että olivat saaneet kokemukseen perustuvaa käytännön tietoa, joka helpotti hoitopäätösten teossa. Vertaistukijat tarjosivat potilaille

<p>Exploring kidney patients` experiences of receiving individual peer support</p> <p>Health Expectations 12 (4), 396-406.</p> <p><b>Cinahl</b></p>		<p>Sisällön analyysi</p>	<p>empatiaa, ymmärrystä ja tulevaisuuden toivoa. Vertaistuki auttoi potilaita sitoutumaan hoitoon ja sairauden aiheuttamiin rajoituksiin, lisäsi potilaan itsetuntemusta, toimintakykyä ja voimaantumisen tunnetta.</p>
<p><b>Palmer ym. 2015</b> <b>USA</b></p> <p>Dietary and Fluid Restrictions in CKD: A Thematic Synthesis of Patient Views From Qualitative Studies</p> <p>American Journal of Kidney Diseases 65 (4), 559-573.</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Tarkoituksena tehdä yhteenveto munuaispotilaiden näkemyksistä ruokavalio- ja nesterajoitusten kanssa pärjäämisestä.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 46 laadullista tutkimusta.</p> <p>Tutkimukset käsittelivät hemodialyysi-, peritoneaalidialyysi-, kotidialyysi- ja predialyysipotilaita, munuaissiirtopotilaita ja konservatiivisessa hoidossa olevia potilaita munuaistaudin vaiheissa 1-5.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksista muodostui viisi pääteemaa, jotka olivat merkityksellisiä ruokavalio- ja nesterajoitusten kanssa pärjäämisessä: ihmisuhteet, muutoksiin sopeutuminen, kiusausten vastustaminen/itsehallinta, terveyden optimointi ja voimaantuminen. Ruokavalio- ja nesterajoituksilla oli voimakas negatiivinen vaikutus munuaispotilaaseen. Tilanteeseen sopeutuminen vaatii potilas- ja perhekeskeistä ohjausta. Ruokavalio- ja nesterajoituksiin liittyvää taakkaa voidaan lieventää ohjauksellisin menetelmin näkemällä niistä selviytyminen potilaan, perheen, läheisten, vertaisten ja hoitohenkilöstön yhteisenä tavoitteena.</p>
<p><b>Murray ym. 2009</b> <b>Kanada</b></p> <p>A systematic review of factors influencing decision-making in adults living with chronic kidney disease.</p> <p>Patient Education and Counseling 76, 149-156.</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan osallisuuteen päätöksenteossa. Tunnistaa vaikuttavia interventioita päätöksenteon tarpeiden tukemisessa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. 40 laatuarvioitua tutkimusta.</p> <p>Tutkimukset koskivat aikuisia munuaispotilaita, julkaisuvuosi 1998-2008. Pääpaino tutkimuksissa oli potilaan päätöksenteon tarpeissa ja/tai jaetun päätöksenteon esteissä ja edellytyksissä.</p>	<p>Tutkimukset keskittyivät pääsääntöisesti munuaispotilaan aktiivihoitomuodon päätöksiin ja meneillään olevaan dialyysihoidon liittyviin päätöksiin. Munuaispotilaan päätöksentekoon osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat ihmisuhteet, tämänhetkisen hyvinvoinnin tila, halu normaaliuden ja elämänlaadun säilyttämiseen, kontrolliseurannan tarve sekä hyötyjen ja riskien henkilökohtainen merkitys potilaalle. Yhtäkään tutkimusta potilaan tarpeista päätöksenteon prosessissa ei löydetty.</p>
<p><b>Chiou &amp; Chung 2011</b> <b>Taiwan</b></p>	<p>Tutkia interaktiivisen hoitajavetoisen potilasohjaus DVD:n vaikuttavuutta ohjausvälineenä munuaispotilaan tietoon, epävarmuuteen ja päätöksentekoon.</p>	<p>Koe-kontrolli-tutkimus. Predialyysipotilaat ennen dialyysin aloitusta (n=60).</p>	<p>Interaktiivisen DVD-ohjauksen saanut ryhmä sai ohjauksen jälkeisissä mittauksissa huomattavasti paremmat tulokset</p>

<p>Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease.</p> <p>Journal of Clinical Nursing 21, 1223-1231.</p> <p><b>Cinahl</b></p>		<p>Koeryhmä (interaktiivinen DVD-ohjaus n=30) ja kontrolliryhmä (normaali ohjaus ja potilasohjausmonisteet n=30). Mittaukset ennen ohjausta ja jälkeen. Tieto-asteikko (20 kysymystä: potilaan tieto sairaudesta ja dialyysihoidomuodoista), Epävarmuus-asteikko (13 kysymystä) ja Päätöksenteon katumis-asteikko (5 kysymystä). Tilastollinen analyysi.</p>	<p>tieto-, epävarmuus ja päätöksenteonkatumis-asteikkojen mittauksissa kuin kontrolliryhmän potilaat.</p>
<p><b>Shi ym. 2013</b> <b>Kiina</b></p> <p>Effectiveness of a nurse-led intensive educational programme on chronic kidney failure patients with hyperphosphatemia: randomized controlled trial</p> <p>Journal of Clinical Nursing, 22, 1189-1197</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Arvioida hoitajavetoisen intensiivisen ohjausintervention vaikuttavuutta potilaan hyperfosfatemiaan ja tietoon hyperfosfatemiasta.</p> <p>Yksilöllinen ohjaus- ja opetusseisio ruokavalio- ja lääkeasioista.</p>	<p>RCT-tutkimus. Hemodialyysipotilaat (n=80), koeryhmä (n=40) ja kontrolliryhmä (n=40). Koeryhmän potilaat saivat nefrologisen hoitajan intensiivisen ja yksilöllisen ohjauksen hemodialyysihoidon yhteydessä 20-30 minuutin ajan 2-3 kertaa viikossa kuuden kuukauden ajan. Kontrolliryhmän potilaat saivat tavallisen dialyysipotilaalle kuuluvan lääketieteellisen ja sosiaalisen hoidon ja tuen, mutta eivät ohjauksellista materiaalia. Lähtötilanteessa: Kaksi kyselylomaketta; taustatiedot ja tietotesti. Verikokeet. 3 ja 6 kk kohdalla tietotesti ja verikokeet.</p>	<p>Tuloksissa todettiin tilastollisesti merkitävä ero interventoryhmän eduksi seerumin fosfori- ja kalsium-fosforitasapainossa. Interventoryhmän potilaiden tieto hyperfosfatemiasta lisääntyi enemmän 3 kk kohdalla ja nämä tulokset pysyivät myös 6 kk mittauksissa samalla tasolla. Hoitajavetoisen ohjausintervention rooli on merkittävä hemodialyysipotilaan hyperfosfatemian hoidossa ja ohjauksessa. Hoitajien rooli potilaan ruokavalio-ohjauksessa on tärkeä, koska hoitaja tapaa potilasta usein dialyysihoidon yhteydessä. Tutkimuksessa käytetty ohjausmenetelmä on sovellettavissa muidenkin kroonisten sairausryhmien potilaiden ohjauksessa.</p>
<p><b>Chen ym. 2011</b> <b>Taiwan</b></p> <p>The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease – a prospective randomized controlled trial</p> <p>Nephrology Dialysis Transplantation 26 (11), 3560-3566</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	<p>Tarkastella omahoidon tuen (SMS) vaikutusta kroonisen munuaistaudin eteneemiseen.</p> <p>SMS-ryhmän omahoidon tuki sisälsi monipuolista tietoa ja ohjausta hoitohenkilökunnalta, ravitsemusterapeutilta, läheisiltä ja vapaaehtoisilta. Ohjaus tapahtui kuukausittain kasvokkain, puhelimitse viikoittain ja tukiryhmässä potilaat tapasivat kaksi kertaa kuukaudessa. Ohjaus</p>	<p>RCT-tutkimus. Munuaispotilaat (n=54), joista SMS-ryhmä (=27) ja ei-SMS-ryhmä (=27). 12 kuukauden seuranta.</p> <p>Lähtötilanteessa kaikkien potilaiden haastattelu(taustatiedot, sairaushistoria, elämäntavat).</p>	<p>Molemmissa ryhmissä tieto munuaisten vajaatoiminnasta oli vähäistä munuais-sairauden toteamisvaiheessa.</p> <p>SMS-ryhmässä tiedon määrä munuaisten vajaatoimintaan liittyvistä asioista lisääntyi merkittävästi 12 kk kohdalla.</p>

	<p>sisälsi tietoa munuaisterveydestä, ravitsemuksesta, elämäntavoista, munuaistoksisista aineista, ruokavalion periaatteista ja lääkehoidosta. Ravitsemusterapeutin ohjaus puolivuositain. Standardoitu interaktiivinen ohjaussessio perustui potilaan määriteltyyn munuaistoiminnan tasoon (Stages III,IV tai V).</p> <p>Ei SMS-ryhmän potilaat saivat ohjausta normaalin käytännön mukaisesti nefrologeilta. Ohjaus oli munuaistoiminnan säilyttämistä, laboratoriotulosten, sairauden hoitomenetelmien ja selviytymisen ohjausta. Nefrologit selvittivät PD ja HD-hoidon periaatteet, kun potilaan GFR oli alle 30 ml/min. Kaikki potilaat saivat kirjallisia ohjeita. Dialyysihoitajat ohjasivat potilaille PD- ja HD-hoidon periaatteet ja hoidon valintakriteerit ja arkipäivän elämään liittyvät ohjeet.</p>	<p>Laboratoriomittaukset lähtötilanne, 6 kk ja 12 kk. Kroonisesta munuaisvajaatoiminnasta johtuneet sairaalakäynnit analysoitiin seurantaohjelman aikana.</p> <p>Potilaan tietotesti kroonisesta munuaisvajaatoiminnasta (munuaisten toiminta, ruokavalio, hoito, lääkitys) lähtötilanteessa ja 12 kk kohdalla.</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>SMS-ryhmän laboratoriotuloksissa näkyi munuaistaudin hidastuminen. SMS-ryhmän potilailla oli vähemmän sairaalahoitojaksoja kuin ei SMS-ryhmän potilailla.</p> <p>SMS-ohjelmalla voi olla merkittävä osuus kroonisen munuaistaudin etenemisen hidastamisessa ja myöhäisen vaiheen kuolleisuudessa. Munuaispotilaan monipuolinen ohjaus ja tukeminen eri menetelmillä edistää omahoitoa ja parantaa hoitotuloksia.</p>
<p><b>Costantini ym. 2008</b> <b>Kanada</b></p> <p>The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease.</p> <p>Nephrology Nursing Journal 35 (2), 147-155</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Tutkia ja kuvailla alkuvaiheen munuaisvajaatoimintaa sairastavien potilaiden omahoidon ja itsehallinnan kokemuksia.</p>	<p>Haastattelututkimus. Laadullinen tutkimus. Munuaispotilaat (n=14). Yksilöhaastatteluissa tiedusteltiin potilaiden näkemyksiä terveydestä, munuais-sairaudesta, sairauden omahoidosta ja omahoidon tuen tarpeista.</p> <p>Sisällönanalyysi.</p>	<p>Tulokset toivat esille krooniseen munuaissairauteen liittyvän toistuvan prosessin. ”Toistuva uudelleen neuvotteluprosessi elämästä kroonisen munuaissairauden kanssa” sisältää sairauden löytämisen ja sairauden kanssa elämään oppimisen. Prosessissa potilas saa, löytää ja ymmärtää tietoa sairaudesta ja sen pysyvyydestä sekä opettelee tiedon varassa elämään ja selviytymään sekä hallitsemaan sairauden hoitoa. Prosessin keskeinen asia on sairauteen liittyvä tieto, joka lisääntyy ja muuttuu potilaan tilanteen mukaan sekä potilaan ymmärrys ja taito muuttuvat tiedon ja tilanteen mukana. Munuaissairauden alkuvaihetta sairastavat potilaat haluavat hoitaa ja hallita sai-</p>

			rauttaa yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Potilaat tarvitsevat tukea ja ohjausta onnistuneeseen omahoitoon.
<p><b>Cueto-Manzano ym. 2010</b> <b>Meksiko</b></p> <p>Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach.</p> <p>Clinical Nephrology 74 (1), 99-104</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Selvittää monitieteellisen opetusohjelman vaikutuksia korkean munuaisten vajaatoimintariskin omaaviin ihmisiin, joita tuetaan omahoitoryhmillä, joissa potilaat saavat elämäntapa- ja ruokavalio-ohjausta.</p>	<p>Kolme potilasryhmää: Ylipainoiset/lihavat (n=51), ylipainoiset/lihavat + RR-tauti (= 45) ja ylipainoiset/lihavat + tyyppin 2 diabetes (=88). Opetukselliset monialaisen terveystyöryhmän interventiot 4 viikon ajan (tunnehallinta, ravitsemusohjeet, liikunta, terveyden ongelmat). Itsehoito/omahoitoryhmien toiminta koostui potilaiden valitsemista aktiviteeteista terveystyöryhmän tukemana. Elämäntapakehoitus lähtötilanteessa ja 6 kk kohdalla. Kliiniset ja kemialliset testit lähtötilanne, 3 kk ja 6 kk.</p>	<p>Monet haitalliset elämäntavat vähenivät merkittävästi 6 kk aikana. Kaikissa ryhmässä tapahtui huomattavia parannuksia ruokatottumuksissa, liikkumistavoissa ja tunnehallinnassa. Vain diabeetikot ja RR-potilaat paransivat tietotasoaan selvästi sairaudesta ja hoitoon sitoutumisesta. Mikään ryhmä ei onnistunut vähentämään tupakointia tai alkoholinkäyttöä. Kaikissa ryhmässä BMI ja vyötärön ympärysmitta pienenevät. Diabeetikot ja ylipainoiset/lihavat paransivat verensokeritasoa ja GFR parani. Verenpainepotilaiden systolinen paine aleni ja GFR parani hieman. Tutkimustulosten perustella monitieteellinen opetusohjelma terveydenhuoltohenkilöstön ohjaamana ja omahoitoryhmien tukemana voi olla hyödyllinen haitallisten elämäntapojen ja ravitsemustottumusten muuttamisessa.</p>
<p><b>Thorarinsdottir &amp; Kristjansson 2014</b> <b>Islanti</b></p> <p>Patients` perspectives on person-centered participation in healthcare: A framework analysis</p> <p>Nursing Ethics 21 (2), 129-147.</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	<p>Tarkoituksena kuvata osallisuus-käsitteen sisältöä ja käyttöä sekä selkeyttää osallisuus-käsitteen määrittelyä potilaan näkökulmasta.</p>	<p>Integroitu kirjallisuuskatsaus. Broom metodi Käsiteanalyysi. Laadulliset tutkimukset (n=60).</p>	<p>Osallisuus on potilaan tasa-arvoista ja kunnioittavaa kohtelua sekä tiedon, päätöksenteon ja vastuun jakamista. Osallisuudessa olennaista on potilaan ja hoitohenkilöstön jaettu päätöksenteko sekä potilaan ja hoitohenkilöstön välinen jatkuva vuoropuhelu/yhteistyö.</p>
<p><b>Sakraida &amp; Robinson 2009</b> <b>USA</b></p> <p>Health Literacy Self-management by Patients With Type 2 Diabetes and Stage 3 Chronic Kidney Disease.</p>	<p>Tarkoituksena kuvailla tyyppin 2 diabetesta ja asteen 3 munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kokemuksia elämäntilanteen ja omahoidon hallinnasta.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Focus Group haastattelut. Potilaat (n=12), joista naisia (=6) ja miehiä (=6). Potilailla tyyppin 2 diabetes ja asteen 3 munuaisten vajaatoiminta. Potilaiden odotettiin noudattavan järjestelmällistä hoitoa jokapäiväisessä elämässä.</p>	<p>Omahoidon hallinnan kokemus liittyy terveydenlukutaitoon. Omahoidon hallinnan tuki ja ohjaus sisältää jaetun vastuun sekä yhteistyön potilaan ja terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Monipuoliset tiedon ja tuen lähteet, ohjauksen</p>



<p>Western Journal of Nursing Research 31 (5), 627-647.</p> <p><b>Cinahl</b></p>		<p>Etnografinen analyysi.</p>	<p>menetelmien potilaskohtainen käyttö potilaan tarpeiden mukaan sekä hoitohenkilökunnan yksilökohtaisesti potilaan tarpeisiin soveltama ohjauksen taso tukee potilaan omahoitoa.</p>
<p><b>Fröjd ym. 2011</b> <b>Ruotsi</b></p> <p>Patient information and participation still need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care</p> <p>Journal of Nursing Management 2011 (19), 226-236.</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	<p>Tutkia sairaalapotilaiden käsityksiä hoidon laadusta ja tunnistaa näkemyseroja suhteessa potilaiden sukupuoleen, ikään ja sairaalaan tulotapaan (päivystys/suunniteltu)</p>	<p>Kyselytutkimus "Quality from the Patient's Perspective" (QPP). Kyselylomakkeessa 24 väittämää hoidon laadusta. Kyselylomake postissa potilaille kotiin sairaalahoidon jälkeen.</p> <p>Sairaalapotilaat, yli 16-vuotiaat (n=2734).</p>	<p>Potilaan hoidon ja ohjauksen laadun todettiin olevan riittämätöntä 15 väittämän kohdalla 24 väittämästä. Heikoiten toteutuivat potilaan omahoidon ohjaus, osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, tiedonsaanti tutkimusten ja kokeiden tuloksista, tiedonsaanti hoidosta vastuussa olevista lääkäreistä, lääkäreiden ymmärryksen osoittaminen potilaan tilannetta kohtaan ja hoidon suunnittelun sekä päätösten teko potilaan näkökulmasta ja tarpeista lähtien. Parhaiten toteutuivat pääsy sairauden hoidon kanalta välttämättömiin tutkimuksiin, hoitohenkilökunnan kunnioittava kohtelu, hoitotyöntekijöiden sitoutuminen potilaan hoitoon, hoitotyöntekijöiden ymmärrys potilaan kokemuksista ja tunteista sekä potilaan läheisten kohtaaminen. Päivystyksellisesti sairaalaan tulleet arvioivat hoidon laadun heikommaksi kuin suunnitellulla käynnillä olleet potilaat. Vanhemmat potilaat arvioivat hoidon laadun pääsääntöisesti korkeammaksi kuin nuoremmat potilaat. Naiset arvioivat mahdollisuuden osallistua omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon paremmaksi kuin miehet. Miehet taas arvioivat osaston ruuan, sängyn ja ilmapii- rin paremmaksi kuin naiset.</p>
<p><b>Urstad ym. 2012a</b> <b>Norja</b></p>	<p>Saada tietoa munuaissiirtopotilaiden kokemuksista siirron jälkeisestä ohjauksesta ja ohjausmenetelmistä.</p>	<p>Haastattelututkimus ohjausohjelman sisällöstä ja ohjausmenetelmistä.</p>	<p>Potilaat kokivat, että oppimista vaikeutti siirron jälkeinen fyysinen ja henkinen stressitilanne, koska siirteen saanti koettiin elämän käännekohtaksi. Potilaiden</p>

<p>Renal recipients educational experiences in the early post-operative phase – a qualitative study.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences 26 (4), 635-642.</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>		<p>Munuaissiirtopotilaat 4-6 viikkoa siirteen saannin jälkeen (n=16).</p>	<p>mielestä kannustava oppimisilmapiiri rakentui hoitohenkilökunnan kärsivällisyydestä, rauhallisuudesta, kunnioituksesta, hoidon seurannan jatkuvuudesta ja potilaan aktiivisesta osallistumisesta. Tutkimus osoitti yksilöllisen, tilanteeseen liittyvän tiedontarpeen huomioinnin tärkeyden ja sen, että siirron jälkeiseen tilanteeseen liittyy oppimisvaikeuksia.</p>
<p><b>Urstad ym. 2012b</b> <b>Norja</b></p> <p>The effect of an educational intervention for renal recipients: a randomized controlled trial.</p> <p>Clinical Transplantation 26, E246-E253</p> <p><b>Cochrane</b></p>	<p>Tutkia munuaissiirtopotilaan ohjausinterventio-ohjelman vaikutusta munuaissiirron saaneiden tietoon, hoitoon sitoutumiseen, luottamusta ja uskoa omiin kykyihin selviytyä sekä elämänlaatuun.</p> <p>Ohjelma perustui Urstad ym. 2012a tutkimuksen tuloksiin potilaiden tiedontarpeista munuaissiirtoleikkauksen jälkeen, kirjallisuuskatsaukseen siirteen saannin jälkeisen elämän tärkeimmistä tiedontarpeen alueista (lääkitys, hylkiminen, elämänlaatu) ja ohjauksellisista pääperiaatteista (tiedon välittäminen, taitojen rakentaminen, interaktiivinen hoitajatuki).</p>	<p>RCT-tutkimus.</p> <p>Tuoreet munuaissiirron saaneet potilaat (=159), koeryhmä (=77) ja kontrolliryhmä (n=82).</p> <p>Kaikki osallistujat koe- ja kontrolliryhmässä saivat perusohjauksen. Perusohjaus sisälsi siirron jälkeisen ohjauksen sairaalassa ja polikliinisillä kontrollikäynneillä ohjaus keskittyi siirron jälkeiseen voimnin ja siirteen toiminnan tarkailuun.</p> <p>Kolme mittaustilannetta. Mittaukset lähtötilanne 5 vrk siirrosta, 7-8 viikkoa siirrosta ja 6 kuukautta siirrosta.</p> <p>Lähtötilannemittaus (n=159), koeryhmä 77 ja kontrolliryhmä 82. Toinen mittaus 7-8 vko (n= 139), koeryhmä 71 ja kontrolliryhmä 68. Kolmas mittaus 6 kk siirrosta (n=120), koeryhmä 56 ja kontrolliryhmä 64.</p> <p>Interventio koostui viidestä yksilöohjauskerrasta munuaissiirtopotilaiden hoitajan kanssa. Tapaamiset 1,2,3,4 ja 6 viikkoa randomoinnista. Session kesto 40-60 minuuttia. Tapaamiskertojen sisältö: lähtö-</p>	<p>Tutkimuksen tulokset osoittivat, että strukturoitu, räätälöity potilaan tiedontarpeisiin perustuva ohjausohjelma on erityisen tehokas munuaissiirtopotilaan tiedontason lisäämisessä sekä 7-8 viikon että 6 kk kohdalla siirron jälkeen kontrolliryhmään verrattuna. Koeryhmän osallistujat olivat sitoutuneempia hoitoonsa 7-8 viikon kohdalla kuin kontrolliryhmän osallistujat. Itseluottamus ja elämänlaadun mentaalipisteet olivat koeryhmällä korkeammat 6 kk kohdalla kuin kontrolliryhmällä, joka voinee selittyä potilaiden mukautumisella kotiympäristöön.</p> <p>Interventio-ohjelma lisäsi potilaiden hoitoon sitoutumista, itseluottamusta omiin kykyihin ja hoidon hallintaan sekä elämänlaatua.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan räätälöidyt, yksilölliset ohjausinterventiot pitäisi ottaa käytäntöön munuaissiirtopotilaiden ohjausmenetelmänä.</p>

		<p>tason tieto, potilaan sairaushistoria, käytännön taitojen harjoittelu, potilaan tiedontarve ja tilanne, perustiedot lääkityksestä ja siirteen hylkimisestä, kotitilanne, yhteenveto ohjauksesta ja kotiseuranta.</p> <p>Tiedontarve kyselylomake. Omatarkkailu päiväkirjamerkinnoin. Itsepystyvyytaulukko. SF-12 elämänlaatuarvio.</p>	
<p><b>Valkama 2012</b> <b>Suomi</b></p> <p>Asiakkuuden dilemma – Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen</p> <p><b>manuaalinen haku</b></p>	<p>Tavoite lisätä ymmärrystä asiakkuuden yhteydessä käytetyistä käsitteistä ja taustalla olevista ilmiöistä palvelunkäyttäjän näkökulmasta.</p> <p>Käsitteiden ymmärryksellä on suuri merkitys, koska kielenkäytöllä on aina suuri merkitys sosiaalisen todellisuuden ja jaetun ymmärryksen rakentajana.</p>	<p>Väitöskirja. Tutkimus rakentuu viidestä artikkelista ja yhteenveto-osasta. Artikkeleissa selvitetään asiakas-käsitteen käytön taustaa ja sen merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa asioivien kansalaisten näkökulmasta.</p> <p>Tutkimusta on ohjannut hermeneuttinen perinne. Tutkimus on rakentunut hermeneuttisen spiraalin tavoin: jokainen artikkeli on ohjannut osaltaan tutkimuksen seuraavan vaiheen suuntaa sekä seuraavien artikkeleiden sisältöä.</p>	<p>Asiakkuus on monisäikeinen ja kontekstisidonnainen käsite. Asiakkuuteen liittyvät käsitteet aktiivisuus, mahdollisuus valita ja vaikuttaa ja osallisuus yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaaviin käytäntöihin sekä normeihin muodostavat asiakkuuden dilemman. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa riippuu monesta tekijästä. Siihen vaikuttavat yhteiskunnassa ja organisaatiossa vallitsevat ideologiat, arvot, traditiot sekä palvelutilanteessa toimivien yksilöiden arvot ja toimintatavat. Asiakas voi vaikuttaa omiin palveluihinsa jossain määrin, mutta usein asiakkaan osallisuus jää näennäiseksi.</p>
<p><b>Kaseva 2011</b> <b>Suomi</b></p> <p>Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – Integroitu kirjallisuuskatsaus.</p> <p><b>manuaalinen haku</b></p>	<p>Tavoite esitellä sosiaali- ja terveydenhuoltoaloilla Euroopassa 2000-luvulla tehtyjä asiakkaan osallisuuteen liittyviä tutkimuksia ja niiden tuloksia asiakas-osallisuuden toteutumisesta ja ehdoista.</p>	<p>Integroitu kirjallisuuskatsaus 126 tutkimusta. Suurin osa tutkimuksista Iso-Britanniasta (54) ja Suomesta (48). Suurin osa tutkimuksista sosiaalityön (40), lääketieteen (40) ja hoitotieteen (16) tieteenaloilta.</p>	<p>Voimaantumisen ja itsemäärääminen ovat merkittäviä asioita asiakkaan aseman muutoksessa. Osallisuus kehittyy asteittain. Osallisuuden asteet ovat: asiakas palvelujen kohteena, asiakas palautteen antajana, asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä ja asiakas aktiivisena sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittäjänä. Asiakkaat voivat kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokemusasiantuntijoina sekä muodostamalla keskinäisiä käyttäjätiimejä ja järjestäytyneen toiminnan avulla.</p>

			Asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksissa havaittiin puutteita.
<p><b>Kettunen &amp; Kivinen 2012</b>  <b>Suomi</b>  Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä</p> <p>Tutkiva Hoitotyö 10 (4), 40-42</p> <p>Medic</p>	Tarkoitus kuvata potilaan osallisuuden merkitystä hoitotyön kehittämisessä.	Tieteellinen artikkeli	Potilaan osallisuuden edistäminen edellyttää hoitotyöntekijöiden ja -johtajien sekä potilaiden asenteiden muuttumista ja uudenlaisen yhteistoiminnan oppimista potilassuhteissa sekä eri ammattilaisten että hoidon tasojen välillä. Terveystieteiden uudistumisen yhteydessä potilaiden osallisuuden vahvistaminen tulee huomioida tilojen ja toimintaprosessien suunnittelussa sekä hoitotyön toimintamallien kehittämisessä.
<p><b>Kääriäinen 2007</b>  <b>Suomi</b>  Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.</p> <p>Suomi</p> <p>Medic</p>	Tarkoitus kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja henkilöstön arvioimana sekä määritellä ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne.	<p>Väitöskirja.  Kaksivaiheinen tutkimus.  Ensimmäinen vaihe: Ohjauksen laatu –mittari: potilaat (n=844) ja hoitohenkilöstö (n=916).  Toinen vaihe: Ohjaus käsitteen käsitteanalyysi, jonka aineiston hankinta Medline, Cinahl ja Medic-tietokannoista (n=32) ja käsihaku yleisteoksista (n=6).</p> <p>Perus- ja monimuuttujamenetelmät sekä sisällön analyysi.</p>	Ohjaus määriteltiin potilaan ja hoitohenkilöstön taustatekijöihin sidoksissa olevaksi vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjauksen lähtökohta on ohjaussuhteen kaksisuuntainen vuorovaikutus. Ohjaussuhde rakennetaan vuorovaikutuksen keinoin. Tutkimuksessa kehitettiin potilaan ohjauksen laatu-mittari. Hypoteettinen malli muodostettiin ohjaus-käsitteestä ja ohjauksen laadun keskeisistä käsitteistä ( ohjauksen resurssit, toteutus, riittävyys, vaikutukset).
<p><b>Siitonen 1999</b>  <b>Suomi</b>  Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	Pyrkimys luoda voimaantumisteoria ihmisen voimaantumista jäsentävistä osaprosesseista ja niiden välisistä merkityssuhteista sekä voimaantumisen yhteydestä sitoutumiseen.	<p>Väitöskirja.  Grounded theory.</p>	Voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, joka lähtee ihmisestä itsestään. Toiselle ei voi antaa voimaa. Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila. Heikko voimaantuminen johtaa heikkoon sitoutumiseen ja vahva voimaantuminen vahvaan sitoutumiseen. Voimaantumista voidaan tukea avoimuudella, toimintavapaudella, rohkaisulla sekä pyrkimällä turvallisuuteen, luottamukseen ja tasa-arvoisuuteen.

<p><b>Höglund, Winblad, Arnetz &amp; Arnetz 2010</b> <b>Ruotsi</b></p> <p>Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010 (24), 482-489.</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	<p>Tutkia ja kuvailla potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan osallisuudesta hoitoprosessissa ja päätöksenteossa sydäninfarktista johtuvan sairaalahoiton aikana.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Focus group –haastattelut.</p> <p>Viisi haastatteluryhmää (n=25), joista kaksi potilasryhmää ja kolme hoitohenkilöstöryhmää.</p> <p>Sisällönanalyysi.</p>	<p>Haastattelujen tuloksista nousi viisi teemaa: potilaan osallisuus -käsitteen merkitys, myönteiset tulokset, vaikeat tilanteet, osallisuutta estävät ja edistävät tekijät. Kaikissa ryhmissä potilaan osallisuus nähtiin tavoiteltavana ja tärkeänä asiana potilaan ja hoitohenkilöstön kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Osallisuus-käsitteen sisällöstä oli eriaviä näkemyksiä. Aktiivista osallistumista päätöksentekoon mainittiin harvemmin. Osallisuus nähtiin vaikeaksi tavoittaa akuutissa tilanteessa. Osallisuuden myönteisiksi tuloksiksi mainittiin varmuuden lisääntyminen ja suurempi sitoutuminen kuntoutumiseen. Osallisuuden esteitä olivat ajan, henkilökunnan määrän ja potilaiden tiedon puute. Potilaan yksilölliset ominaisuudet nähtiin osallisuuteen vaikuttavina tekijöinä.</p>
<p><b>Laitila 2010</b> <b>Suomi</b></p> <p>Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä.</p> <p>Medic</p>	<p>Tarkoitus kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.</p>	<p>Väitöskirja. Kolmivaiheinen tutkimus. 1)Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden haastattelu (n=27), 2)työntekijöiden haastattelu (n=11), 3)kuvausmallien muodostaminen asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.</p> <p>Fenomenografinen lähestymistapa.</p>	<p>Asiakkaan osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Osallisuus toteutui kolmella tavalla: 1) osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, 2) osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä 3) osallisuutena palveluiden kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella tasolla: organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja asiakaslähtöisesti toimivan ammattilaisen toimintana.</p>
<p><b>Leino-Kilpi, Männistö &amp; Katajisto 1999</b> <b>Suomi</b></p> <p>Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta: potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on kehittää asiakaslähtöistä hoidon laadun arviointia.</p>	<p>Pitkäaikaisen terveysongelman omaavien potilaiden kirjalliset esseemuotoiset vastaukset (n=226).</p> <p>Potilailta kysyttiin kolme kysymystä: mitä terveysongelma heille merkitsee,</p>	<p>Vastaajat kokivat terveysongelman useimmiten yksilöä rajoittavana ja riippuvuutta aiheuttavana, jossain määrin myös kasvattavana ja myönteisenä asiana. Hallintakeinoista korostuivat erityisesti positiivisen ajattelun, sosiaalisen</p>

<p><b>Suomi</b></p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>		<p>miten he kokevat sitä hallitsevansa ja miten tätä hallintaa voitaisiin tukea.</p> <p>Määrällinen ja laadullinen analyysi.</p>	<p>verkoston, lääkityksen ja muun lääketieteellisen hoidon merkitys. Oman toiminnan tuloksellisuuden osalta potilaat jakautuivat kolmeen ryhmään: myönteiset ja aktiiviset vaikuttajat, pakkoon alistujat ja sopeutujat. Hallinnan tukemiseksi potilaat odottivat erityisesti taloudellisten asioiden huomioimista, kotona asumisen tukemista ja läheisten huomiointia. Terveysongelman sisäinen hallinta muodostaa keskeisen hoidon laadun arviointiperustan.</p>
<p><b>Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen &amp; Kyngäs 2007</b></p> <p><b>Suomi</b></p> <p>Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Hoitotiede 19 (2), 51-62.</p> <p>Medic</p>	<p>Kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamansa potilasohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä.</p>	<p>Kyselytutkimus.</p> <p>Ohjauksen laatu – kyselylomake.</p> <p>Yliopistollisen sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidetut yli 65-vuotiaat (n=203).</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p> <p>Sisällönanalyysi.</p>	<p>Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä ohjauksen laatuun, mutta laadullisen aineiston tulosten perusteella ilmeni puutteita saadussa ohjauksessa. Avointen kysymysten vastauksissa potilaat toivat ongelmina esille ohjaustilan soveltumattomuuden ohjaustilaksi, liian lyhyen ohjausajan, ohjaajien vaihtumisen, ristiriitaiset ohjeet ja ohjauksessa käytetyt vierasperäiset sanat. Potilaat toivoivat ohjauksen yksilöllisyyttä, monipuolisten ohjausmenetelmien käyttöä ja omaisten ottamista mukaan ohjaustilanteeseen. Potilaat kokivat, että olivat saaneet riittävästi ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Riittävästi tietoa oli saatu sairaudesta, sen hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista. Iäkkäät arvioivat ohjauksesta olleen vähiten hyötyä omaisten ja läheisten tiedonsaantiin. Ohjauksesta koettiin olevan eniten hyötyä myönteiseen asenteeseen hoitoa kohtaan ja tiedon määrän kasvuun.</p>
<p><b>Lipponen 2014</b></p> <p><b>Suomi</b></p> <p>Potilasohjauksen toimintaedellytykset</p>	<p>Tarkoitus kuvailla potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikois-</p>	<p>Väitöskirja.</p> <p>Kolmivaiheinen tutkimus.</p> <p>Strukturoitu kyselylomake (1 ja 2 vaihe) ja haastattelu (3 vaihe).</p>	<p>Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot pääsääntöisesti hyvää tasoa ja asenteet potilasohjausta kohtaan myönteiset. Hoitohenkilöstö arvioi toteuttavansa ohjausta</p>

<p>Medic</p>	<p>sairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä.</p>	<p>1) Kirurginen hoitohenkilöstö (n=203), 2) perusterveydenhuollon henkilöstö (n=377) ja 3) kehittämistyöhön osallistunut henkilökunta (n=24).</p> <p>Tilastolliset perus- ja muuttujamenetelmät, deduktiivinen sisällön analyysi ja induktiivinen sisällön analyysi.</p>	<p>potilaslähtöisesti ja huomioiden tunneulottuvuuden. Kehittämistarpeita todettiin ohjausmenetelmien monipuolisemmassa käytössä, ohjauksen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa.</p>
<p><b>Leino-Kilpi ym. 2009</b> <b>Suomi</b></p> <p>Preference for information and behavioural control among adult ambulatory surgical patients. Applied Nursing Research 22 (2), 101-106.</p> <p><b>manuaalinen haku</b></p>	<p>Tarkoitus kuvailla päiväkirurgisten potilaiden odotuksia ohjauksesta ja neuvonnasta suhteessa tiedonsaantiin.</p>	<p>Kyselytutkimus. The Krantz Health Opinion Survey (KHOS) ja Received Knowledge of Hospital Patient (RKHP).</p> <p>Päiväkirurgiset potilaat (=145).</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Potilaat, joilla oli paljon odotuksia tiedonsaannista arvioivat saaneensa vähemmän tietoa kuin ne potilaat, joiden odotukset olivat vähäisemmät. Tutkimuksen tulos asettaa haasteen hoitajien ohjaukselle: hoitajien tulee kyetä räätälöimään potilaan ohjaus potilaan tiedontason mukaan.</p>
<p><b>Kujala 2003</b> <b>Suomi</b></p> <p>Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjauksen perustuva sovellus terveystieteiden keskuksessa.</p> <p><b>Medic</b></p>	<p>Tarkoituksena kuvata asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Käsite potilaan osallisuus hoitoonsa on näkökulmana esittäessä asiakaslähtöisyyttä perusterveydenhuollon hoitopalvelujen laatutekijänä.</p>	<p>Väitöskirja.</p> <p>Kyselylomake. Potilaat/asiakkaat (n=1661).</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Voitiin osoittaa miten tuetaan potilaan osallisuuden kokemusta ja tuloksista johdettiin laadunhallinnan malli, joka perustuu käsitteeseen potilaan osallisuus omaan hoitoonsa. Keskeisimmät potilaan itsemääräämisoikeutta ja oman tilanteen hallintaa kuvaavaa muuttujaa ovat tiedonsaanti hoitovaihtoehtoista, vaikuttaminen hoitoon ja jatkohoidon järjestäminen.</p>
<p><b>Walker, Marshall &amp; Polaschek 2013</b> <b>Uusi-Seelanti</b></p> <p>Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study</p> <p>Renal Society of Australasia Journal, 9 (3), 116-125.</p> <p><b>Cinahl</b></p>	<p>Vähentää todettuja munuaisvajaatoiminnan etenemiseen ja kardiovaskulaarisairauteen liittyviä riskejä korkean riskin potilailla hoitajavetoisen potilaiden tilanteeseen kohdennetun intervention avulla perusterveydenhuollon potilailla.</p>	<p>Kaksi perusterveydenhuollon toimipaikkaa, potilaat (=52). 12 kuukauden seuranta-aika. Potilaan todennettuihin tarpeisiin ja tiedontasoon perustuva yksilöohjaus 12 viikon ajan, jonka jälkeen yksilöllinen seurantaohjelma loppuseurannan ajaksi.</p>	<p>Terveydenlukutaidon merkitys potilaan omahoidon hallinnassa ja hoitoon sitoutumisessa on merkittävä. Yksilöity omahoitosuunnitelma lisäsi potilaiden osallistumista päätöksentekoon terveydenhuoltohenkilöstön rinnalla ja vahvisti potilaiden omahoidon hallintaa arkipäivän elämässä.</p>

<p><b>Kurikkala ym. 2015</b> <b>Suomi</b></p> <p>Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus</p> <p>Hoitotiede 27 (1), 3–17.</p> <p>Medic</p>	<p>Tarkoituksena kuvata hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutettuja interventioita niiden vaikutuksia pitkäaikaisesti sairaisiin ikääntyneisiin.</p>	<p>Integroitu kirjallisuuskatsaus.</p> <p>Aineisto kerättiin Medline-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista sekä manuaalisella haulla vuosilta 2003-2013.</p> <p>Kirjallisuuskatsaukseen valittiin (=9) tutkimusta.</p>	<p>Ikääntyneiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot jakautuivat yksilö- ja ryhmäohjausinterventioihin ja teknologiapainotteisiin interventioihin. Yksilö- ja ryhmäohjausinterventiot perustuivat ikääntyneen henkilökohtaiseen ohjaukseen. Ohjausmenetelminä käytettiin motivoivaa haastattelua, vertaisohjattuja ryhmäkeskusteluja ja kuntoutusohjelmaa. Teknologiapainotteiset interventiot sisälsivät ohjauksen lisäksi puhelinseurannan, tietokoneohjelman tai internetyhteyden. Ikääntyneiden hoitoon sitoutumiseksi toteutetut interventiot vaikuttivat myönteisesti hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon sitoutuminen edisti ikääntyneen elämänlaatua, tietoa sairaudesta, minäpystyvyyttä, muutoshalukkuutta ja henkilökohtaisia voimavaroja.</p>
<p><b>Campbell &amp; Duddle 2010</b> <b>Australia</b></p> <p>Health literacy in chronic kidney disease education Renal Society of Australasia Journal 6 (1), 26-31. <b>Cinahl</b></p>	<p>Tuoda esille terveydenlukutaidon merkitys munuaispotilaiden omahoidon toteutuksessa ja potilasohjauksen kehittämisessä</p>	<p>Tieteellinen artikkeli</p>	<p>Potilaan terveydenlukutaidon tason ja ohjaustarpeiden yksilöllinen määrittäminen on olennaista kroonisen sairauden omahoidon ja palvelujen kehittämisessä. Terveydenlukutaidon määrittämiseen on olemassa testejä (REALM, S-TOFLA ja NVS9).</p>
<p><b>Heikkinen 2011</b> <b>Suomi</b></p> <p>Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Orthopaedic Surgery Patients</p> <p>Medic</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää tiedollista voimavaraistumista tukeva Internet-perustainen potilasohjausohjelma sekä arvioida sitä.</p>	<p>Väitöskirja. Kaksivaiheinen tutkimus. Ensimmäisessä vaiheessa päiväkirurgiset ortopediset potilaat (n=120), joiden tiedon odotuksia ja välitettyä tietoa tarkasteltiin (ennen ja jälkeen testaus). Ensimmäisen vaiheen tuloksien ja aikaisemman voimavaraistumista koskevan tiedon perusteella luotiin sisältö tiedollista voimavaraistumista tukevalle Internet-perustai-</p>	<p>Kehitettyä tiedollisesti voimavaraistumista tukevaa Internet-pohjaista potilasohjausmenetelmää voidaan suositella vaihtoehtoiseksi menetelmäksi sairaanhoitajan antamalle ohjaukselle käytettäväksi ortopediseen päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevalle potilaalle. Potilaille on hyvät mahdollisuudet tiedollisesti voimavaraistua sen avulla. Vaikka potilaat kokivat internet-ohjauksen osittain heikommin hyväksyttäväksi kuin sairaan-</p>



		<p>selle ohjaukselle. Sisältö rakentui kuu- desta voimavaraistavan tiedon osa- alueesta.</p> <p>Toisessa vaiheessa koe-kontrolliryhmä. Koeryhmä (n=72) internet-perustainen ryhmä ja kontrolliryhmä (n=75) sairaan- hoitajan välittämä ohjaus.</p> <p>Strukturoidut mittarit. Tilastollinen analyysi.</p>	<p>hoitajan ohjauksen, käyttivät potilaat net- tisivustoa ongelmitta ja arvioivat sen hyödylliseksi. Internet-perustaiseen oh- jaukseen osallistuneiden potilaiden tie- don taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät ohjauksen jälkeen enemmän kuin sairaanhoitajan välittämään potilas- ohjaukseen osallistuneiden potilaiden tie- dot. Ohjausmuodolla ei ollut vaikutusta hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin eikä potilaiden kokemien tunteiden ja oi- reiden voimakkuuteen. Kustannuksista organisaatiolle voitiin kuitenkin puolittaa sairaanhoitajan ohjaukseen käyttämä aika Internet-perustaisen ohjauksen avulla.</p>
<p><b>Rankinen ym. 2007</b> <b>Suomi</b></p> <p>Expectations and received knowledge by surgical patients. International Journal for Quality in Health Care 19 (2), 113- 119.</p> <p><b>Manuaalinen haku</b></p>	<p>Kuvailla ja vertailla kirurgisten potilai- den tiedollisia odotuksia ja tiedonsaantia sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Kyselytutkimus. Kaksi kyselylomaketta: Hospital Pa- tients` Knowledge Expectations ja Hos- pital Patients` Received Knowledge.</p> <p>Kirurgiset potilaat (=237).</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Potilaat kokivat saaneensa vähemmän tietoa kuin olivat odottaneet kaikilta tie- dontarpeen osa-alueilta (bio-fysiologi- nen, toiminnallinen, kokemuksellinen, eettinen, sosiaalinen ja ekonominen). Ikä, sukupuoli ja koulutustaso olivat yhtey- dessä tiedollisiin odotuksiin ja tiedon- saannin arvioihin. Erityisesti nuoremmat potilaat, naiset ja korkeammin koulutetut pitää huomioida ohjaustarpeiden ja -odo- tusten arvioinnissa. Tulosten perusteella olisi tärkeää räätälöidä potilaan ohjaus mahdollisimman yksilöllisesti potilaan tiedontarpeiden mukaan.</p>
<p><b>Ryhänen 2012</b> <b>Suomi</b></p> <p>Internet-based breast cancer patient`s pathway as an empowering patient edu- cational tool.</p>	<p>Tarkastella rintasyöpäpotilaanpolku-oh- jelman vaikuttavuutta potilaan tiedollisen voimavaraistumisen potilasohjausväli- neenä.</p>	<p>Väitöskirja. Kolmivaiheinen tutkimus: 1)systemoitu kirjallisuuskatsaus aiempien internet- pohjaisten potilasohjelmien ja niiden vai- kuttavuuden selvittämiseksi, 2)RSPP-oh- jelman käytettävyyttä ja sisältöä arvioi- tiin delfi-tutkimuksella 3)tutkimusase-</p>	<p>Internet voi olla tehokas potilasohjausvä- line tiedon lisäämiseksi ja RSSP-ohjelma sopii potilasohjausvälineeksi muiden oh- jausmenetelmien tukena. Koeryhmässä tiedollinen voimavaraistuneisuus korre- loi tilastollisesti selvästi elämänlaadun ja ahdistuksen kanssa. Koeryhmässä rinta- syöpään liittyvän tiedon taso oli selvästi korkeampi hoidon päättymisen jälkeen</p>

Medic		telma pilotoitiin (=10) ja rintasyöpäpotilaat satunnaistettiin koe-ryhmä (=50) ja kontrolliryhmä (=48).  RCT-tutkimus	kuin kontrolliryhmässä. Tulokset tukevat teoriaa voimavaraistumisen prosessista, mikä edellyttää potilaalta tietoisuutta tiedollisista odotuksistaan ja niiden täyttymisestä.
<b>Lunnela 2011 Suomi</b>  Internet-perustaisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumiseen.  Medic	Selvittää internetperustaisen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumiseen.	Väitöskirja. Kolmivaiheinen tutkimus. Koeryhmä (n=32) tehostettu ohjaus ja sosiaalinen tuki sähköpostilla , kontrolliryhmä (=51) normaali ohjaus ja sosiaalinen tuki käyntien yhteydessä. Komplianssimittari ACIDI molemmilla ryhmillä: lähtötilanne, 2 kk ja 6 kk kohdalla. Tilastollinen analyysi.	Hyvin hoitoonsa sitoutuneet kuvasivat saaneensa ohjausta ja tukea hoitohenkilöstöltä ja läheisiltään. Keskeistä ohjauksessa olivat oikea sisältö, ajoitus ja ohjausmenetelmät. Potilaiden hoitoon sitoutuminen edistyi tehostetun ohjaus- ja tuki-intervention aikana sekä koe- että kontrolliryhmässä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut.
<b>Kaakinen 2013 Suomi</b>  Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa.  Medic	Kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden ohjauksen laatua sairaalassa	Väitöskirja Nelivaiheinen tutkimus: integroitu kirjallisuuskatsaus, kyselylomake ja potilasasiakirjat.  Ohjauksen laatu – kyselylomake: pitkäaikaissairaat (n=106). Potilasasiakirjat (n=150).  Tilastollinen analyysi. Deduktiivi-induktiivinen sisällönanalyysi potilasasiakirjoista.	Ohjaus oli sisällöllisesti riittävää, mutta sosiaalinen tuki ja tutkimustulosten ohjaus heikkoa. Potilaslähtöisyydessä ja sairauden ennusteen ohjauksessa oli parannettavaa. Ohjauksen hyötyjä potilaille olivat vaikutus asenteisiin ja sairauden hoitoon. Ohjaus sairauden aiheuttamista tunteista oli vähäistä. Ohjaus oli sairauden hoidon ja arkielämän tukea. Potilaat kuvasivat sairauden hyötyjä itsehoidon osaamisena ja sairauden oireiden hallintana.
<b>Naukkariinen E-L 2008 Suomi</b>  Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa – Kyselytutkimus potilaille ja hoitavalle henkilöstölle  Medic	Kuvata ja selittää täysi-ikäisten potilaiden itsemääräämisen ja sen edellytysten (tärkeys, halukkuus , tieto, tuki) toteutumista hoitoketjun aikana terveyskeskuksen vastaanotoilla ja kirurgian ajanvapauspoliklinikoilla.	Väitöskirja. Kyselytutkimus. Muokattu kyselylomake Välimäen (1998) psykiatristen potilaiden itsemääräämiseen kehitetystä mittarista.  Viiden keskussairaalan kirurgian poliklinikan potilaat ja henkilökunta. Potilaat (n=502 ) terveyskeskuksen vastaanotolla saadessaan lähetteen kirurgian	Potilaat arvioivat itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuvan paremmin kirurgian poliklinikalla kuin terveyskeskuvastaanotolla. Itsemäärääminen oli erittäin tärkeää sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan mielestä. Potilaat olivat erittäin halukkaita itsemääräämiseen. Vähiten potilailla oli tietoa hoitoonsa liittyvistä riskeistä ja ennusteesta. Potilaat osallistuivat eniten ilmaisemalla näkemyksiään hoidosta ja antamalla luvan toimenpiteisiin. Vain puolet potilaista arvioi

		<p>poliklinikalle ja ollessaan asiakkaana kirurgian poliklinikalla sekä hoitohenkilökunta (n=87) kirurgian poliklinikalla.</p> <p>Tilastolliset menetelmät ja sisällönanalyysi.</p>	<p>saaneensa tukea itsemääräämiseen. Hoitohenkilökunta arvioi potilaiden halukkuuden osallistua hoitoon ja tiedon hoitoa koskevista asioista vähäisemmäksi kuin potilaat. Koko hoitoketjun ajan ilmeni puutteita potilaiden hoidon riskeihin, vaihtoehtoihin, ennusteeseen ja jatkohoitoon liittyvässä tiedon saannissa.</p>
<p><b>Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa &amp; Johansson 2010</b></p> <p>Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus.</p> <p>Tutkiva Hoitotyö 8 (1), 4-11.</p> <p><b>Medic</b></p>	<p>Kuvata voimavaraistumista tukevan polikliinisen ohjauksen toteutumista avannepotilaiden ja avannehoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Teemahaastattelut ja seurantalomakkeet. Yhden yliopistosairaalan kirurgian poliklinikka.</p> <p>Preoperatiiviset potilashaastattelut (n=10) ja postoperatiiviset potilashaastattelut (n=5). Hoitajien (n=6) ohjaustilanteissa dokumentoimat seurantalomakkeet (n=60).</p> <p>Deduktiivinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Biofysiologinen ja toiminnallinen tieto korostuivat ohjaustilanteissa sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Kokeemuksellisen tiedon, esimerkiksi tunteiden, käsittely jäi vähäiseksi. Eettistä osaluuetta ei käsitelty ohjauksessa ollenkaan.</p>

***Arvoisa munuaispoliklinikan potilas!***

Satakunnan sairaanhoitopiirissä kehitetään potilasohjausta. Teiltä saatu palaute on ensiarvoisen tärkeä, kun kehitämme munuaispoliklinikan potilaiden ohjausta. Olemme kiinnostuneita siitä, **millaisena koitte munuaispoliklinikkakäynnin ja ohjauksen.** Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu noin 20 minuuttia. **Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.**

Vastatkaa jokaiseen kysymykseen rastittamalla tai ympyröimällä omaa mielipidettänne tai kokemustanne parhaiten kuvaava väittämä. Mikäli teille tulee kysyttävää lomakkeen täyttämisestä, voitte käännyä munuaispoliklinikan sairaanhoitajan puoleen. Täytettyänne lomakkeen, laittakaa se teille annettuun kirjekuoreen. Palauttakaa kirje suljettuna munuaisehoitajan huoneen ulkopuolella olevaan vihreään, lukolliseen postilaatikkoon. Teillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta kyselyyn tai keskeyttää kyselyyn vastaaminen. **Tutkimuksesta kieltäytymisen ei vaikuta munuaispoliklinikalla saamaanne hoitoon.** Vastaamalla oheiseen lomakkeeseen, annatte suostumuksenne tutkimukseen osallistumiselle.

Vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti ja niin, ettei henkilöllisyytenne tule esiin missään vaiheessa. Kyselyn tietoja käytetään munuaispotilaiden ohjauksen kehittämiseen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa paikassa ja tutkimuksen päätyttyä se hävitetään asianmukaisesti. Tulokset raportoidaan ylemmän ammattikorkeakoulututkintoni opinnäytetyössä keväällä 2017 ja julkaistaan Theseus - tietokannassa. Tutkimustuloksia voidaan käyttää potilasohjausta käsittelevissä julkaisuissa.

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja tämä kysely on osa opinnäytetyötäni, jonka tarkoitus on kehittää munuaispotilaiden ohjausta ja sen sisältöä Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyötäni ohjaavat Satakunnan ammattikorkeakoulusta yliopettaja Eila Hirvonen ja Satakunnan sairaanhoitopiiristä kehittämisylivoitaja Marita Koivunen.

Ajastanne ja vastauksistanne kiittäen

Marjo Pentti

Sairaanhoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, puhelin xxx xxxxxxxx

Ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija, Satakunnan ammattikorkeakoulu

Alkuperäinen ohjauksen laatua arvioiva potilasmittari © Kääriäinen 2007.

## SAIRAAHOITAJAN SUOSTUMUSLOMAKE

MUNUAISPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN SATAKUNNAN SAIRAAHOITOPUIRISSÄ - tutkimus

Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa Marjo Pentin ”MUNUAISPOTILAAN OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN SATAKUNNAN SAIRAAHOITOPUIRISSÄ”- tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, toteutuksesta ja eettisten näkökohtien huomioimisesta.

Ymmärrän tutkimuksen merkityksen ja suostun jakamaan kyselylomakkeet, ohjeistamaan potilaita lomakkeen täytössä ja siirtämään täytetyt lomakkeet postilaatikosta lukuun kaappiin.

Annan suostumukseni toimia munuaispotilaiden ohjaukseen liittyvän aineiston keräämisessä, potilaiden informoinnissa ja tutkimusaineiston asianmukaisessa säilyttämisessä.

---

sairaanhoitajan nimi

---

nimen selvennys

---

päivämäärä

## Munuaispotilaan omahoitolomake

Pyydämme sinua syventymään hetkeksi omahoitoosi. Täyttämällä tämän lomakkeen voit valmistautua munuaispoliklinikan vastaanottokäyntiin ja terveys- ja hoitosuunnitelmasi tekoon. Ota täytetty lomake mukaasi vastaanotolle. Vastaanottokäynnillä teemme vastaustesi ja keskustelun pohjalta yhdessä yksilöllisen hoitosuunnitelman, johon kirjaamme sinun tarpeesi ja tavoitteesi oman terveytesi suhteen sekä sovimme hoidosta, sen seurannasta ja hoidon toteutumiseksi tarvitsemasi tuesta. Vastaanottokäynnin jälkeen tämä lomake jää sinulle omahoitosi toteuttamisen tueksi.

Otathan vastaanotolle mukaan

- verenpaineen kotiseurantakortti
- verensokereiden kotiseurantakortti
- painon seurantatiedot



Nimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Lomakkeen täyttöpäivämäärä: \_\_\_\_\_

1. Kuinka voin? Oma arvio voinnistani

2. Mitä sairastan?

3. Oma arvioni omahoitoon kuuluvien asioiden tilasta tällä hetkellä:

	Tähän olen tyytyväinen	Tähän toivon muutosta	Tätä jään vielä pohtimaan
Arjessa pärjääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uni ja lepo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harrastukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syöminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suun terveys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveyden ja sairauden omaseuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päihteet, alkoholi, tupakka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perhe, läheiset, ystävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielen hyvinvointi ja jaksaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Mitä asioita teen tällä hetkellä omahoidossani?

5. Millaista tukea toivon ja keneltä tai mistä?

6. Mistä asioista haluan keskustella vastaanotolla?

7. Allergiat (esimerkiksi lääke- tai varjoaineallergia):

Omahoito on sinun ja terveydenhuollon asiantuntijoiden yhteistyötä tilanteesi ja tarpeidesi mukaan. Sinä olet oman elämäsi asiantuntija. Tuo rohkeasti esille omat mielipiteesi hoitosi suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa ja päätöksenteossa.

Munuaispoliklinikan sairaanhoitaja ohjaa sinua omahoidon toteutuksessa. Häneltä voit kysyä ohjeita ja neuvoja kaikissa sinua askarruttavissa asioissa.

Munuaispoliklinikan sairaanhoitajan tavoitat parhaiten maanantaista torstaihin kello 8 – 15 puhelin 02 627 7994 tai 044 707 7994.



## **Omahoitosi tukena olevat terveydenhuollon asiantuntijat:**

Munuaislääkäri	munuaissairauden hoito ja seuranta
Munuaishoitaja	munuaispotilaan omahoidon ohjaus
Diabeteshoitaja	diabeteksen omahoidon ohjaus
Ravitsemusterapeutti	ruokavaliomuutoksiin liittyvät asiat
Jalkaterapeutti	jalkahaavat ja muut jalkaongelmat
Sosiaalityöntekijä	taloudelliset asiat, sosiaaliturva ja etuudet
Psykiatrinen sairaanhoitaja	elämäntilanteen muutokset ja jaksaminen

## **Omahoitoasi tukevat internet-sivut:**

Omakannasta voit tarkistaa terveystietosi ja sähköiset reseptisi.  
[www.omakanta.fi](http://www.omakanta.fi)

Satakunnan sairaanhoitopiirin sivuilta löydät tietoa sairaanhoitopiirin palveluista ja voit antaa palautetta hoidosta, ohjauksesta sekä palveluista. [www.satshp.fi](http://www.satshp.fi)

Munuais- ja maksaliiton sivuilta löydät monipuolista tietoa omahoitosi tueksi. [www.muma.fi](http://www.muma.fi)



# TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA



## MONIAMMATILLISELLE TIIMILLE SUUNNATTU

## Osallisuutta Vahvistavan Potilasohjausmallin Arviointilomake

Tässä lomakkeessa on viisi väittämää munuaispotilaan osallisuutta vahvistavan ohjausmallin arvioimiseksi. Valitse janalta mielestäsi ohjausmallin sisältöä parhaiten kuvaava kouluarvosana ja ympyröi janalta kohta, jonka arvioit parhaiten vastaavan käsitystäsi ohjausmallin osallisuutta vahvistavasta tasosta.

Potilasohjausmallin arviointiasteikon kouluarvosanojen merkitykset:

- 4 Ohjausmallin sisältö heikko
- 5 Ohjausmallin sisältö välttävä
- 6 Ohjausmallin sisältö kohtalainen
- 7 Ohjausmallin sisältö tyydyttävä
- 8 Ohjausmallin sisältö hyvä
- 9 Ohjausmallin sisältö kiitettävä
- 10 Ohjausmallin sisältö erinomainen

## 1. Tieto-osallisuus

Ohjausmalli sisältää sellaista tietoa, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää potilaan osallisuutta vahvistavan ohjauksen toteutuksessa.

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

## 2. Suunnitteluosallisuus

Ohjausmalli tuo esille menetelmät, joita käyttämällä mahdollistetaan potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa.

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

## 3. Toimintaosallisuus

Ohjausmalli tuo esille menetelmät, joilla mahdollistetaan potilaan osallistuminen oman hoidon käytännön toteutukseen.

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

## 4. Päätösosallisuus

Ohjausmalli tuo esille sen, millä tavoin potilas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa liittyvään käytännön toteutukseen ja päätöksentekoon.

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

## 5. Arviointiosallisuus

Ohjausmalli tuo esille potilaan mahdollisuuden ohjauksen, toiminnan ja palvelun arviointiin ja kehittämiseen sekä ohjaa arvioinnin antoon toiminnan kehittämiseksi.

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

Arviointilomakkeen pohjana on käytetty Rouvinen-Wilenius ja Koskinen-Ollonqvist (2011, 89–91) potilaan osallisuuden arviointiin suunniteltua kyselylomaketta.

