



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Kotona tapahtuvaan asentohoitoon sitoutuminen verkkokalvokirurgisen potilaan kokemana

---

Aho, Päivi

Latva-Mäenpää, Jaana

2013 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Kotona tapahtuvaan asentohoitoon sitoutuminen verkkokalvokirurgisen potilaan kokemana

Päivi Aho  
Jaana Latva-Mäenpää  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2013

Päivi Aho, Jaana Latva-Mäenpää

**Kotona tapahtuvaan asentohoitoon sitoutuminen verkkokalvokirurgisen potilaan kokemana**

Vuosi

2013

Sivumäärä

65

---

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata asentohoitoa vaativien verkkokalvokirurgisten potilaiden käsityksiä sitoutumisestaan postoperatiiviseen asentohoitoonsa kotona sekä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää verkkokalvokirurgisten potilaiden potilasohjausta kotona tapahtuvaan asentohoitoon sekä tukea potilaita hoitoon sitoutumisessa.

Verkkokalvoleikkauksissa silmä täytetään usein kaasulla, joka tukee verkkokalvoa paikalleen sisältäpäin. Tästä toimenpiteestä johtuen potilas joutuu leikkauksen jälkeen toteuttamaan asentohoitoa kotona. Asentohoito on ajoittain vaativaa ja edellyttää potilaan oman sitoutumisen lisäksi laadukasta potilasohjausta. Opinnäytetyön toivotaan antavan erilaisia näkökulmia verkkokalvokirurgisten potilaiden ohjaukseen.

Työ toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena empiirisenä tutkimuksena, jonka aineisto tuotettiin teemahaastattelumenetelmällä yksilöhaastatteluina ja analysoitiin induktiivisella sisälönanalysillä. Työtä varten haastateltiin yhdeksää verkkokalvokirurgista potilasta lokamarraskuussa 2012 leikkauksen jälkeisen kontrollikäynnin yhteydessä Hyksin silmäkorvasairaalan verkkokalvokirurgisessa yksikössä. Haastattelun teemat muodostettiin teoria-tiedon sekä tutkimuskysymysten perusteella. Analyysivaiheessa aineisto jaettiin tutkimuskysymyksittäin ja jokaisen tutkimuskysymyksen alla aineisto käsiteltiin teemoittain.

Pelko näön menettämisestä sekä pelko uusintaleikkauksesta sai verkkokalvokirurgiset potilaat toteuttamaan asentohoitoa. Erilaiset toiminnalliset aktiviteetit sekä säännöllisen päivärytmin luominen auttoivat potilaita toteuttamaan asentohoitoa. Omalla asennoitumisella potilaat pystyivät vaikuttamaan asentohoidon toteutumiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Asentohoidosta aiheutuneet fyysiset ongelmat ilmenivät lievästä epämukavuuden tunteesta voimakkaisiin särkytiloihin ja uniongelmiin. Psykkiset ongelmat olivat erilaisia pelkoja ja huolta paikallaan olon seurauksista. Omaisilta ja ystäviltä sekä hoitohenkilökunnalta saatuun tukeen potilaat olivat yleisesti tyytyväisiä. Lääkäriltä potilaat eivät kokeneet aina saaneensa riittävästi tukea. Asentohoito-ohjausta potilaat saivat pääasiassa leikkauksen jälkeen hoitohenkilökunnalta. Jonkin verran potilaat saivat myös kirjallista ja audiovisuaalista ohjausta. Tiedon saanti koettiin pääasiassa riittäväksi. Parasta mahdollista potilasohjausta tulosten mukaan on konkreettinen, tarkka ja informatiivinen ohjaus hyvässä vuorovaikutuksessa, jota täydentää selkeä kirjallinen ja audiovisuaalinen materiaali.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää verkkokalvokirurgisten potilaiden hoitotyössä verkkokalvokirurgisessa yksikössä, kehitettäessä uusia verkkokalvokirurgisten potilaiden ohjausmenetelmiä sekä tuettaessa potilaita hoitoonsa sitoutumisessa.

Asiasanat: Hoitoon sitoutuminen, asentohoito, verkkokalvokirurginen potilas, potilasohjaus

Aho Päivi, Latva-Mäenpää Jaana

**Commitment to posturing at home after retinal surgery – patients' point of view**

Year	2013	Pages	65
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis is to discuss how patients feel about the commitment to post-operative head positioning at home after retinal surgery and the different factors that affect this commitment. The aim is to produce information that can be used to develop patient information instructions on posturing at home after retinal surgery and to help patients commit to maintain a specific head position.

In retinal surgery the eye is often filled with gas that holds the retina in place. When gas has been used, the patient must maintain a specific head position at home after the surgery. This so called posturing is at times difficult and it is therefore important that the patient commits to it and receives good instructions on it. The authors hope that this thesis will offer different kinds of points of view on instructing a patient after retinal surgery.

This was a qualitative empirical study. The corpus was collected by conducting individual thematic interviews, and the corpus was analysed using inductive content analysis. Nine patients were interviewed in October and November 2012 when they visited Helsinki University Central Hospital's (HUCH) Eye and Ear Hospital's retinal surgery unit for a follow-up appointment after retinal surgery. The interview themes were chosen based on theoretical knowledge and the research questions. When the data was analysed, it was classified by the research questions, and within each research question, the data was analysed by themes.

The patients committed to posturing because they were afraid of vision loss and the need for a new surgery. Different activities and a regular daily rhythm helped patients maintain a specific head position. The patient's attitude helped maintain posturing and commit to it. Physical problems caused by posturing varied from mild discomfort to strong pains and sleep disorders. Psychological problems included fears and worries about what staying in one position may cause. Patients were generally pleased with the support from family and friends as well as from the medical staff. However, patients hoped for more support from the doctor. Instructions on posturing were mainly given by the medical staff after the surgery. The patients were also given some instructions in written and audiovisual form. Most patients felt they had received enough instructions. Based on this study, the best kinds of patient information instructions are concrete, exact and informative and given and explained individually to the patient and complemented with clear written and audiovisual material.

The findings of this thesis can be used in treating patients at the retinal surgery unit, in developing new ways of instructing patients after retinal surgery and in supporting patients in committing to posturing.

Keywords: commitment to treatment, posturing, retinal surgery, patient instructions

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.....	7
2.1	Hoitoon sitoutumisen käsite.....	7
2.2	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	8
2.3	Huono hoitoon sitoutuminen .....	11
2.4	Ohjauksen vaikutus hoitoon sitoutumiseen.....	12
2.5	Hoitoon sitoutumisen arviointi.....	16
2.6	Silmän verkkokalvon sairaudet.....	17
2.7	Verkkokalvopotilaiden postoperatiivinen asentohoito ja siihen sitoutuminen	18
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	22
4	Opinnäytetyön empiirinen toteutus.....	22
4.1	Tutkimusympäristön sekä tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus .....	23
4.2	Aineistonkeruumenetelmän valinta ja kuvaus .....	25
4.3	Aineiston analyysi .....	26
4.4	Opinnäytetyön eettisyys .....	27
5	Opinnäytetyön tulokset .....	28
5.1	Hoitoon sitoutumiseen sisältyvät potilaaseen liittyvät tekijät.....	28
5.2	Hoitoon sitoutumiseen sisältyvät tukeen liittyvät tekijät.....	34
5.3	Hoitoon sitoutumiseen sisältyvät ohjaukseen liittyvät tekijät .....	39
6	Pohdinta .....	45
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua .....	46
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	49
6.3	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset .....	50
	Lähteet .....	52
	Liitteet.....	57

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää asentohoitoa vaativien verkkokalvokirurgisten potilaiden sitoutumista postoperatiiviseen asentohoitoonsa kotona sekä asentohoitoon yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on kerätä potilaiden kokemuksia asentohoidon toteutumisesta kotona ja samalla tuottaa tietoa henkilökunnalle, jonka avulla heidän on mahdollista kehittää kotona tapahtuvan asentohoidon potilasohjausta. Potilaiden hoitoon sitoutumista on tutkittu jonkin verran, mutta verkkokalvoleikkauksessa olleiden potilaiden asentohoitoon sitoutumista on tutkittu vain vähän.

Tärkein potilaiden hoidon onnistumista määräävä tekijä on hoitoon sitoutuminen. Huono hoitoon sitoutuminen vähentää hoidosta saatavaa hyötyä ja heikentää koko terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuutta. Mahdollisuudet potilaiden terveyden ja elämänlaadun parantamiseen rajoittuvat hoidon laiminlyömisestä. Hoidon laiminlyöntiä esiintyy silloin, kun potilaiden pitää selviytyä hoitoon liittyvistä vaatimuksista. Hoitoon liittyvät vaatimukset edellyttävät potilailta usein uusien käyttäytymistapojen opettelua, päivittäisten rutiinien muuttamista, epä mukavuuden sietämistä samalla, kun hänen tulee selviytyä elämän muista vaatimuksista. (WHO 2003: 145.)

Verkkokalvon irtaamia on leikattu onnistuneesti noin kahdenkymmenen vuoden ajan ja siitä lähtien sekä toiminnalliset että anatomiset hoitotulokset ovat kehittyneet. Kaasun käyttö leikkauksissa on edellyttänyt leikkauksen jälkeistä asentohoitoa. Asentohoitoon sitoutumisen leikkauksen jälkeen on uskottu olevan erittäin tärkeä tekijä onnistuneen lopputuloksen saavuttamisessa. Monet, erityisesti ikääntyneet, potilaat ovat kokeneet asentohoidon vaikeaksi toteuttaa. Asentohoitoon sitoutumisen objektiivinen arviointi on vaikeaa. (Verna, Jalabi, Watts & Naylor 2002: 701.)

Asentohoitoa vaativia verkkokalvoleikkauksia tehdään Helsingin yliopistollisen keskussairaalan, Hyksin, silmä-korvasairaalan verkkokalvokirurgisessa yksikössä, osastolla S7. Tässä työssä verkkokalvokirurgisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, jolle on tehty asentohoitoa vaativa verkkokalvoa korjaava leikkaus. Leikkaukseen joutuva potilas on usein ahdistunut ja hän pelkää sokeutumista. Hoitajan tulee antaa potilaalle riittävästi aikaa kertoa peloistaan ja kerata saamaansa informaatiota. Potilaan tulee harjoitella asentohoitoa kotonaan jo ennen leikkaushoitoa, millä varmistetaan jälkihoidon onnistuminen. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005.) Osastolla on usein mietitty sitä, miten potilaat selviytyvät asentohoidon toteuttamisesta kotona. Asentohoidon ohjaustapoja on useita, koska jokainen hoitaja ohjaa omalla persoonallaan eikä yhtenäistä ohjetta potilasohjaukseen ole. Myös ohjauksen ajankohdan ja laadun vaikutusta hoitoon sitoutumiseen on pohdittu. Asentohoidon noudattaminen on välttämätöntä leikkauksen onnistumisen kannalta. Näistä osaston pohdinnoista lähti ajatus tutkia lähemmin

potilaiden selviytymistä kotona. Samalla saataisiin tärkeää tietoa leikkauksen jälkeisen asen-tohoidon ohjauksen kehittämiseen.

## 2 Hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä

Monet tekijät vaikeuttavat potilaan kykyä seurata hoito-ohjeita optimaalisesti. Tällaisia ovat esimerkiksi sosiaaliset ja taloudelliset tekijät, terveydenhuollon ja terveydenhoitotiimien rakenne, taudin ominaispiirre, taudin hoito ja potilaaseen liittyvät tekijät. Näihin tekijöihin liittyvät ongelmat tulee ratkaista, jos halutaan parantaa potilaiden sitoutumista hoitoonsa. Hoitoon sitoutumisen lisäämiseen tähtäävät toimenpiteet tulee suunnitella potilaan kokemuksen, sairauden aiheuttamien tarpeiden mukaan, koska mikään yksittäinen toimenpide ei ole tehokas kaikissa tilanteissa. (WHO 2003: 14.) Potilaiden tulee ymmärtää, mitä heidän hoidossaan tapahtuu ja heidän tulee saada jatkuvasti tietoa, jotta he tuntevat olonsa luottavaisiksi ja itsenäiseksi ja voivat olla sitoutuneita hoitoonsa (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos 2007: 319).

### 2.1 Hoitoon sitoutumisen käsite

Hoitoon sitoutumista on tutkittu ja sitä on määritelty 1950-luvulta lähtien, mutta suomen kieleen käsite on otettu käyttöön vasta vuonna 1984 ja se oli aluksi hyväksytty vain hoitotieteellisessä kirjallisuudessa. Nykyisin hoitoon sitoutumisen käsite on yleisesti käytössä terveydenhuollossa. Vastuun hoitoon sitoutumisesta katsottiin aikaisemmin olevan potilaalla, mutta nykyään vastuun katsotaan olevan koko terveydenhuollolla. Myös yhteiskunnasta ja ympäristöstä johtuvat tekijät on alettu ottaa huomioon. Käsitteen taustalla on käsitys jokaisesta ihmisestä arvokkaana, oppivana bio-psykososiaalis-hengellisenä yksilönä, joka on vastuussa omasta elämästään ja terveydestään. Vaikka hoitoon sitoutumisen käsite on alkujaan otettu käyttöön pitkäaikaisairauksien hoidossa, voidaan sitä soveltaa myös lyhytkestoiseen hoitoon, kuntoutukseen ja ehkäisevään terveydenhuoltoon. (Kyngäs & Hentinen 2009: 16, 18, 20.) Hoitoon sitoutumisen vaikutus potilaan hyvinvointiin ja terveydenhuollon resurssien käyttöön on suuri (Pitkälä & Savikko 2007: 501).

Terveydenhuollon tavoitteena on asiakkaan ja väestön terveys. Tämän tavoitteen saavuttamisessa keinona voidaan nähdä hoitoon sitoutuminen. (Kyngäs ym. 2009:21.) Hoitoon sitoutumista on määritelty monella eri tavalla. WHO:n määritelmän mukaan hoitoon sitoutumista on ”*se, kuinka henkilön käyttäytyminen - lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/ tai elämäntapojen muuttaminen - vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita*”. Hoitoon sitoutuminen ei ole sama asia kuin hoitomyöntyvyys. Hoitoon sitoutuessaan potilaalla on aktiivinen rooli sopiessaan hoidostaan yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa. Tämä edellyttää hyvää vuorovaikutussuhdetta potilaan ja terveyden-

huoltohenkilöstön välillä. (WHO 2003: 21-22.) Hoitoon sitoutuminen on siis potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen yhteisymmärrys hoidosta, joka on saavutettu neuvottelun tuloksena (Pitkälä ym. 2007: 501; Cohen 2009: 30). Englanninkielisessä kirjallisuudessa hoitoon sitoutumisesta on käytetty esimerkiksi termejä compliance, adherence, mutuality, concordance ja co-operation. Compliance on jäämässä pois käytöstä, koska sillä tarkoitetaan potilaan passiivista ohjeiden noudattamista. (Kyngäs ym. 2009: 18-19; Cohen 2009: 26; Bissonnette 2008; Williams 2010: 51.)

Kyngäs ja Hentinen (2009: 17) ovat määritelleet, että hoitoon sitoutuminen on ”*asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa*”. Tässä työssä hoitoon sitoutuminen ymmärretään myös tämän määritelmän mukaisesti. Verkkokalvokirurgisten potilaiden asentohoito vaatii potilaiden vastuunottoa hoidostaan, tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua ja ongelmien ratkaisua yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Se, mitä terveyden edellyttämällä tavalla tarkoittaa verkkokalvokirurgisilla potilailla, vaihtelee leikkaustavan ja silmän vamman mukaan.

## 2.2 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat useat erilaiset tekijät, jotka voidaan jakaa potilaasta johtuviin sekä potilaan ulkopuolisiin eli ympäristöstä johtuviin tekijöihin (Kyngäs ym. 2009: 26; WHO 2003: 45; Larsson ym. 2007). Usein siis potilaan käyttäytymiseen ja kykyyn sitoutua hoitoonsa vaikuttavat useat erilaiset tekijät eikä ainoastaan potilas itse ole vastuussa hoitonsa toteutumisesta (WHO 2003: 45).

**Potilaasta johtuvilla tekijöillä** lasten, nuorten sekä ikääntyneiden potilaiden kohdalla demografisilla tekijöillä eli iällä, sukupuolella ja koulutuksella saattaa olla vaikutusta hoitoon sitoutumiseen, kun taas työikäisten kohdalla näillä tekijöillä ei ole suoraa yhteyttä hoitoon sitoutumiseen (Kyngäs ym. 2009: 27). Nuorten ikäryhmissä 15 - 17 -vuotiaat olivat huomattavasti huonommin hoitoonsa sitoutuneita kuin 13 - 14-vuotiaat (Kyngäs 2005: 59). Glaukoomaa sairastavien naispotilaiden on todettu olevan miehiä paremmin hoitoonsa sitoutuneita. Parhaiten hoitoonsa sitoutuneita olivat 51 - 70-vuotiaat. (Lunnela, Kyngäs & Hupli 2006: 156.) Toisen tutkimuksen mukaan hyvin hoitoonsa sitoutuneita oli eniten ikäryhmässä 62 - 73 vuotta ja huonosti hoitoonsa sitoutuneita eniten oli ikäluokassa alle 61-vuotiaat. Sukupuolella ja iällä ei ollut kuitenkaan näissäkään tutkimuksissa tilastollisesti merkitsevää eroa hoitoon sitoutumisessa. (Lunnela 2011: 70.) Munuaissiirron saaneista potilaista naiset olivat paremmin hoidon jälkeiseen lääkehoitoonsa sitoutuneita kuin miehet (Denhaerynck, Steiger, Bock, Schäfer-Keller, Köfer, Thannberger & De Geest 2007). Potilaan ominaisuuksien, arvostusten ja käsitysten yhteydestä hoitoon sitoutumiseen on saatu ristiriitaista tietoa (Kyngäs ym. 2009: 27).



Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat vaikuttavat potilaan kykyyn hoitaa itseään. Mieliala on tärkeä tekijä hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs ym. 2009: 27; WHO 2003: 30.) Potilaat, jotka jaksavat hoitaa itseään hyvin, ovat hyvin hoitoonsa sitoutuneita (Lunnela ym. 2006: 156). Voimaantuminen on potilaan sisäinen valmius, joka lähtee potilaasta itsestään ja saa aikaan tunteen, että päätösvalta sairauteen sekä muihin elämän asioihin on hänellä itsellään. Voimaantuminen vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Voimaantunut ihminen tunnistaa terveysongelmasta paranemisessa tarvittavat voimavarat ja kykenee osallistumaan omaan hoitoonsa. (Tuorila 2009: 104-105.)

Motivaatio ohjaa toimintaa ja se nähdäänkin sitoutumiseen keskeisesti vaikuttavaksi tekijäksi (Kyngäs ym. 2009: 28). Motivaatiolla on yhteys hoitoon sitoutumiseen. Motivoituneet potilaat jaksavat hoitaa itseään hyvin. (Lunnela 2011: 71; Lunnela ym. 2006: 156.) Motivaation synnyn kannalta välttämätöntä on tiedon kautta synnytetty sairauden, tilanteen ja hoidon hyväksyminen (Kyngäs ym. 2009:29). Motivaatio tulee tahdosta, uskomuksista ja palkkioista suhteessa siihen, mitä toiminnan aloittaminen tai muuttaminen vaatii. Jotta asiakas voi aloittaa tai muuttaa omaa toimintaansa, tulee hänen tietoisesti tai tiedostamatta pohtia näitä asioita. (Routasalo, Savikko & Pitkälä 2005: 41.) Tiedon puute sekä puutteelliset ongelmanratkaisutaidot saattavat olla suuri este hoidon toteutumiseksi (Kyngäs ym. 2009: 29). Paljon tietoa terveydenhuoltohenkilöstöltä, kirjoista, lehdistä, sairaalan esitteistä tai internetistä saavat potilaat sitoutuvat hyvin hoitoonsa. Potilaat myös haluavat saada tietoa sairaudestaan. (Lunnela 2011: 70; Lunnela ym. 2006: 156; Stenman & Toijamo 2002: 22.) Kemin, Kääriäisen ja Kyngäksen (2009) tutkimuksessa osteoporoosia sairastavien hoitoon sitoutumisen todettiin olevan hyvä ennen osteoporoosia koskevan tiedon antoa ja laskevan hieman ohjausintervention jälkeen. Tiedon taso kuitenkin suuntaa antavasti lisääntyi interventioiden jälkeen ja tulokset antavat viitteitä siitä, että interventiot edistävät hoitoon sitoutumista. Rintasyövän ja kohdunkaulasyövän seulontoihin osallistumista tutkiessaan Ackerson ja Preston (2009) ovat todenneet, että hoitohenkilökunta helposti aliarvioi potilaiden tiedon tarpeen ja olettavat virheellisesti, että potilaat kysyvät, kun jotain tietoa tarvitsevat. Naisten sitoutumista tutkimuksiin voitaisiin parantaa antamalla heille tietoa tutkimuksista silloinkin, kun he eivät itse kysy.

Potilas kohtaa erilaisia sairautensa liittyviä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa paljonkin hoitoon sitoutumiseen. Oireiden voimakkuus, toimintaesteisyyden määrä, taudin vakavuus ja etenemisnopeus, tehokkaiden hoitojen saatavuus sekä lisäsairauksien pelko ovat tällaisia hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia asioita. Näiden merkitykseen vaikuttavat potilaan käsitys riskeistä ja hoito-ohjeiden noudattamisesta sekä hoitoon sitoutumisen tärkeydestä. Muut samanaikaiset sairaudet saattavat vaikuttaa voimakkaasti hoitoon sitoutumiseen, kuten myös monet hoitoon liittyvät tekijät. Tärkeimpiä hoitoon liittyviä tekijöitä ovat hoidon monimutkaisuus, hoidon kesto, aikaisemmat epäonnistumiset hoidossa, useat muutokset hoidossa, hyödyllisten

vaikutusten välittömyys sekä haittavaikutukset ja niistä selviämisen tukeminen. Kun hoidolla halutaan saavuttaa maksimaalinen vaikutus, tulee se suunnitella potilaan tarpeita vastaavaksi. (WHO 2003: 30.) Verenpainepotilailla suuri tekijä hoitoon sitoutumisessa on todettu olevan pelko sydäninfarktista (Lehane & McCarthy 2007).

Huono sosioekonominen asema, köyhyys, lukutaidottomuus, vähäinen koulutus, työttömyys, sosiaalisen tukiverkoston puute, epävakaa elämäntilanne, pitkät matkat hoitopaikkoihin, kalliit matkakulut, kalliit lääkkeet, muuttuvat ympäristöolosuhteet sekä perheen dysfunktio ovat tekijöitä, joilla on todettu olevan yhteys hoitoon sitoutumiseen (WHO 2003: 28). Lääke saateen esimerkiksi jättää hankkimatta sen kalliin hinnan vuoksi. Erityisesti näissä ryhmissä hoidon laiminlyöntiä tapahtuu, jos hoitoa ei ole perusteltu kunnolla asiakkaalle eikä siitä ole päätetty yhdessä hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2009: 32.) Ikääntyneiden verenpainepotilaiden, joilla on kallis lääkitys, on todettu olevan huonosti hoitoonsa sitoutuneita. Tutkimuksessa todettiin, että halvemmat lääkkeet parantavat potilaiden hoitoon sitoutumista ja siten alentavat verenpainetta. (Drawz, Bocirnea, Greer, Kim, Rader & Murray 2009.) Huono lääkehoitoon sitoutuminen vaikuttaa merkittävästi sekä sairastavuuteen että kuolleisuuteen (Kaufman & Birks 2009: 57). Nuorilla pitkäaikaissairailta liikunnan harrastamisella, alkoholin käytöllä ja tupakoinnilla on todettu olevan yhteyttä hoitoon sitoutumisessa siten, että mitä vähemmän he harrastivat liikuntaa, mitä enemmän käyttivät alkoholia ja tupakoivat, sitä huonommin he olivat hoitoonsa sitoutuneita (Kyngäs 2005: 59).

Hoitoonsa sitoutumiseen vaikuttavat myös monet potilaan ulkopuoliset tekijät eli **ympäristötekijät**. Terveystoimihenkilöstöltä saatu tuki on yhteydessä hoitoon sitoutumiseen (Cohen 2009: 30). Lunnelan ym. (2006) tutkimuksessa glaukoomapotilaista yli puolet, jotka saivat tukea lääkäriltä, olivat hyvin hoitoonsa sitoutuneita ja hoitajilta saadulla tuella ja hoitoon sitoutumisella oli erittäin merkitsevä yhteys. Watkinson (2010: 23) on myös todennut, että tärkeät asiat glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa ovat hyvä kommunikaatio, tehokas ohjaus sekä käytännön apu ja tuki terveydenhuoltohenkilöstöltä. Lunnelan (2011) tutkimuksessa hoitajilta ja lääkäriltä saatu tuki edisti hoitoon sitoutumista. Kun potilas kokee tulevaisuutta kuulluksi ja kokee saavansa tukea, hän sitoutuu paremmin hoitoonsa. Luottamuksellisuus suhteessa on tärkeää. Sillä on suuri vaikutus hoidon tuloksellisuuteen. (Pitkälä ym. 2007: 502; Van Hecke, Verhaeghe, Gryphonck, Beele, Flour & Defloor 2010.) Selvittämällä, miten hoito voidaan parhaiten toteuttaa asiakkaan omassa asuinympäristössä tai elämäntilanteessa, voidaan tukea hoitoon sitoutumista (Routasalo ym. 2005: 42).

Terveystoimien järjestelmiin liittyvillä tekijöillä saattaa olla myös negatiivisia vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi huonosti kehittyneet terveydenhuoltopalvelut, huono sairausvakuutusjärjestelmä, huonot lääkkeiden jakelujärjestelmät, hoitohenkilöstön puutteelliset tiedot tai koulutus sekä liiallinen työmäärä, puutteellinen kannus-

tus ja palaute, lyhyet konsultaatiot, järjestelmän kyvyttömyys kouluttaa potilaita ja järjestää seuranta, kyvyttömyys järjestää ympäristön tukea ja auttaa potilasta seuraamaan omaa hoitoaan, tiedon puute hoitoon sitoutumisen tärkeydestä ja hoidon parantamiseen tähtäävien interventioiden puute. (WHO 2003: 29.) Hoidon järjestelyt ovat osoittautuneet joissain tapauksissa jopa tärkeimmäksi hoitoon sitoutumista edistäväksi tekijäksi. Hoidon seuranta vaikuttaa tilanteeseen. Välitön palaute, varsinkin positiivinen palaute, edistää hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2009: 33.)

Perheenjäsenten, omaisten ja muiden läheisten henkilöiden tuella saattaa olla suuri merkitys hoitoon sitoutumisessa. Perheissä, joissa on kiinteät suhteet, vähän konflikteja ja hyvä perheen sisäinen kommunikaatio, pienentävät hoitoon liittyviä paineita ja parantavat hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2009: 34.) Perheeltä ja ystäviltä saatu tuki on yhteydessä hyvään hoitoon sitoutumiseen. Lunnelan ym. (2006) tutkimuksessa yli puolet hyvin hoitoonsa sitoutuneista sai tukea ystäviltään ja omaisiltaan. Tuki oli luonteeltaan kannustusta, kiinnostusta, hoidosta muistuttamista sekä motivointia. Tukea saavat sitoutuvat paremmin hoitoonsa kuin ne, jotka eivät tukea saa (Lunnela 2011: 69). Tämän suuntaisista tutkimustuloksista huolimatta Stenmanin ja Toijamon (2002) tutkimuksessa astmaa sairastavat aikuispotilaat eivät kokeneet tarpeelliseksi ottaa omaisiaan mukaan ohjaustilanteisiin. Myös vertaistuki edistää hoitoon sitoutumista monissa tapauksissa. Samassa tilanteessa olevan on helppo ymmärtää toisen elämäntilannetta. Vertaistuki pitää sisällään emotionaalista tukemista, mutta myös omiin kokemuksiin perustuvaa käytännönläheistä tietoa, joka helpottaa arkielämää. (Kyngäs 2009: 34.)

### 2.3 Huono hoitoon sitoutuminen

Hoidolla ja kuntoutuksella ei pystytä saavuttamaan parasta mahdollista hyötyä ellei potilas ole sitoutunut hoitoonsa. Heikko hoitoon sitoutuminen on yleistä. Eniten on tutkittu hoitomyöntyvyyttä lääkehoitoa kohtaan. Noin puolet ihmisistä sitoutuu lääkehoitoonsa. Lyhytaikaiseen lääkehoitoon sitoudutaan paremmin kuin pitkäaikaiseen lääkehoitoon. Elämäntapoihin sitoudutaan yleisesti vielä huonommin kuin lääkehoitoihin. Ennaltaehkäiseviin hoitoihin sitoutuminen on huonompaa kuin sairauksien hoitoon sitoutuminen. Sairauksien hoidossa huono sitoutuminen näkyy heti oireiden lisääntymisenä. Yksinkertaisiin hoitoihin sitoudutaan paremmin kuin monimutkaisiin hoitoihin. (Savikko & Pitkälä 2005: 9-10, 12.) Ulfvarsonin, Bardagen, Wredlingin, Von Bahrin ja Adamin tutkimuksessa tuli esiin, että potilaat, joilla oli useita lääkkeitä, sitoutuivat lääkehoitoonsa paremmin kuin ne, joilla oli vähän lääkkeitä. Tässä tutkimuksessa potilaista vain 30 % (n=200) oli hyvin lääkehoitoonsa sitoutuneita. Lehanen ja McCarthyn (2007) tutkimuksessa 80 % (n=73) verenpainepotilaista oli hyvin lääkehoitoonsa sitoutuneita, mutta monissa muissa tutkimuksissa verenpainepotilaista vain 30 - 50 % ovat lääkehoitoonsa sitoutuneita. Pitkäaikaissairauksien hoitoon sitoutuu 30 - 80 % asiakkaista. Tutkimusten erilaiset arviointimenetelmät ja erilaiset tutkitut asiakasryhmät aiheuttavat suuren

vaihtelun tuloksissa. (Kyngäs ym. 2009: 42; Cohen 2009: 25.) Lunnelan (2011) tutkimuksessa glaukoomapotilaista 58 % (n=249) oli hyvin sitoutuneita hoitoonsa. Tutkituista 70 % oli hyvin lääkehoitoonsa sitoutuneita. 99 % potilaista osoitti vastuullisuutta ja aktiivisuutta käymällä sovitusti lääkärillä ja 95 % jaksoi myös hyvin hoitaa itseään ja yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa oli hyvää. Osteoporoosia sairastavat olivat hyvin hoitoonsa sitoutuneita Kemin ym.(2009) tutkimuksessa. Pitkäaikaisesti sairaista nuorista hoitoonsa sitoutui hyvin 23 %, 60 % kohtalaisesti ja 17 % huonosti (n=1061) (Kyngäs 2005: 58).

Osittainen hoitoon sitoutuminen tai hoidon laiminlyönti kokonaan voi olla tarkoituksellista tai tiedostamatonta toimintaa. Kun potilas tekee tietoisin päätöksen olla sitoutumatta hoitoonsa, päätöksen taustalla saattaa olla useita asioita. Potilas voi pitää muita asioita tärkeämpänä kuin itsensä hoitamista. Päätöksen taustalla voi olla myös eettisiä tai uskonnollisia asioita. Potilas saattaa myös lopettaa tai muuttaa hoitoa sivuvaikutusten tai muitten haittojen vuoksi tai hän ei vaan luota hoitoon. Tarkoituksettomassa hoitoon sitoutumisessa on usein kyse siitä, että potilas ei ymmärrä hoidon merkitystä tai ei osaa toimia oikein. Tarkoituksettoman toiminnan taustalla on usein myös unohdus, joka liittyy erityisesti lääkehoitoon. (Kyngäs ym. 2009: 43-44.) Munuaissiirteen saaneilla potilailla yksi merkittävä hoitoon sitoutumattomuuden syy oli pelko lääkkeiden sivuvaikutuksista (Denhaerynck ym. 2007).

Elämäntapamuutoksiin, kuntoutukseen tai hoitoon sitoutuminen vaikuttaa asiakkaan hyvinvointiin ja terveydenhuollon resursseihin. Hoitoon sitoutuminen lisää hoidon turvallisuutta vähentämällä taudin uusiutumisesta aiheutuvia haittoja, lääkeriippuvuuden riskejä ja äkillisestä lopettamisesta aiheutuvia haittoja. Hoitoon sitoutuminen vähentää komplikaatioiden riskiä ja sairaalassa käyntejä. Hoitoon sitoutumalla voidaan lisätä elinvuosia. (Savikko ym. 2005: 12.)

#### 2.4 Ohjauksen vaikutus hoitoon sitoutumiseen

Ohjauksessa tavoitteena on edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksella tuetaan potilaan voimavaroja niin, että hänen aktiivisuutensa lisääntyisi ja hän kykenisi ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006: 1.) Ohjauksessa potilas nähdään aktiiviseksi ongelman ratkaisijaksi. Ohjaus voidaan nähdä potilaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, johon vaikuttavat heidän taustatekijänsä. Ohjaussuhde on vuorovaikutteinen tapahtuma. Jotta ohjaus on onnistunut, pitää selvittää taustatiedot. Pitää selvittää, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulee tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä se, miten hän parhaiten omaksuu asiat. Potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa se, että ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta. (Kyngäs ym. 2008: 25, 47; Cohen 2009.) Ohjauksessa voidaan potilaita tukea tavoitteellisesti tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti

(Kyngäs ym. 2009: 77). Tärkeää on siis, että jokainen potilas saa yksilöllistä ja oikeanlaista ohjausta (Kaukonen 2010: 76). Ohjaustilanteen vuorovaikutussuhde tulee olla luottamuksellinen, turvallinen ja empaattinen. Luottamuksellisen suhteen syntymiseen vaikuttavat esimerkiksi rehellisyys, johdonmukaisuus ja hoitajan luotettavuus. (Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola, Väänänen 2006: 16, 25) Hoitajan on osoitettava vilpitöntä kiinnostusta ja arvostusta potilaan asioita kohtaan. Potilas tarvitsee ymmärrystä ja rohkaisua. Potilaan ja hoitajan tulisi siis työskennellä yhdessä kohti yhteneviä tavoitteita ja odotuksia. Heidän molempien tulee uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2008: 48; Larsson ym. 2007: 316.)

Ohjauksessa motivointi on tärkeää. Motivointi perustuu empatian ilmaisemiseen, ristiriidan tuottamiseen, väittelyn välttämiseen, vastarinnan myötäilyyn ja pysyvyyden tunteeseen. Potilasta tulee rohkaista tutkimaan ja tutustumaan käyttäytymistä tai käyttäytymismuutoksia koskeviin käsityksiinsä, uskomuksiinsa ja asenteisiinsa. Ohjauksessa tulisi käsitellä nykyisen käyttäytymismallin ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa. (Kyngäs ym. 2008:49.)

Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen ja Virola (2006: 23-31) ovat perehtyneet vuorovaikutukseen ohjaussuhteessa. Tutkimuksessa pyrittiin luomaan kriteerit ja malli hyvästä vuorovaikutuksesta ohjaussuhteessa. Tutkimuksessa hoitajan persoonalla oli paljon merkitystä ohjaussuhteen onnistumiselle. Hoitaja voi omalla persoonallaan tukea tai heikentää vuorovaikutuksen onnistumista. Tutkimustulosten perusteella muodostettiin kriteerit hyvästä vuorovaikutuksesta ohjaustapahtumassa. Kriteerit on muodostettu hoitajan näkökulmasta. Hyvän vuorovaikutuksen kriteereiksi muodostuivat viestintä, fyysinen ympäristö ja ohjattava-hoitajasuhde. Keskinäinen kunnioitus ohjaussuhteessa näkyi hoitajan asiallisuutena ja ystävällisenä käyttäytymisenä. Hoitajalta edellytettiin huolellista valmistautumista ohjaustapahtumaan. Hyvässä ohjaussuhteessa hoitaja huomioi ohjattavan iän ja vastaanottokyvyn. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota ymmärrettävän kielen käyttämiseen. Sairaalaslangia ja turhia erikoissanoja tulisi välttää. Hoitajan pitäisi osoittaa kiinnostustaan katsekontaktilla ja harkituilla ilmeillä ja eleillä, myös asennolla ja olemuksella oli merkitystä. Hyvä viestintä ilmeni tutkimuksessa asian johdonmukaisena esittämisenä. Ohjaustilanteeseen tulisi valita mahdollisimman rauhallinen ja tarkoituksenmukainen tila, jossa häiriötekijät minimoidaan.

Laadukkaalla ohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti asiakkaan terveyteen ja toimintakykyyn, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, kotona selviytymiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon. Ohjauksella voidaan myös vähentää potilaan masentuneisuutta ja ahdistusta sekä yksinäisyyden tunnetta. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella yksilön tai yhteisön näkökulmasta. Yksilön näkökulmasta vaikuttavan ohjauksen tunnusmerkkejä ovat ohjauksen perustuminen potilaan omaan arviointiin, yhdessä potilaan kanssa asetetut tavoit-

teet, sopivien ratkaisuvaihtoehtojen etsiminen huolellisesti, ohjauksen sisältäminen sekä ohjauksellisia että lääketieteellisiä interventioita, erilaisten ohjausmenetelmien yhdistäminen, sosiaalisen tuen saaminen intervention asiantuntijoilta ja ulkopuolisilta jäseniltä, ohjauksen oleminen osa yksikön normaalia toimintaa sekä ohjauksen onnistumisen seuranta. (Kyngäs ym. 2008: 145-147.) Pyrittäessä edistämään hoitoon sitoutumista ohjauksella tulee aktiivisesti arvioida asioita, jotka vaikuttavat kunkin potilaan hoitoon sitoutumiseen ja näihin asioihin tulee pyrkiä tietoisesti vaikuttamaan (Kyngäs ym. 2009: 77).

Ohjattavan ja ohjaajan välisellä suhteella ja vuorovaikutuksella on merkittävä vaikutus oppimiseen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja on teoreettisen tiedon asiantuntija. (Kyngäs ym. 2009: 32-33.) Potilaan saama ohjaus on tärkeä tekijä hoitoon sitoutumisessa. Ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaiden asennoitumiseen ja vastuunottoon hoidosta sekä itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen 2007: 134.) Kaukosen (2010) tutkimuksen mukaan itsehoidosta selviytymiseen vaikuttavat muualta kuin hoitoyksiköstä saadut ohjeet ja neuvot sekä kokemus ohjauksen sisällöstä. Ohjaukseen tyytyväisistä glaukoomapotilaista puolet oli hyvin hoitoonsa sitoutuneita (Lunnela ym. 2006: 157). Kemin ym. (2009) tutkimus antoi viitteitä, että ohjaus edisti potilaiden hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutumisen edellytyksenä on, että potilas tietää, mihin hänen tulee sitoutua. Ohjaajan tulee tuntea potilaan arkipäivä ja kotiolo, jotta hän voi edistää potilaan hoitoon sitoutumista. Ohjaajan tulee rohkaista ja motivoida potilasta hoitamaan itseään sovitulla tavalla. Hoidolle tulee asettaa selkeät tavoitteet. (Kyngäs ym. 2009: 100.)

Yleisimmin potilaille annetaan suullista yksilöohjausta, jossa potilas ja hoitohenkilökunnan edustaja ovat vuorovaikutuksessa kasvokkain. Yksilöohjauksessa voidaan käyttää myös teknologiaa, esimerkiksi videota, apuna. Jonkin verran käytetään myös ryhmäohjausta, erityisesti samaa sairautta sairastaville tai jostain tietystä asiasta. Motivoiva haastattelu on keino, jonka avulla pyritään selvittämään potilaan motivaatio hoitoon sitoutumiseen ja siihen vaikuttavat keinot. Lähtökohtana on potilaan ja ohjaajan yhteistyö sekä luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde. Potilaalle annettavan kirjallisen materiaalin tarkoituksena on auttaa häntä hoitoonsa sitoutumisessa. Potilas voi palata kotona suullisessa ohjauksessa läpi käytyihin asioihin kirjallisen materiaalin avulla. Kirjallinen materiaali antaa oikeaa tietoa, joka helpottaa potilasta analysoimaan ja käsittelemään tilannettaan ja voi edistää hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2009: 110-115.)

Tutkittaessa iäkkäiden henkilöiden käsityksiä saamastaan potilasohjauksesta tutkimukseen osallistuneet olivat tyytyväisiä saamaansa ohjauksen laatuun, mutta ohjaustilan toivottiin olevan paremmin ohjaukseen sopiva. Potilasohjauksessa korostui henkilökohtainen ohjaus. Potilaat toivoivat yksilöllistä ohjausta, jolloin ohjaaja olisi tietoinen esimerkiksi potilaan huonosta kuulosta tai heikosta näkökyvystä. Potilaat toivoivat monipuolisia ohjausmenetelmiä,

esimerkiksi enemmän ryhmäohjausta sen antaman vertaistuen vuoksi. Ohjausvideoita potilaat olisivat toivoneet myös enemmän ja kirjallinen materiaali katsottiin hyödylliseksi. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Lunnelan (2011) tutkimuksessa ohjaus käsitti tiedon antamista sairaudesta, sen tutkimisesta ja hoitomuodoista, lääkähoidosta ja lääkkeiden mahdollisista komplikaatioista, lääkkeiden hinnoista ja Kela korvausasioista sekä ajankohtaista ja uutta tietoa sairaudesta. Potilaat saivat hyvin tietoa lääkkeiden hinnoista ja korvattavuudesta. Sairauden alkuvaiheessa potilaat kaipaavat erityisesti tietoa ja ohjausta sekä silloin, kun potilaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Laapotti-Salo ja Routasalo (2004) ovat tutkineet iäkkään potilaan tietoa omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkimuksessa todettiin, että kun potilas saa sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutumisesta riittävästi tietoa, se poistaa epävarmuutta, helpottaa kotihoidon suunnittelua ja auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa. Potilaan mahdollisuus ilmaista omat tavoitteensa ohjaa potilaan toimintaa todennäköisesti enemmän kuin muiden asettamat tavoitteet. Kun potilas otetaan mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon, hänen on mahdollista ymmärtää oman osuutensa merkitys hoidon onnistumisessa. Samansuuntaisiin päätelmiin on tultu myös säärihaavapotilaiden hoitoon sitoutumista tutkittaessa. Hoitajien antamalla ohjauksella, jossa potilas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen parannetaan potilaan hoitoonsa sitoutumista. Luottamuksellisen hoitosuhteen katsottiin vaikuttavan positiivisesti hoitoon sitoutumiseen. (Van Hecke ym. 2010; Williams 2010)

Diabetesta ja astmaa sairastavilla potilailla ohjauksella on todettu olevan vaikutusta hoitoon sitoutumisessa ja hyvän hoitoon sitoutumisen on todettu vaikuttavan positiivisesti hoitotasapainoon ja arkipäivän aktiviteeteista selviämiseen (Song, Ratcliffe, Tkacs & Riegel 2012; Park, Jackson, Skinner, Ranghell, Saiers & Sherney, 2010; Knowles 2007; Newell 2006). Tosin tyyppin 2 diabeteksen lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttamisesta ohjauksen keinoin on saatu ristiriitaisia tuloksia. Toisissa tutkimuksissa lääkehoitoon sitoutuminen parani ohjauksella, mutta toisissa tutkimuksissa ohjauksella ei ollut vaikutusta lääkehoitoon sitoutumiseen. (Doggrell 2010.) Lahdenperän (2005) tutkimuksessa interventio verenpainepotilaille, joka sisälsi kohonneen verenpaineen hoidon tueksi suunnitellun tietokoneohjelman ja sykemittarin käytön, verenpaineen kotimittauksen ja kaksi kävelytestiä, edisti hoitoon sitoutumista ja hoitotasapainoa. Myös Hacıhasanoglu ja Gözüm (2010) ovat todenneet hoitajien antaman ohjauksen parantavan merkittävästi verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumista ja alentavan verenpainetta. Potilailla, joilla on riski saada painehaavoja, ohjauksella on kyetty parantamaan merkitsevästi hoitoon sitoutumista ja sitä kautta vähentämään painehaavojen esiintyvyyttä kotihoidossa olevilla potilailla (Paquay, Verstraete, Wouters, Buntinx, Vanderwee, Defloor & Van Gansbeke 2010). Potilaan perioperatiivinen ohjaus on myös Yhdysvalloissa koettu erittäin tärkeäksi. Shelswell (2002) kuvaa artikkelissaan perioperatiivisen hoitajan toimenkuvaa verkkokalvoki-

rurgisilla potilailla. Hän kuvaa ohjausta tarkasti läpi koko verkkokalvoleikkausprosessin. Hän toteaa, että potilaalle voi olla hyvinkin stressaavaa käydä läpi kaikki, mikä liittyy toimenpiteeseen ja pelkoon menettää näkökyky pysyvästi. Hän kertoo myös, että onnistunut lopputulos saadaan aikaan yhteisellä tiimityöllä, mikä lisää potilaan tietoa leikkauksesta ja toipumisesta. Ohjaaminen alkaa ensimmäisestä yhteydenotosta leikkaustoimistoon ja ohjeita kerrataan läpi koko hoitoprosessin. Ohjauksella voidaan lievittää potilaan kokemaa stressiä.

## 2.5 Hoitoon sitoutumisen arviointi

Hoitoon sitoutumisen arviointi on vaikeaa ja se saattaa antaa yliarvioidun kuvan sitoutumisesta, koska tutkimuksiin osallistuu vapaaehtoiset ja hoitomyöntyvät ihmiset (Savikko ym. 2005: 9). Monipuolisen ja riittävän kuvan saamiseksi hoitoon sitoutumisesta edellyttää yleensä useiden samanaikaisten menetelmien käyttöä (Kyngäs ym. 2009: 36). Joitakin, pääosin sairauskohtaisia, hoitomyöntyvyyden mittareita on kehitetty. Ongelmana mitattaessa hoitoon sitoutumista on, että ihmisen motivaatiosta ja hoitoon sitoutumisesta on vaikea saada tietoa, koska sitä voidaan vain kysyä potilaalta. Ihmiset eivät ole aina itsekään selvillä motivaationsa ja sitoutumisensa vahvuudesta. Hoidon noudattamista voidaan tutkia selvittämällä ihmisen käyttäytymistä, mutta asian selvittäminen saattaa vaikuttaa hoitosuhteeseen ja siten kielteisesti hoitoon sitoutumiseen. (Savikko, Routasalo, Haapaniemi & Pitkälä 2005: 69.)

Hoitoon sitoutumista voidaan mitata suorilla ja epäsuorilla arviointimenetelmillä. Suoria menetelmiä ovat potilaan toiminnan havainnointi, veren tai virtsan lääkeainepitoisuuksien määrittely ja biologiset merkkiaineet. Näitä menetelmiä käytetään lähinnä lääkehoidon toteutumista arvioitaessa. Nämä menetelmät ovat yleensä vaikeasti toteutettavia eivätkä siten soveltu jokapäiväiseen käyttöön. Sen lisäksi hoitoon sitoutuminen on niin moniulotteinen ilmiö, että sitä ei voida mitata pelkästään havainnoimalla tai muita suoria mittausmenetelmiä käyttämällä. Hoitoon sitoutumisen keskeinen ajatus on, että potilas otetaan mukaan myös hoitonsa arviointiin. Suorissa arviointimenetelmissä se ei ole mahdollista. Epäsuoria arviointimenetelmiä ovat päiväkirjat ja niiden analysointi, kyselylomakkeet, keskustelu ja haastattelu, hoitotulos ja kliininen tila sekä hoidon toteutuksen seuranta. Tärkein tapa arvioida hoitoon sitoutumista on potilaan itsensä tekemä arviointi. Tämä arviointi voi tapahtua keskustelemalla, käyttämällä kyselylomaketta tai analysoimalla asiakkaan pitämää päiväkirjaa. (Kyngäs ym. 2009: 36-38; Cohen 2009: 31.)

Hoitoon sitoutumista voivat arvioida potilas itse, lääkäri, hoitaja tai muu ammattihenkilö. Tiedon lähteenä ja arvioijana voivat toimia myös omaiset tai muut läheiset ihmiset. Yhteistyö, vuorovaikutus ja keskustelu ovat yleensä välttämätöntä eri osapuolten välillä. Potilaan kanssa tulisi aina yhdessä miettiä hoitoon sitoutumista ja eri tavoin saatuihin tietoihin perustuen määrittää sitoutumisen aste. Kliinisessä kielenkäytössä hoitoon sitoutuminen määrittel-



lään usein kaksiluokkaisena, hyvänä tai huonona hoitoon sitoutumisena. Kirjallisuudessa hoitoon sitoutumisen luokittelussa käytetään kolmi- tai useampiluokkaista asteikkoa. Esimerkki kolmiluokkaisesta luokittelusta voi olla seuraavanlainen: hyvä eli täydellinen sitoutuminen, osittainen eli puutteellinen sitoutuminen ja hoidon laiminlyönti eli hoitoon sitoutumattomuus. (Kyngäs ym. 2009: 39-40.) Hoitoon sitoutumisen mittaaminen tuottaa hyödyllistä tietoa, mutta se jää kuitenkin vain arvioksi potilaan todellisesta käyttäytymisestä. Arviointimenetelmää valittaessa on huomioitava terveydenhuollon ammattilaisen tai tutkijan päämäärät, hoito-ohjeiden tarkkuuden vaatimukset, olemassa olevat resurssit, potilaan oman vastuun osuus sekä tulosten käyttötarkoitus. Tällä hetkellä parhaaksi arvioitu tapa mitata hoitoon sitoutumista on monia menetelmiä käyttävä lähestymistapa, joka yhdistää luotettavan itse arvioinnin ja järkevät objektiiviset mittarit. (WHO 2003: 4.)

## 2.6 Silmän verkkokalvon sairaudet

Verkkokalvon irtaumien (ablatio retinae) vuosittainen esiintyvyys on noin 7 tapausta 100 000 asukasta kohti. Irtautumia voi esiintyä kaikissa ikäryhmissä. Korkein esiintyvyys on 60 - 70 ikävuoden tienoilla. Likitaitoisilla henkilöillä irtautumia esiintyy tavallista enemmän myös 25 - 35 vuoden ikäryhmissä. (Immonen ym. 2011: 244.)

Verkkokalvon irtauma hoidetaan leikkauksella. Jos verkkokalvoa ei hoideta, se irtautuu kokonaan ja surkastuu sekä silmä sokeutuu. Jos ablaatio ei ole ehtinyt levitä makula-alueelle saakka ja keskeinen näöntarkkuus on vielä hyvä, hoito tulisi suorittaa heti. Siksi tällaiset potilaat leikataan päivystyksenä. Leikkauksessa pyritään irtautunut verkkokalvo saamaan kontaktiin pigmenttiepiteelin kanssa. Verkkokalvon alta poistetaan subretinaalinen neste sekä suljetaan verkkokalvon reiät jäädyttämällä tai laseroimalla. Reikien paikkauksessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi silikonimuovikappaleita eli plombeja tai silikonivyötä. Vitrektomia eli lasiaisleikkaus joudutaan suorittamaan, jos lasiaisverenvuoto tai -samentumat estävät näkyvyyden silmänpohjaan, lasiaiskiinnikkeet aiheuttavat vetoa verkkokalvolla tai repeämä on hyvin suuri. Leikkauksen lopussa lasiaistila voidaan täyttää tarvittaessa kaasulla tai silikonijellyllä. Tällöin leikkaus vaatii postoperatiivisen asentohoidon. Kaikista verkkokalvon irtaumista noin 85 - 90 % saadaan pysyvästi kiinnitettyksi uudestaan. (Immonen ym. 2011: 246-247.)

Verkkokalvon tarkan alueen reikä (macula hole) on suhteellisen yleinen verkkokalvon sairaus. Sen esiintyvyys on 1/2000 asukasta kohden. Tarkan näön alueen reiän synty liittyy ilmeisesti lasiaisen ja verkkokalvon pinnan kudosten ikämuutoksiin. Muuttunut kudos verkkokalvon pinnalla aiheuttaa fovean keskustasta poispäin suuntautuvaa vetoa. Vedon seurauksena keskelle syntyy reikä, jonka reunat ovat hieman koholla. Potilas kokee muutoksen keskeisenä näkökenttäpuutoksena. Näkökenttäpuutoksessa sanasta katoaa osa kirjaimia. Myös kuvan vääristymistä ja hyppimistä voi esiintyä alkuvaiheessa. Hoitamattomana näöntarkkuus laskee 0,1:n

tasolle, mutta liikkumisnäkö jää jäljelle. Tila voidaan korjata leikkauksella, jossa verkkokalvon pinnassa oleva arpikudos poistetaan ja silmä täytetään kaasulla, joka tukee reiän kasvamista kiinni. Leikkauksen jälkeen näkö paranee usein hitaasti tasolle 0,4-0,5. Jos kyseessä on tuore pieni reikä, voidaan päästä jopa normaaliin näön tarkkuuteen, 1,0. Tämäkin leikkaus tarvitsee postoperatiivisen asentohoidon. (Immonen ym. 2011: 256-257.)

## 2.7 Verkkokalvopotilaiden postoperatiivinen asentohoito ja siihen sitoutuminen

Verkkokalvoleikkauksissa silmä täytetään usein kaasulla, joka tukee verkkokalvoa paikalleen sisältäpäin. Kaasu poistuu silmästä vähitellen verenkiertoon imeytymällä ja lasiaistilan täyttää silmään erittyvä kirkas neste. Kaasuvahvuuksia on kolme ja vahvuuden määrää leikkaava kirurgi. Kaasun vahvuudesta riippuu sen imeytymisaika verenkiertoon. SF<sub>6</sub>-kaasun häviäminen kestää kolmesta neljään viikkoa, C<sub>2</sub>F<sub>6</sub>-kaasu neljästä viiteen viikkoa ja vahvin kaasu, C<sub>3</sub>F<sub>8</sub>, viidestä kuuteen viikkoa. Silmällä ei näe kunnolla niin kauan, kun kaasua on silmässä. Kaasun ja nesteen raja näkyy silmässä vaakasuorana rajapintana, joka kaasun haihtuessa siirtyy hitaasti näkökentässä alaspäin. Lopuksi kaasu hajoaa pieniksi kupliksi, jotka näkyvät näkökentässä alhaalla. (Silmätaudit, potilasohje Silmän sisäinen kaasukupla; Waterman, Harker, MacDonald, McLaughlan & Waterman 2005b: 390.) Kaasu on kevyempää kuin neste ja siksi se aina asettuu lasiaistilassa kohtaan, joka on ylimpänä. Kun potilaalla on esimerkiksi makulareikä, kaasun pitää olla silmän pohjaa vasten ja potilaan on asetuttava asentoon, jossa silmä katsoo suoraan alaspäin. Tätä nimitetään asentohoidoksi. (Silmätaudit, potilasohje Makulareikä; Waterman ym. 2005b: 390.)

Verkkokalvoleikkauksessa on tarkoitus tukkia reiät verkkokalvolla, jolloin verkkokalvo asettuu takaisin paikalleen. Reikien sijainnista siis riippuu, missä asennossa potilaan on oltava. Osasto S7:llä käytetään pääsääntöisesti neljää asentohoitovaihtoehtoa:

1. Kasvot alaspäin: Potilaan on oltava kasvot alaspäin, katse alas lattiaan. Asentoa noudatetaan päivisin, yöllä voi olla kyljellään, nenä tyynyyn päin. Nestemäinen ruoka ja juoma nautitaan pilleillä.
2. Kyljen vaihto: Potilas vaihtaa kylkeä puolen tunnin välein päivisin. Kyljen vaihto tapahtuu vatsan kautta eikä vatsallaan saa olla. Yöllä voi vaihdella kylkeä omassa tahdissa, ei kuitenkaan saa olla selällään.
3. Kohoasento: Potilas on kohoasennossa, määrättyssä kulmassa. Kohoasentoa noudatetaan myös yöllä. Potilas nukkuu koho- tai puoli-istuvassa asennossa.
4. Selin makuu: Potilas on selin makuulla jatkuvasti. (Moniammatillinen kokous 2012.)

Verkkokalvokirurginen potilas noudattaa asentohoitoa lääkärin määräämän ajan. Asentohoidon yleisin kesto-aika on seitsemän vuorokautta. Päivittäiset toiminnot voi suorittaa asentohoidon sallimissa rajoissa. Asentohoidon aikana ei saa kantaa raskaita tavaroita eikä urheilla.

Kaikki tekeminen, joka aiheuttaa painetta silmiin, on kiellettyä. Äkilliset liikkeet ja ponnistukset ovat kiellettyjä kuukauden leikkauksen jälkeen. Asentohoidon loputtua voi liikkua normaalisti. (Perehdytyskansio, S7 2012.)

Potilaat saattavat kokea asentohoidon kivuliaaksi ja hankalaksi toteuttaa. Potilaat ovat kuvanneet kipua VAS-asteikolla numerolla 6.5. (Tadayoni, Vicaut, Devin, Creuzot-Garcher, Berrod, Le Mer, Korobelnik, Aout, Massin & Gaudric 2011: 152.) Asentohoito kuormittaa potilaita sekä fyysisesti että psyykkisesti. Kasvot alaspäin asentohoidon aikana potilaat saattavat hengittää uudelleen omaa hiilidioksidipitoista hengitysilmaansa, jolloin elimistön hiilidioksidipitoisuus nousee, mikä puolestaan aiheuttaa päänsärkyä ja hengitysongelmia. Vatsallaan makuun on todettu pienentävän keuhkojen hengitystilavuutta. (Matsuda, Yoneda, Nakamura, Yamashita, Hirano, Kawamura & Nishida 2002: 88.) Asentohoidon toteuttamista saattaa hankaloittaa erilaiset tekijät, kuten potilaan lihavuus, korkea ikä, artriitti ja muut liikkumista vaikeuttavat rajoitteet, selkä- ja niskaongelmat tai mielenterveysongelmat (Myers 2008: 127; Chan, Lin, Nuthi & Salib 2008: 447). Madgula ja Costen (2008) ovat tehneet tutkimuksen, johon osallistui 30 makulareikäpotilasta. Potilaille laitettiin leikkauksessa silmään vahvaa kaasua, jonka imeytyminen verenkiertoon kesti kaksi kuukautta. Potilaiden ei tarvinnut toteuttaa asentohoitoa leikkauksen jälkeen. Potilailta kysyttiin jälkeinpäin mielipidettä siitä, olivatko he tyytyväisiä heille tehtyyn toimenpiteeseen vai olisivatko he mieluummin valinneet lyhytkestoisemman kaasun ja viikon kestävän asentohoidon leikkauksen jälkeen. 96.9 % potilaista oli tyytyväisiä heille tehtyyn toimenpiteeseen ilman asentohoitoa. 16.6 % potilaista kertoi, että heillä oli ollut joitakin ongelmia liittyen kaasukuplaan silmässä. Ongelmat liittyivät vaikeuteen arvioida etäisyyksiä sekä pahoinvoinnin ja huonovointisuuden tunteeseen.

Asentohoidon pituuden vaikuttavuutta on tutkittu jonkin verran. Tatham ja Banerjee Englannista (2008) ovat tutkineet meta-analyysissään asentohoidon pituuden vaikuttavuutta hoidon lopputulokseen. He löysivät 2370 artikkelia koskien makulareikää ja niistä vain 17 käsitteli asentohoidon vaikutusta leikkauksen lopputulokseen. Kahdeksan niistä ei soveltunut tutkittavaan meta-analyysiin, joten jäljelle jäi vain yhdeksän artikkelia. Niissä verrattiin 24 tunnin ja vähemmän ajan asentohoitoa kasvot alaspäin vaikutusta verrattuna 5-10 päivän asentohoitoon. Tulokseksi tässä meta-analyysissä saatiin, että 5-10 vuorokauden asentohoito paransi lopputulosta vain hieman verrattuna 24 tunnin tai pienemmän ajan asentohoitoon. Tadayonin ym. (2011) tutkimuksessa verrattiin asentohoidon vaikutusta potilailla, joilta oli leikattu pienenkö makulareikä. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä noudatti kymmenen päivän ajan kasvot alaspäin asentohoitoa ja toinen ryhmä vältti vain selinmakuuasentoa. Tuloksissa ei todettu merkitsevää eroa lopputuloksen kannalta ryhmien välillä.

Pienen verkkokalvon repeämän kiinnittämistä pneumaattisella verkkokalvon kiinnitysmenettelmällä (PR) ja sen jälkeistä asentohoitoa ovat tutkineet Hwang, Chen ja Lin (2011). PR on

vähemmän invasiivinen ja taloudellisesti parempi vaihtoehto repeämästä johtuvien verkkokalvon irtautumien hoidossa kuin muut toimenpiteet. Toimenpiteen jälkeen potilaiden tulee olla kylkiasennossa, pää käännettynä alaspäin 30-60 asteen kulmassa. Tutkimuksessa potilaiden pään tuli olla alaspäin käännettynä vähintään kahdeksan tuntia yhtäjaksoisesti, jonka jälkeen pään asentoa sai vaihdella jyrkemästä taittoasennosta normaaliin kylkiasentoon. Potilaat olivat sairaalassa 2-5 päivää, koska sairaalassa ollessa oli mahdollista tarkkailla potilaiden asentoa ja heille pystyttiin antamaan jatkuvasti ohjeita asentohoidon toteuttamiseen ja asentohoitoon pystyttiin tekemään tarpeellisia muutoksia. Tämä edisti myös yhteistyötä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä sekä auttoi potilaita ymmärtämään asentohoidon tärkeyden. Potilaat saivat sairaalassa ollessaan hyvää ohjausta kotona jatkuvaa asentohoitoa varten. Kotona potilailla sallittiin kaikki välttämättömät päivittäiset toimet, mutta asennon vaihdot tuli tehdä mahdollisimman harvoin ja hitain ja tasaisin liikkein. Kylkiasento todettiin tässä tutkimuksessa tehokkaaksi kiinnittämään verkkokalvo PR-toimenpiteen jälkeen ja sen todettiin aiheuttavan potilaille vain pientä fyysistä epämukavuutta. Chan ym. (2008: 454) ovat tutkineet myös PR-tekniikalla toteutettua toimenpidettä ja suosittavat vähintään viikon kestävää asentohoitoa, jonka aikana pään tulisi olla kallistettuna viisitoista minuuttia jokaista tuntia kohden. Potilaita neuvotaan tarkistamaan ajoittain peilistä pään oikea asento.

Verkkokalvokirurgisten potilaiden asentohoitoon sitoutumista ovat tutkineet Verna ym. (2002). Heidän tutkimuksensa tarkoituksena oli objektiivisesti tarkastella kasvot alaspäin asentohoitoa makulaleikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui kymmenen potilasta, joille laitettiin korvaan laite, joka mittasi aikaa, jonka potilaat olivat olleet kasvot alaspäin asennossa. Potilaita ohjeistettiin myös pitämään päiväkirjaa asentohoidon toteutumisesta. Neljälle potilaalle annettiin kotiin asentohoitoon tarkoitettu tuoli. Potilaat noudattivat asentohoitoa viikon leikkauksen jälkeen, jona aikana mittaukset toteutettiin. Tutkimustulokset osoittivat, että kaikki potilaat olivat olleet vähemmän aikaa kasvot alaspäin asennossa, mitä he olivat itse päiväkirjaan kirjanneet. Potilaiden hoitoon sitoutumisaika vaihteli 27 %:n ja 79 %:n välillä. Keskimääräinen sitoutuminen asentohoitoon oli vain 38 % kokonaisajasta. Potilaiden omat arviot asentohoitonsa toteutumisesta vaihtelivat 58 %:n ja 90 %:n välillä. Kaikilla potilailla todellinen toteutunut asentohoidon aika oli pienempi, mitä potilaat itse olivat kirjanneet. Huonointa asentohoitoon sitoutuminen oli yöllä ja aikaisin aamulla. Asentohoidon toteutuminen oli 12 % parempi potilailla, joilla oli käytössä asentohoitotuoli.

Joukko tutkijoita on raportoinut osallistuvasta toimintatutkimuksesta, jonka tarkoituksena oli edistää asentohoitoa toteuttavien verkkokalvopotilaiden hoitoon sitoutumista ja parantaa hoitotuloksia. Tutkimus lähti havainnosta, että asentohoitoa toteuttaville potilaille ei ole selkeitä ohjeita eikä heitä hoitavalle henkilökunnalle ole annettu koulutusta asentohoitoon ohjaamisessa. Hoitohenkilökunnan tulisi pystyä vastaamaan potilaiden tarpeisiin asentohoidon ohjauksessa. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa haastateltiin 18 asento-

hoito-ohjausta antavaa hoitohenkilökunnan edustajaa ja selvitettiin heidän käsityksiään potilaiden asentohoidon toteutumisesta. Tutkimus käsitti myös kirjallisuuskatsauksen aiheesta. Tulosten perusteella potilaan asentohoidon onnistumiseen vaikuttaa potilaan ja hoitohenkilökunnan tieto asiasta. Sekä potilaiden että hoitajien koulutus ja tietoisuuden lisääminen on tärkeää. Oikein ajoitettu ohjaus, selkeä vastuun jako potilaan hoidossa, hyvä kommunikaatio potilaan, hoitajien sekä lääkärin välillä ja riittävä apuvälineiden saatavuus ovat myös tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan asentohoidon toteutumiseen. Hoitohenkilökunnan tulisi tehdä moniammatillista yhteistyötä potilaiden ongelmien ratkaisemiseksi ja asentohoitoon sitoutumisen parantamiseksi. (Waterman, Harker, MacDonald, McLaughlan & Waterman 2005a.)

Watermanin ym. (2005a) tutkimusta jatkettiin vielä siten, että tutkimustuloksissa esiin tulleisiin asioihin paneuduttiin ja niitä toteutettiin käytännössä kahdessa asentohoitoa ohjaavassa yksikössä. Potilaiden ohjaukseen panostettiin, potilaille tehtiin kirjallista ohjausmateriaalia ja erilaisista asennoista tehtiin kuvamateriaalia, kehitettiin asentohoitoa helpottavien apuvälineiden lainausta, hoitohenkilökunnalle järjestettiin koulutusta ja tutustuttiin tapoihin parantaa hoitajien ja lääkärin välistä kommunikaatiota. Tarkoituksena oli selvittää myös alueita, joissa mahdollisesti tarvitaan vielä lisää kehitettävää. Noin puolen vuoden kuluttua uusien käytäntöjen aloittamisesta haastateltiin 17 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Haastattelujen analysoinnissa muodostettiin neljä teemaa: koulutus, niska- ja selkäsärky, psykologinen sairastavuus ja hoitotyö. Tulosten perusteella kommunikaatio oli parantunut, mutta joillain alueilla siinä oli vieläkin kehitettävää. Potilaiden koulutukseen ja ohjaukseen panostaminen olivat haastateltavien mielestä parantaneet potilaiden sitoutumista hoitoonsa. Hoitohenkilökunnalle annettu koulutus oli parantanut heidän valmiuksiaan ohjata ja tukea potilaita asentohoidossa. Apuvälineiden lainauspalvelu helpotti potilaita niska- ja selkäongelmissa. Asentohoito saattaa aiheuttaa potilaille stressiä ja masentuneisuutta. Potilaat pelkäävät näkökyvyn menetystä. Psykkinen sairastavuus oli alue, joka vaati vielä paneutumista. Siihen ei tämän tutkimuksen mukaan kyetty tuomaan tehokasta helpotusta. Tutkimuksen mukaan hoitajien tiedot tämän potilasryhmän tarpeista ja heidän kykynsä hoitaa näitä potilaita olivat parantuneet. Hoitohenkilökunta oli entistä paremmin tietoinen siitä, kuinka he voivat edistää potilaiden asentohoitoon sitoutumista. (Waterman ym. 2005b.)

Tutkimustulosten perusteella on laadittu suunnitelma, jolla voidaan edistää asentohoitoa toteuttavien potilaiden hoitoonsa sitoutumista. Tutkimuksen perusteella suositellaan seuraavia toimenpiteitä:

- Potilaille tulee antaa aikaa valmistautua asentohoitoon kotona. Potilaiden esimerkiksi pitää saada ohjausta ja apuvälineitä sekä heillä tulisi olla kotona perhe tai muita läheisiä auttamassa ruuanlaitossa sekä kotitöissä.
- Potilaiden, hoitajien, lääkäreiden sekä muiden terveydenhuoltohenkilöstön tulisi tehdä yhteistyötä asentohoitoon sitoutumisen parantamiseksi.

- Kommunikaation kehittäminen kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen välillä on tärkeää, sillä hyvällä kommunikaatiolla vältetään sekaannukset ja epäselvyydet.
- Potilaiden ja hoitohenkilökunnan koulutus tulisi toteuttaa, sillä ilman tietoa potilaat ja hoitajat ovat tietämättömiä asentohoidon perussyistä.
- Joku hoitajista tulee nimetä yhdyshenkilöksi. Hänen vastuullaan on hoidon koordinointi, apuvälineiden varastointi ja jakelu sekä käytännön asioiden kehittäminen.
- Yhteistyötä tulisi tehdä henkilöiden kanssa, jotka kehittävät erilaisia apuvälineitä, kuten erikoistyneitä ja pöytiä.
- Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää, että masentuneiden tai pelokkaiden henkilöiden hoitoon sitoutuminen on muita heikompaa.
- Hoitohenkilökunta tarvitsee erilaisia ihmissuhdetaitoja tukiessaan potilaita hoitoon sitoutumisessa.
- Hoitajien tulee auttaa potilaita ymmärtämään, miksi asentohoitoon sitoutuminen on vaikeaa sekä auttaa heitä ratkaisemaan hoidon toteuttamiseen liittyviä ongelmia.
- Potilailla tulisi olla mahdollisuus pitää pieni tauko asentohoidossa kerran tunnissa. (Waterman ym. 2005b: 396.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata asentohoitoa vaativien verkkokalvokirurgisten potilaiden käsityksiä sitoutumisestaan postoperatiiviseen asentohoitoonsa kotona sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä verkkokalvokirurgisten potilaiden kotihoidon ohjausta ja tuettaessa heitä sitoutumaan hoitoonsa.

Opinnäytetyöllä etsitään vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen. Kaikki kysymykset kohdistetaan kotona asentohoitoa toteuttaville verkkokalvokirurgisille potilaille.

1. Millaisia potilaaseen liittyviä tekijöitä sisältyy hoitoon sitoutumiseen haastateltavien itsensä kuvaamana?
2. Millaisia tukeen liittyviä tekijöitä sisältyy hoitoon sitoutumiseen haastateltavien itsensä kuvaamana?
3. Millaisia ohjaukseen liittyviä tekijöitä sisältyy hoitoon sitoutumiseen haastateltavien itsensä kuvaamana?

### 4 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

Opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen ja sai alkunsa ajatuksesta kehittää asentohoitoa toteuttavien verkkokalvokirurgisten potilaiden ohjausta. Opinnäytetyön toivotaan antavan tietoa potilaiden kokemuksista asentohoidon toteuttamisesta kotona. Työssä kuvataan asen-

tohoitoa toteuttavien potilaiden käsityksiä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä saamastaan ohjauksesta. Asentohoitoa toteuttavien verkkokalvokirurgisten potilaiden käsityksiä siitä, mikä edistää heidän hoitoon sitoutumistaan, ei ole aikaisemmin tutkittu.

#### 4.1 Tutkimusympäristön sekä tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus

Opinnäytetyö toteutettiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan, Hyksin, silmä-korvasairaalan osaston S7 Verkkokalvoyksikössä, jonka erityisosaamista on lasiais- ja verkkokalvokirurgia eli toiminta painottuu silmän takaosakirurgiaan. Yksikössä tehdään keskimäärin kuukaudessa 125 silmäleikkausta ja polikliinisia käyntejä on 150. Osastolla työskentelee 8 erikoislääkärinä ja yksi sairaalalääkäri. Hoitohenkilökuntaa on yhteensä 21; 1 osastonhoitaja, 1 apulaisosastonhoitaja, 13 sairaanhoitajaa ja 6 perushoitajaa. Osasto on ainoa aino avoinna oleva silmätautien vuodeosasto Silmä-korva sairaalassa. Sairaansijoja on 15 ja yksikön yhteydessä toimivat myös oman erityisosaamisalueen ajanvarauspoliklinikat. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on n. 1,4 vuorokautta. (Osasto 7 verkkokalvokirurginen yksikkö 2012.) Vuonna 2011 tehtiin silmätautien leikkausosastolla 457 kappaletta yhdistettyä lasiais- ja verkkokalvo-toimenpidettä. Näihin leikkauksiin liittyy usein silmän täyttäminen kaasulla, mikä edellyttää postoperatiivista asentohoitoa (Liite 1).

Potilaat tulevat leikkausarvioon lääkärin läheteellä. Potilas on voinut saada lähetteen esimerkiksi yksityiseltä silmälääkäriltä tai julkisesta terveydenhuollosta. Myös Silmä-korva sairaalan päivystyspoliklinikalta lääkäri voi lähettää potilaita leikkausarvioon. Pääsääntönä on, että potilaan silmän on tutkinut lääkäri jo ennen lähetteen saapumista yksikköön. Lähetteen perusteella erikoislääkäri arvioi hoitoon pääsyn kiireellisyyden. Potilas kutsutaan osastolle erikoislääkärin vastaanotolle leikkausta edeltävään arvioon. (Perehdytyskansio, S7 2012.)

Preoperatiivisella poliklinikkakäynnillä erikoislääkäri arvioi leikkauksen tarpeellisuuden, kiireellisyyden ja leikkausajankohdan. Hän kertoo potilaalle lääketieteellisen näkökulman leikkaukseen liittyvistä asioista. Lääkärin vastaanoton jälkeen hoitaja haastattelee potilaan. Tässä opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa, perushoitajaa tai lähihoitajaa. Potilaan esitiedot ja varsinkin lääkitys tarkistetaan huolellisesti. Jos potilaan tuleva leikkaus on tiedossa, hoitaja kertoo potilaalle tarvittavista esivalmisteluista, leikkauspäivän kulusta ja jatkohoidoista. Aina ei ennen leikkausta tiedetä varmasti, vaatiiko leikkaus asentohoidon ja millainen asentohoito tulee olemaan. Hoitajan tehtävänä on kertoa potilaalle millainen asentohoito hänelle on suunnitteilla. Asentohoidosta kerrotaan potilaalle hyvin konkreettisesti. Hänelle ohjataan selkeästi pään asennot ja miten hän voi nukkua ja liikkua. Kaikki leikkaukseen liittyvät rajoitukset käydään läpi. Potilas saa kirjallisen potilasohjeen, missä kerrotaan selkeästi ja lyhyesti oireista, hoidosta, toipumisesta ja jälkitarkastuksesta. Varsinaisesta asentohoidosta ei ole kirjallista ohjetta. (Perehdytyskansio, S7 2012.)

Potilaan tullessa leikkauspäivänä osastolle, hoitohenkilökunta kertaa vielä hänen kanssaan tulevaa leikkausta ja mahdollista asentohoitoa. Leikkauksen jälkeen, kun tarkka asentohoito on tiedossa, voi hoitaja ohjata potilasta juuri oikealla tavalla. Ennen kotiinlähtöä varmistetaan vielä, että potilas on tietoinen asentohoidon toteuttamistavasta ja sen tärkeydestä. Päivystysleikkaukseen tuleva potilas ei aina ehdi saada varsinaista ohjausta asentohoitoon. Hänelle mahdollisesti ehditään kertoa, että leikkaukseen liittyy asentohoito, mutta hän saa varsinaisen ohjauksen vasta leikkauksen jälkeen. (Perehdytyskansio, S7 2012.)

Asentohoito-ohjausta annetaan joskus myös puhelimitse. Kiireelliseen leikkaukseen tulevia potilaita haastatellaan puhelimitse. Heille leikkaus tulee niin nopeasti, että varsinaista preoperatiivista poliklinikkakäyntiä ei ehditä järjestää. Puhelinohjauksessa on vielä haastavampaa kertoa asentohoidoista, koska leikkaava lääkäri ei ole vielä tavannut potilasta, eikä toimenpide ole vielä selvillä. Tälle potilasryhmälle varsinainen asentohoito-ohjaus annetaan myös vasta leikkauksen jälkeen. (Perehdytyskansio, S7 2012.)

Opinnäytetyöhön potilaat valittiin laadittujen valintakriteerien mukaan. Potilaan tuli olla aikuinen, jolle oli tehty asentohoitoa vaativa verkkokalvoleikkaus vuoden 2012 viikoilla 43 - 47. Potilaan tuli osallistua haastatteluun vapaaehtoisesti ja hänen tuli olla haastattelutilanteessa kommunikaatiokykyinen. Kaikille valintakriteerit täyttävillä potilaille osaston hoitohenkilökunta antoi tiedotteen opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä haastattelusta (Liite 2). Potilas allekirjoitti suostumuslomakkeen (Liite 3), jolla hän osoitti halukkuutensa osallistua osastolla tapahtuvaan haastatteluun. Haastattelu tapahtui potilaan tultua leikkauksen jälkeiselle jälkitarkastuskäynnille osastolle. Haastattelu nauhoitettiin ja tavoitteena oli saada 10 haastattelua. Laadullisiin tutkimuksiin osallistuvien tutkimushenkilöiden määrä on yleensä pieni, koska suuri osallistujamäärä ja runsas aineisto voivat vaikeuttaa oleellisten asioiden löytämistä aineistosta (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003: 611). Opinnäytetyöstä informoitiin osaston hoitohenkilökuntaa osastolla pidetyn osastotunnin aikana. Hoitohenkilökunnalle kerrottiin opinnäytetyön tavoitteet ja potilaiden valintakriteerit. Heitä informoitiin suostumuslomakkeiden jakamisesta ja pyydettiin kirjoittamaan suostumuslomakkeeseen haastatteluun suostuneiden potilaiden jälkitarkastusaika. Osaston hoitohenkilökunnan kanssa sovittiin paikka, johon allekirjoitetut lomakkeet laitettiin ja josta opinnäytetyön tekijät kävivät ne noutamassa. Haastattelut tapahtuivat jälkitarkastuskäynnillä osaston tiloissa.

Haastatteluun osallistui yhdeksän valintakriteerit täyttävää potilasta. Haastatelluista viisi oli miehiä ja naisia oli neljä. Haastatellut potilaat olivat iältään 50 - 68 vuoden ikäisiä. Asentohoitoa potilaat olivat toteuttaneet kotonaan leikkauksen jälkeen seitsemästä vuorokaudesta neljääntoista vuorokauteen. Haastatelluista potilaista kuudella oli ollut viikon kestävä asentohoito, kaksi potilasta oli toteuttanut asentohoitoa kaksi viikkoa ja yhden potilaan asentohoi-



to oli kestänyt kymmenen vuorokautta. Kolmelle potilaalle tehtiin päivystysleikkaus ja suunnitellusti leikattiin kuusi potilasta. Neljä potilasta toteutti kohoasentoa, neljällä potilaalla oli kylkiasento siten, että he vaihtelivat kylkeä säännöllisin väliajoin ja yhdellä potilaalla asentoa oli vasen kylkiasento.

#### 4.2 Aineistonkeruumenetelmän valinta ja kuvaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asentohoitoa vaativien verkkokalvokirurgisten potilaiden asentohoitoonsa sitoutumista kotona leikkauksen jälkeen ja hoitoon sitoutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena empiirisenä tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 161). Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan tarkastella ihmisten kokemuksia tavalla, johon kvantitatiiviset eli määrälliset tutkimusmenetelmät eivät sovellu. Tavoitteena on ymmärtää ihmisten kokemuksia samalla tavalla kuin ihmiset itse ne ymmärtävät. (Puusa & Juuti 2011: 41.) Laadullinen tutkimusmenetelmä korostaa todellisuuden ja siitä saatavan tiedon subjektiivista luonnetta (Puusa & Juuti 2011: 47). Laadullisen tutkimuksen avulla pystytään hyvin laajentamaan terveystieteellistä tietoa ja tuottamaan teoreettisia kuvauksia ilmiöistä, joista ei ole aikaisempaa tietoa tai etsimään uusia näkökulmia joihin tunnettuihin ilmiöihin (Kylmä ym. 2003: 609). Tämä menetelmä sopii tähän opinnäytetyöhön, koska työn tavoitteena on tuoda esiin verkkokalvopotilaiden ajatuksia, tunteita, käsityksiä ja tulkintoja asentohoitoonsa toteutumisesta ja niistä tekijöistä, mitkä edistävät hoitoon sitoutumista.

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulman tavoittaminen, joten on tärkeää valita menetelmä, jossa tutkittavien ääni pääsee hyvin esille (Puusa ym. 2011: 56). Opinnäytetyön aineisto tuotettiin teemahaastattelumenetelmällä yksilöhaastatteluna, koska teemahaastattelu on menetelmä, jolla on mahdollista tutkia haastateltavien kokemuksia, ajatuksia, tunteita ja uskomuksia. Teemahaastattelussa haastateltavien omat kokemukset, tulkinnat ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska siinä tutkimuksen kannalta keskeiset teemat ovat ennalta määrätty. Teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 48; Metsämuuronen 2006: 115.) Teemarungot pohjautuvat teoretietoon ja tutkijan esiyymmärrykseen aiheesta (Puusa 2011: 82). Haastattelussa pyrkimyksenä on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009: 75). Teemojen avulla tutkittava ilmiö puretaan osa-alueisiin, joiden sisältöä ja merkitystä pyritään selvittämään tutkijan esittämien kysymysten avulla. Valittujen teemojen tarkoituksena on tuottaa sellaista tietoa, mitä voidaan myöhemmin tulkita teorian avulla. (Puusa 2011: 82-83.)

Tämän opinnäytetyön teemat on muodostettu tutkimuskysymysten ja teorian pohjalta (Liite 4). Teemoissa on hyödynnetty Kyngäksen (1995 ja 1999) kehittämää teoriaa hoitoon sitoutumisesta. Kyngäksen teorian mukaan hoitoon sitoutumista selittävät motivaatio, jaksaminen hoidossa, normaaliuden tunne, pelko lisäsairauksista sekä lääkäriltä, hoitajilta ja läheisiltä saatu tuki (Kyngäs 1995: 60). Haastattelun teemoiksi Kyngäksen teoriasta on valittu motivaatio, pelko lisäsairauksista sekä hoitohenkilökunnalta ja läheisiltä saatu tuki, koska niillä teemoilla toivottiin saatavan tähän työhön sopivaa aineistoa. Myös muut aikaisemmat tutkimukset, teoretieto sekä työn tekijöiden aikaisempi tietämys aiheesta ovat vaikuttaneet teema-alueiden valintaan. Haastattelun aluksi potilailta kysyttiin taustatietoja. Taustatiedoissa selvitettiin vastaajien sukupuolta, ikää, asentohoidon kestoa ja asentoa hoidon aikana sekä sitä, oliko leikkaus suunniteltu vai päivystysleikkaus. Haastattelukysymykset olivat laajoja, kuten ”Kuvaile, minkälainen potilasohjaus on parasta asentoa toteuttavalle potilaalle”. Haastateltaville osoitettiin kiinnostusta hymyilemällä ja nyökyttelemällä ja näin rohkaistiin heitä jatkamaan puhetta.

Haastattelut nauhoitettiin ja ennen jokaista haastattelua varmistettiin, että nauhoituslaite toimi moitteettomasti. Haastateltavilta kysyttiin myös lupa haastattelun nauhoittamiseen. Heillä oli myös mahdollisuus sekä ennen että jälkeen haastattelun esittää opinnäytetyöhön tai haastatteluun liittyviä kysymyksiä. Haastattelijana oli aina kerrallaan yksi henkilö ja haastattelutilanteessa oli mukana ainoastaan haastattelijana ja haastateltava. Ensimmäinen haastattelu oli esihaastattelu. Haastattelun jälkeen todettiin, että teemat ja haastattelurunko oli toimiva, joten haastatteluja jatkettiin samalla tavalla. Esihaastattelu otettiin mukaan lopulliseen aineistoon. Haastattelutilanteet sujuivat kahta haastattelua lukuun ottamatta keskeytyksettä. Yhden haastattelun keskeytti haastateltavan puhelimen soiminen ja yksi haastattelu keskeytyi, kun hoitaja tuli laittamaan potilaalle silmätippoja. Näissä tapauksissa haastattelijana muistutti haastateltavaa aiheeseen palaamisesta. Haastattelut kestivät viidestätoista minuutista puoleen tuntiin. Haastateltavat osallistuivat mielellään haastatteluun. Haastateltavat pitivät jälkitarkastuskäynnillä tapahtunutta haastattelua vaivattomana ja helppona tapana toteuttaa haastattelu. Haastattelujen jälkeen huomattiin samojen asioiden toistuvan haastatteluissa, joten todettiin, että lisäaineistoa ei ollut enää tarpeen kerätä (Hirsjärvi ym. 2001: 60).

### 4.3 Aineiston analyysi

Haastattelun aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jossa luokittelu perustuu aineistosta tehtyihin havaintoihin. Sisällönanalyysi sopii hyvin laadullisen aineiston analyysiin pyrittäessä saamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. Sisällönanalyysin tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysissä edetään yksittäisestä

yleiseen ja analyysillä pyritään löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin empiirisestä aineistosta. Tavoitteena on tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen & Nikkonen 2003: 23-29; Tuomi ym. 2009: 103, 108-112.)

Opinnäytetyön analyysi aloitettiin litteroimalla eli puhtaaksi kirjoittamalla haastatteluaineisto sanatarkasti. Haastattelut koodattiin ja samoja koodeja käytettiin puhtaaksikirjoitusvaiheessa. Nauhoituksia kuunneltiin lukien samanaikaisesti tekstejä ja pyrittiin näin saamaan kokonaiskuva aineistosta. Aineistoa kertyi kirjoitettuna 36 sivua rivivälillä 1.5 ja fontilla 10. Aineiston analysoimiseksi käsittelemätön aineisto jaettiin aluksi kolmen tutkimuskysymyksen mukaan. Tämän vaiheen tekivät molemmat opinnäytetyön tekijät itsenäisesti ja sen jälkeen verrattiin jaettua aineistoa. Tämän jälkeen potilaasta johtuvat tekijät, tukeen liittyvät tekijät sekä ohjausta koskeva aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Aineisto jaettiin vielä tutkimuskysymysten sisällä teemoittain, koska haastattelun teemat muodostivat jäsennyksen aineistoon. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuksellinen kokonaisuus. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen sisältyvää sukupuoli ja ikä teemaa on käsitelty ainoastaan haastateltavien taustatietojen yhteydessä, koska ne eivät ole merkityksellisiä tämän työn tulosten kannalta. Kaikki aineistosta esiin tulleet ajatukselliset kokonaisuudet jaettiin teemoittain. Ensimmäisen tutkimuskysymysten teemoista potilaan voimavarat ja potilaan motivaatio on yhdistetty analyysivaiheessa, kuten myös pelko lisäsairauksista, muut sairaudet sekä hoidon haittavaikutukset, koska näiden teemojen sisältä löytyi samankaltaisia ajatuksellisia kokonaisuuksia.

Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistettiin karsimalla pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen sekä tiivistämällä informaatiota että pilkkomalla sitä osiin. Aineiston pelkistämistä ohjasi tutkimustehtävä. Liian aikaista käsitteellistämistä pyrittiin välttämään kirjaamalla pelkistetyt ilmaukset mahdollisimman samalla tavalla, mitä ne olivat alkuperäisessä aineistossa. Seuraavassa vaiheessa pelkistetyistä aineistosta etsittiin ajatuksellisen kokonaisuuden merkitys ja poistettiin samaa tarkoittavat ilmaisut siten, että näistä ilmaisuista kuitenkin yksi jäi. Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet ryhmiteltiin siten, että samaa asiaa tarkoittavista käsitteistä yhdisteltiin luokkia ja luokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tällöin aineisto tiivistyi, kun yksittäiset tekijät sisällytettiin yleisempiin käsitteisiin. Neljännessä vaiheessa samansisältöisiä alaluokkia yhdistämällä muodostettiin yläluokkia. Käsitteellistämisessä edettiin alkuperäisinformaatiosta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Siinä edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta asiasta. (Janhonen & Nikkonen 2003: 23-29; Tuomi ym. 2009: 103, 108-112.)

#### 4.4 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkijan tulee aihetta valitessaan miettiä myös valintaansa eettiseltä kannalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotona asentohoitoa toteuttavien potilaiden käsityksiä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Lähtökohtana oli saada potilaiden näkökulma kuulluksi. Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan muun muassa sitä, toimivatko potilaat hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksissa yleisesti oletetaan, että jos potilas ei toimi tai pyri toimimaan ohjeiden mukaisesti, hän ei sitoudu hoitoonsa. Tutkimusasetelma perustuu siihen, että hoitohenkilökunnan antamat ohjeet ovat oikeita sairauden hoidon kannalta. Potilas luokitellaan hoitokielteiseksi, jos hän ei noudata ohjeita, koska ei koe niitä mielekkäiksi tai ei kykene noudattamaan niitä. (Tuomi ym. 2009: 128.) Tämän opinnäytetyön asetelmassa pyritään huomioimaan myös potilaan elämäntilanne ja selvittämään sitä, miten voitaisiin esimerkiksi ohjauksella vaikuttaa siihen, miten potilaat ohjeita noudattavat. Opinnäytetyössä pyritään myös tuomaan esiin potilaiden omia keinoja selviytyä asentoahoidosta.

Opinnäytetyötä varten tehtäville haastatteluille saatiin lupa Hyksin operatiivisen tulostuotuksen johtajalta (Liite 5). Potilaille annettiin kotiutumisasiässä saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tavoitteesta ja tarkoituksesta. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että vastaaminen on vapaaehtoista eikä vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta millään tavalla heidän hoitoonsa. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta haastatteluun. Haastattelut tehtiin nimettöminä käyttämällä kirjain ja numerokodeja (esimerkiksi H1). Yksittäistä haastateltavaa ei pysty tunnistamaan työstä. Haastattelun aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti eikä sitä luovutettu ulkopuolisille. Aineisto oli vain työn tekijöiden käytössä tätä opinnäytetyötä varten ja hävitettiin, kun opinnäytetyö oli valmis. Opinnäytetyön tulokset on raportoitu rehellisesti ja hyvää eettistä tapaa noudattaen. Tavoitteena oli koko opinnäytetyöprosessin ajan noudattaa rehellisyyttä, luotettavuutta, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 3).

## 5 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tulokset esitetään analyysin perusteella tehdyn jaon mukaisesti tutkimuskysymyksittäin. Jokaisen tutkimuskysymyksen alla tulokset esitetään teemoittain. Jokaisesta teema-alueesta on esitetty taulukkomuodossa ylä- ja alaluokat aiheen käsittelyn yhteydessä tekstissä. Paras mahdollinen potilasohjaus -teema-alueen yksi yläluokkaan johtanut analyysiprosessi on esitetty liitteenä (Liite 6). Tulosten esittämisen yhteydessä tuodaan esiin suoria lainauksia elävöittämään tekstiä ja havainnollistamaan analyysin etenemistä.

### 5.1 Hoitoon sitoutumiseen sisältyvät potilaaseen liittyvät tekijät

Potilaaseen liittyviä tekijöitä on käsitelty haastattelussa viiden eri teema-alueen kautta. Teemat olivat potilaan voimavarat, motivaatio, pelko lisäsairauksista, muut sairaudet ja hoi-

don haittavaikutukset. Haastatteluaineistosta löydettiin kolme yläluokkaa kuvaamaan potilaan voimavaroja ja motivaatiota: emotionaalinen ja tiedollinen kokemus, toiminnalliset aktiviteetit sekä oma asennoituminen. Pelkoa lisäsairauksista, muita sairauksia sekä hoidon haittavaikutuksia kuvaa myös kolme aineistosta löydettyä yläluokkaa: ei asentohoitoon vaikuttavia sairauksia tai ongelmia, asentohoidosta aiheutuneet fyysiset ongelmat sekä asentohoidosta aiheutuneet psyykkiset ongelmat. Yläluokat sisälsivät yhteensä 18 alaluokkaa.

#### Potilaan voimavarat ja motivaatio

Alaluokka	Yläluokka
Pelko näön menettämisestä Tieto ja kokemus motivaationa	Emotionaalinen ja tiedollinen kokemus
Audiovisuaalisten laitteiden hyväksikäyttö Jumppa sallituissa rajoissa Säännöllinen päivärytmi	Toiminnalliset aktiviteetit
Positiivinen asennoituminen Negatiivinen asennoituminen Mahdollisuus pysähtyä	Oma asennoituminen

Yhtenä potilaita asentohoitoon motivoivana asiana tuli haastatteluissa esiin pelko näön menettämisestä sekä pelko uusintaleikkauksesta. Näkö koettiin tärkeäksi asiaksi ja sen vuoksi asentohoitoa jaksettiin kotona toteuttaa, vaikka hoitajakso tuntuikin osasta haastatelluista pitkältä ajalta. Leikkauksen onnistuminen mainittiin myös helpottavana asiana, mikä motivoi jaksamaan asentohoidon toteutuksessa. Myös tiedon saanti motivoi asentohoidon toteuttamisessa.

*”Se on kumminkin se sen verran tärkeä näkö, että kyl siinä on hyvä motivaatio sitte, et niinku noudattaa niitä ohjeita ja että kun tietää sen syyn, että miks sitä piti tehdä sitä siinä asennossa, että... Niin, et se uusintaleikkaus joutuu sitte, jos ei, jos ei niinku tartukkaan tai repee uudestaan, niin sitten on se uusintaleikkaus...” (H1)*

*”No tietysti pelko siitä riskistä, mikä, mikä sen leikkauksen onnistumisessa on, jos ei niitä noudata. Et, sehän näytti olevan kuitenkin tämmösessä tilanteessa sen huomaa, että se näköaisti on aika tärkeä aisti. Sen mielellään tekee sen, mitä siinä on tehtävissä sitte, et se ei kärsi enää enempää...” (H5)*

Potilaita motivoi asentohoidon toteuttamisessa kokemus siitä, että se ei tuntunut ylivoimaisen monimutkaiselta toteuttaa. Monien mielestä asentohoidon toteutus kotona onnistui hyvin ja määrätty asento oli helposti kotona toteutettavissa.

*”No itse asias se oli, must se oli yllättävän yksinkertainen. Et tota, et vasen kylki ja silmät alas... Et tavallaan otti sen kun lainausmerkeissä sotilaskäskynä... kun siel on näitä ohjauksia, että... katse eteenpäin...et, et ei hämminkiä.” (H7)*

Potilaita innosti myös jatkamaan se, kun hoidon myötä huomasi, että silmä alkoi toipua. Näköleikatussa silmässä alkoi hoidon myötä palautua vähitellen lähes normaaliksi. Se toi uskoa siihen, että asentohoitoa oli toteutettu oikein ja sillä oli positiivisia vaikutuksia lopputulokseen.

*”..se oli jännä nähdä konkreettisesti, kun tätä toteutti kuitenkin, tätäkin ohjetta, että, et miten se kokonaisuus niinkun rupes laskeutumaan. Et kahdes viikos, se oli sitte aika tasan kahdessa viikossa, kun se raja siirty tonne ja sit se pallo pieneni ja se tuli niinku maapallo jostain horisontist ja sit se häipy kokonaan ja oli niinku poissa... Se niinku rohkasi siihen, et okei, jatka siihen malliin, et... ei ainakaan huonosti käy.” (H7)*

Toiminnalliset aktiviteetit tulivat esille monilla haastatelluista tärkeänä jaksamista edistävänä tekijänä. Yhtenä toiminnallisena aktiviteettina tuotiin esiin audiovisuaalisten laitteiden käyttö. Television ja DVD-levyjen katselu, radion sekä CD-levyjen kuuntelu ja äänikirjat mainittiin hyväksi voimavaraksi asentohoidon toteuttamisessa. Puhelimen avulla yhteydenpito ystäviin ja työpaikalle koettiin tärkeäksi keinoksi hoitoon sitoutumisessa. Nämä laitteet antoivat tunteen siitä, että rajoitetusta liikkumisesta ja kanssakäymisestä huolimatta haastateltava pysyi mukana elämässä. Ehdotuksena helpottamaan sairaalassaoloaikaa tuli potilasradion kehittäminen. Siihen ehdotettiin jonkinlaista pidikettä, jotta se pysyisi korvalla kädellä pitämättä.

*”Tytär haki DVD:itä tuolta kirjastosta ja, niin ja ääni, äänikirjoista sit et, ne oli hauskat, ne oli hyvät, et ne äänikirjat ihan parasta, että...” (H6)*

*”..tietysti sit oli se, että mä puhelimitse hoisin hirveesti asioita. Et se oli, et mä yritin pitää itteni kumminki niillä keinoilla, mitkä oli käytettävissä hyvin viriilinä.” (H8)*

Pieni liikkuminen, lihasten liikuttelu asentohoidon sallimissa rajoissa helpotti asentohoidon toteutusta henkilöillä, jotka olivat tottuneet liikkumaan paljon. Potilaat kehittivät itse pieniä liikesarjoja, jotka oli mahdollista toteuttaa kyseisessä asennossa. He toteuttivat niitä sään-

nöllisesti ja näin liikkumaan tottuneet haastateltavat saivat olonsa tuntumaan niin virkeältä kuin siinä tilanteessa oli mahdollista.

*”...kun mä oon tämmönen jumppahullu ja liikuntahullu, mä aloin tekee itelleni semmost ohjelmaa. Eli, eli tota, se todellisuus ku tuli sit, totanoi esille, niin mä ajattelin, et pientä liikettä. Siis, kun mä olin vuoteessa makaamas, pientä liikettä, sivuliikettä jaloilla ihan niinku olisin jumppakerhoo vetänny... Siis se oli ihan uskomattoman... Se autto hirveen hyvin siin kestämisses. Se meni hirveen hyvin. Siis, mutta se olis ollu aivan kauheeta, siis mä luulen... se oli koko aika, kun mul sai niinku lihakset happee ja vaik mä en kumminki sit, se oli niin pieni se liike ja mä koko aika kehitin vähä erilaisia variaatioita, että se oli niinku mielenkiintost. Ihan pient... Se liike... eihän se voi olla suuri...” (H8)*

Säännöllisen päivärytmin säilyttäminen oli tekijä, joka tuli esiin hoidossa jaksamisessa. Säännöllinen aikataulu rytmitti päivää ja sai ajan kulumaan paremmin sekä antoi pientä henkistä haastetta.

*”Mä aina katoin, no nyt on kello niin paljon, nyt teen sitä. Eli mä olin ihan ku töissä. Mul oli ohjelma, koska mä olisin tullu hulluks muute.” (H8)*

Monien haastateltavien vastauksissa tuli esiin oman asennoitumisen merkitys. Positiivinen suhtautuminen ja päättäväisyys auttoivat jaksamaan. Vastauksissa pohdittiin sitä, että hoitojakso on kuitenkin määräaikainen, ohi menevä ajanjakso. Huumori mainittiin myös keinoksi selviytyä välillä pitkältä ja raskaalta tuntuvasta asentohoitojaksosta kotona.

*”Päättäväisyys (sai jaksamaan asentohoidossa), koska silmä pitää saada kuntoon. Mä olen periksiantamaton.” (H3)*

*”Se nimenomaan, se asennoituminen, et tää on kymmenen päivää. Et se oli se mun mielestä, se niinku, se kaikista ajatus, et tää menee ohi ja tää on tää kymmenen päivää ja sit on yhdeksän, kahdeksan ja sit koko aika, et se on se asenne. Asenne niinku, et ei voi alkaa, et voi kauheeta. Niinku, et mä olin antanu itest sen kuvan, et ei täs oo nyt mitään hätää. Et kyl se mun mielest se asenne oli siinä, että... Et kun se kuitenkin oli, et elämä... Sitä jäi niinku miettimään, et jos loppuelämän olis siin, niin onhan se ihan eri asia, kun kymmenen päivää..., niin kyl se asenne mun mielest edelleenki tulee niinku esille, et miten siihen suhtautuu... Niin ei, ei siit... se oli ihan, meni ihan hyvin.” (H6)*

Negatiivinen asenoituminen tuli esiin siten, että asentohoitoa ei jaksettu toteuttaa kotona kuin ajoittain. Asentohoito ja sen tuomat rajoitteet harmittivat. Potilaat arvelivat myös, että yöllä nukkuessa asento ei koko aikaa pysynyt oikeana.

*”Hmm... Sanonko mä nyt kauniisti? Manasin välillä, mut aattelin, näkö on kyseessä ..., keljutti välillä... Eihän se niin tasasta ollu se... Välil on lipsunu vähäsen... Mut väitän, et kaikilla kotona lipee niistä kyllä. Itte täytyy olla vähän sinnikkäämpi ja... mun kohdalla.” (H4)*

Asentohoidon aiheuttama pysähdys elämässä nähtiin myös positiivisena asiana, mahdollisuutena. Asentohoidosta seurasi jotakin hyvää, jonka ansiosta sitä jaksettiin toteuttaa.

*”Mä otin sen, mä osasin jopa ottaa sen niin, että tämä on mulle uus mahdollisuus. Eli uus mahdollisuus elämässäni olla omien ajatuksien kanssa ja pysähtyy... Eli, eli tuli sellassii oivalluksia, jota en olis varmaan tässä omassa arkielämässäni kyenny tekemäänkä, eli se pysähdys... Et täs mennään niin lujaa ettei aina niinku ehdi ajatteleen riittävästi, että miten asiat voisikin olla toisin tai... Et, et, siin oli hyviä puolia myös.” (H8)*

#### Pelko lisäsairauksista, muut sairaudet ja hoidon haittavaikutukset

Alaluokka	Yläluokka
Ei muita sairauksia Ei ongelmia asentohoidon toteuttamisessa	Ei asentohoitoon vaikuttavia sairauksia tai ongelmia
Asentohoidon aiheuttamaa lievää epämukavuutta Totuttu nukkumisasento Unirytmien säilyttäminen Säryt ja niskan puutuminen Muista sairauksista aiheutuneet haitat Ongelmana silmän avaaminen ja kaksoiskuvat	Asentohoidosta aiheutuneet fyysiset ongelmat
Pelko uusintaleikkauksesta ja näön menettämisestä Huolestuminen liikunnan puutteesta	Asentohoidosta aiheutuneet psyykkiset ongelmat



Osalle haastatelluista asentohoidon toteuttaminen oli helppoa. He eivät kokeneet mitään ongelmia asennon toteuttamisessa. Heille asennon toteuttamisesta ei aiheutunut esimerkiksi kipuja tai särkyjä. Osalla haastatelluista potilaista ei myöskään ollut muita, asentohoitoon vaikuttavia sairauksia.

*”Ei nyt äkkiseltää tuu yhtään mitään, kun kaikki on mennä hyvin.” (H3)*

*”Ei, ei mitään (muita sairauksia). Mähän oon ihan, ihan täysin terve. Joo...” (H8)*

Asentohoito saattoi aiheuttaa potilaille fyysisiä ongelmia. Fyysiset ongelmat olivat lievimmillään epämukavuuden tuntemuksia, joihin potilaat itse pyrkivät saamaan helpotusta esimerkiksi asentoa kohentamalla. Haastateltavat kuvasivat myös erilaisia asentohoidosta aiheutuneita särkyjä ja niskan puutumista. Säryt saattoivat olla koviakin, joihin oli tarvittu kipulääkkeitä. Silmän avaaminen ja kaksoiskuvat tuottivat jollekin potilaalle ongelmia.

*”Mä just mietin, oisko mulla joskus jonkun pidemmän jakson jälkeen lievää, lievää tosiaan sitä, sellasta asennon kohentamista.... Ei mitään varsinaista ongelmaa oikeastaan... sopii sit tietysti erilaisilla pehmenyksillä voi sitte alustaa tarkistaa tai selkään panna vähän kovempaa ja pehmeempää tyyny...” (H7)*

*”Mä en tiedä, kun mul on lonkat semmoses kunnos, että ne on, ne on kipeet ja ne rupes sitte särkemään, et se oli sitte kaikkein pahin homma, et ei meinannu saada nukkuttua, mut sit, kun sen pillereiden kanssa rauhotti ja sit ne lonkatkin tottu siihen, et mä vaan nukun kyljelläni, niin en mä tiedä, mikä siinä on. Ne anto sit periks, ei sitte mitää. Kaikki hyvin.” (H3)*

Muista sairauksista aiheutui vain pientä haittaa asentohoidosta selviämiseen, mutta haastatelluissa tuli esiin, että muitten sairauksien aiheuttamien ongelmien vuoksi olisi erittäin tärkeää, että näkö palautuisi leikattuun silmään.

*”Se olis tärkeätä, kun se oli se parempi silmä vielä... Mut se on hyvä totanoini, mä tällä silmällä näen (näyttää toista silmää) ja tällä korvalla en kuule (näyttää saman puoleista korvaa) tai huono kuulo, hyvin huono. Et se on... Se menee näin (näyttää vasemman puolen korvaa ja oikean puolen silmää). Mähän oon ollu eläkkeellä jo vuodesta yheksänkymmentä aivokasvainten takia.” (H4)*

Unirytmien säilyttäminen ja totutusta poikkeavassa asennossa nukkuminen saattoivat aiheuttaa ongelmia asentohoidon aikana. Potilaat, jotka päivän olivat paikallaan tietystä asennossa,

nukkuivat päivän aikana jonkin verran. Sen seurauksena yöunet saattoivat häiriintyä. Asentohoidon aikana nukkuma-asento saattoi olla erilainen, mihin potilas on tottunut. Nukkuminen uudessa asennossa saattoi olla vaikeaa.

*”No, kyllä, kyllä päivät meni jollakin tapaa ihan, ihan hyvin että, välillä tuli nukuttua ja, ja tota noi TV, mä tuli asennettu silleen, sitte että, että se oli niinku yläasennossa, et mä pystyin hyvin kattomaan ilman et mun. Siis telkkarii ja, ja tota... Mutta sitte yöt oli sitte semmosii, että ei saanu oikein unta. Et ne. Et tota tuli herättyy ihan silleen niinku melkein tunnin välein ja. Kun mä yleensä nukun kyljellä ja mä oon tottunu niinku kyljellä nukkumaan et, ja välillä oikein niinku heräs siihen, et nyt mä oon menossa taas kyljelleen, et ihan vanhasta muistista....” (H2)*

Haastatteluissa esiin tulleet asentohoidosta aiheutuneet psyykkiset ongelmat olivat pelkoa näön menettämisestä ja uusintaleikkaukseen joutumisesta sekä huolestumista siitä, kun ei pystynyt liikkumaan totutulla tavalla asentohoitojakson aikana. Osalla potilaista oli esimerkiksi verenpaineauti, jonka vuoksi he olivat tottuneet liikkumaan säännöllisesti. Liikunnan vähyden vaikutus ja siitä aiheutuvat muut ongelmat huolestuttivat haastateltuja potilaita. Myös paljon ulkoilemaan tottuneet potilaat kokivat pakollisen sisälläolon raskaaksi.

*”...se oli ja toi ulkoilu, ni se oli semmone, että kun mä oon niinku tottunu liikkua päivittäin, ni, ni varmasti tän viikon tai tän kaheksan päivän aikana ni, ni kunto on päässy niinku rapistumaan kyllä että... Et sitä tuli joskus mietittyä, että, että vaikuttaaks se niin ku muuhun, ku mul on verenpaineauti ja, ja, ja tämmöstä ni, ni tota tuli aateltu, et ettei jotai muuta vikaa saa, kun makaa vaan, kun siinä taas kehoitetaan liikkumaan ja raitista ilmaa et tota.... niinku huolestutti toi liikkumine että...” (H2)*

*”...se huolestuttaa, että siinä niinkö... sitten se, se eikä pelkästään tää asentohoidon viikko vaan nää seuraavatkin viikot niin kun, kun on rajotettu sitä raitusta niin, niin silloin kunto huononee valitettavasti sitte siinä kanssa...” (H5)*

## 5.2 Hoitoon sitoutumiseen sisältyvät tukeen liittyvät tekijät

Haastatteluissa käsiteltiin potilaan saamaa tukea omaisilta ja ystäviltä, hoitohenkilökunnalta sekä lääkäriltä. Omaisilta ja ystäviltä sekä hoitohenkilökunnalta saatua tukea kuvaamaan löytyi haastattelujen perusteella kolme yläluokkaa ja lääkäriltä saatua tukea kuusi yläluokkaa. Hoitohenkilökunnalta sekä lääkäriltä saatua tukea kuvaavat yläluokat sisälsivät kumpikin neljä alaluokkaa ja omaisilta ja ystäviltä saatua tukea kuusi alaluokkaa. Tukeen liittyvien tekijöiden yhteydessä on käsitelty myös potilaiden arvioita apuvälineiden tarpeista. Aineis-

tosta löytyi yksi yläluokka kuvaamaan apuvälineiden tarvetta. Tämä yläluokka sisälsi kaksi alaluokkaa.

#### Omaisilta ja ystäviltä saatu tuki

Alaluokka	Yläluokka
Apua kotitöihin ja kaupassa käymiseen Omaisten ja ystävien vierailut ja puhelinoimitot Omaisten ja ystävien kannustus Tuki riittävää omaisilta ja ystäviltä	Omaisten ja ystävien positiivinen tuki
Potilas itse hoiti kotityöt	Ei koettua tarvetta tukeen
Ulkopuolisten tietämättömydestä aiheutunut tuskastuminen	Ihmisten tietämättömyyden aiheuttama mielipaha

Haastateltavat kokivat saavansa omaisilta ja ystäviltä positiivista tukea asentohoidon toteuttamisessa. Tukea he kokivat saavansa arkipäivän toimiin, kuten ruuanlaittoon, siivoamiseen sekä kaupassa käyntiin. He saivat apua myös asennon toteuttamiseen erilaisin keinoin. Suurin osa haastatelluista kuvasi omaisten ja ystävien antaman tuen riittäväksi.

*”No, se on siinä, että ne, no ne oli mukana siinä rakentelemassa mulle sitä paikkaa ja muuta, että siihen sohvalle, että semmosta tukee mä sain sitte ja siinä, että... Ja sit yleensäki hoidon aikana ni... sillä tavalla, että, et ku ei saanu nostella ja muuta ni, tota ne autto kaikissa nostelemisessa ja kaikessa tämmösessä...” (H9)*

Ystäviltä ja omaisilta saatua tukea olivat myös puhelinoimitot ja vierailut. Osalle haastatelluista vierailut olivat mieluista ajankulua, mutta osa potilaista ei kaivannut vierailijoita asentohoidon aikana, koska he kokivat ne stressaavaksi ja asentohoidon toteutusta häiritseväksi asiaksi. Heillä oli pelko, että eivät malta olla vaaditussa asennossa vierailun aikana, joten he halusivat siksi kieltää vieraiden tulon asentohoidon aikana.

*”...no tietysti puhelut. Et kännykkähän oli siinä ja sit ainakin soitti niille. Monet sit soitti mullekin ja kysy vointia ja näin... Tää oli ihan ja sitte nää puhelinoimitot, että saa soittaa, jos on ja... että se aika kuluu ja sitte muutama tosiaan ystävä kävi, niin siinä oli sellanen tunne, et se aika niinku meni, kun sehän meni ihan tunti tunnilta... joo, et vierailut, ne oli ihan tervetullutta...” (H6)*

*”Tytär kävi kyllä morjenstamassa ja, ja, ja totanoi....ja sithän mulla on totanoi lapsenlapsia ja silleen mut, mä en... Ois nekin varmaan tullu mutta, mutta mä ajattelin, että se ei ehkä oo hyväks, kun stressaa niin paljon sitte, että.. Ja sit me oltiin sovittu silleen, että, että vaimon tyttären koira piti tulla hoitoon meille neljä päivää ja sehän lähti ulkomaille ni se jouduttiin sitte peruuttaan, kun mä ajattelin, että mä en kuitenkaan osaa olla leikkimättä ja tulee niinku morjenstamaan ja heiluttamaan häntää ni, sekin voi olla semmonen pahempi asia et...Et se jouduttii peruuttaan sitte ja...”*  
(H2)

Potilaat kokivat saaneensa tukea myös kannustuksen ja hyväksynnän muodossa. Omaiset muistuttivat asennon noudattamisesta, kannustivat jaksamaan ja pitivät yllä huumoria. Tueksi potilaat katsoivat myös sen, että omaiset hyväksyivät, että potilas ei kyennyt olemaan asento-  
hoitajakson aikana kotona hyödyksi.

*”Se oli enemmän tämmöstä niinkun myötämielistä muistuttamista... Et vaimo on erikoissairaanhoidaja, niin tota, sil tulee, on tota vähän ammatista ja sitten tietysti puolison roolista ja sitten tyttäret tai vieraat kävi kylässä niin tota et, et... se oli tämmöstä kuitenkin tukevaa et muistutetaan mua, niinkun tota ohjeet, että paranet nopeemmin...”* (H7)

Haastatteluissa tuli esiin myös, että kaikki potilaat eivät kokeneet tarvitsevansa apua asento-  
hoitajakson aikana. He tekivät itse kotityöt eivätkä noudattaneet asentoa koko aikaa. Joissain haastatteluissa tuli esiin, että haastateltavat olivat määrättyssä asennossa vain öisin. Toisissa haastatteluissa taas ilmeni, että potilaat tekivät esimerkiksi kotitöitä normaalisti, mutta pyrkivät säätelemään samalla päänsä asentoa.

*”Sitähän mä en tehny, et mä olisin sen viikon vaan sängyssä maannu ja vaihtanu kylkee vaan kyl mä niitä kotiaskareita tein siinä ihan totanoi, mut sit kun mä tein jotain, niin mä pidin päätä kallellaan aina olkapäätä toiselle, et niinku pää pystyssä en ollu, ku hetken aikaa aina ja... (Naurua) Et tämmösen ohjeen sain että kun, jos pystyssä on, niin kannattas tai pitäs pitää päätä kallellaan ja niin minä tein.”* (H3)

Ihmisten suhtautuminen, jotka eivät tienneet asentohoidosta, aiheutti jossain tapauksessa potilaalle mielipahaa ja tuskastumista. Nämä ihmiset eivät osanneet ottaa huomioon asentohoidon aiheuttamia rajoitteita.

*”... nyt on ollu vähä, se mikä on vähä niinku tökkiny... ja nyt on nää tärkeet neuvottelut just meneillään, ni mä siis en kerta kaikkiaan pysty lukeen niit sähköposteja... se on*

*niin hidasta, et mä sanon, ilmottakaa mulle, ilmottakaa mulle puhelimitse... Et niinku siält mä huomaan, et ne vieraamat. No nii, miks sä et tullukaan kokoukseen. No, ku te ette ilmottanu mulle puhelimitse... Et sit niinku huomaa noi vähä kaukasempi toi piiri, ni ei niinku sit muistakka hei, et ei se nyt luekkaa, et ei se ookkaa tääl sen takii, kun se ei oo lukenu sähköpostii... Niin ne ihmiset ei ymmärrä sitä. Et se on mulla ollu niinku vähä tuskastuttanu... Et, et se, se nyt on pikkusen sillai, et hei apua. Onhan sulla toinen silmä, miks et sä lue, mikset sä tee... Mut kun mä en nää täl silmäl mitään, ymmärrätteks te.... Et tää on nyt ollu, ja nyt varsinki sit, kun nää on niinku ja sattu viel tämmönen aika, et kun tää on se kuuma aika. Neuvotellaan, kuka saa mitäkin ja kova kissanhännän veto...” (H8)*

#### **Hoitohenkilökunnalta saatu tuki**

Alaluokka	Yläluokka
Hoitohenkilökunnan tuki käytännön asioihin Hoitohenkilökunnan tuki asennon ylläpitämiseen	Hoitohenkilökunnan tuki asentohoidosta selviytymissä
Hoitohenkilökunnan tuki riittävää	Riittävä tuki hoitohenkilökunnalta
Hoitohenkilökunnan tuki ristiriitaista	Ristiriitainen tuki hoitohenkilökunnalta

Hoitohenkilökunnalta haastateltavat kokivat saaneensa tukea lähinnä käytännön asioiden järjestämiseen ja asennon ylläpitämiseen, kuten esimerkiksi neuvoja, miten asennon saa hyvin kotioloissa toteutettua. Tukea haastateltavat katsoivat saaneensa hoitohenkilökunnalta ohjauksena ja neuvoina. Vastauksissa tuli esiin myös se, että leikkaukseen johtaneet tekijät sekä itse leikkaus ovat asioita, jotka aiheuttavat jännitystä. Näiden asioiden vuoksi potilaan kyky omaksua uusia asioita saattaa olla rajallinen.

*” Joo, kyllä sieltä tuli niinku ohjausta siihen, että...se oli sitä nukkumis, että mitenkä sitte järjestää nukkumisen ja muuta että...” (H1)*

*”Kyllä se mun mielest se tieto oli niinku.... Sitä sen verta annettiin, niinku pysty siinä tilantees niinku vastaanottamaan, kun se leikkaus oli tehty. Kun oli tavallaan aika huolestunu siitä, et miten se leikkaus menee ja tuleeks siihen näköä ja... Sit ajatteli, et kyllähän tommosen kyljen kääntämisen hoitaa....” (H6)*

Suurin osa haastateltavista katsoi hoitohenkilökunnalta saamansa tuen riittäväksi. Osa koki kuitenkin saaneensa jonkin verran ristiriitaista tukea. Ristiriitaisuus tuli esiin potilaan saamis- ja käytännön ohjeissa.

*”No se, mitä mä täällä nyt olin sen yön ja, ja, ja sen päivän niin, niin kyllähän siin niinku neuvottiin, että missä asennossa pitäis olla, mutta, mutta se jäi vähän niinku epäselväks niinku mä sanoin, et paljonko sitä saa niinku olla ylhäällä, et, et tota... Et välillä oli niin tarkkaa, että piti pillilläkin juoda viimene pisara siitä lasista, mutta, mutta sit taas toisaalta tuntu, että kun mä söin niinkun katse alaspäin ja muuta, niin se ei ollu sitte niin tarkkaa, että...” (H2)*

### Lääkäriltä saatu tuki

Alaluokka	Yläluokka
Lääkärin tuki riittävää Lääkäriltä tukea jonkin verran	Lääkärin antama tuki
Ei tukea lääkäriltä asentohoidon toteuttamiseen Lääkärin tehtävänä toimenpiteen suorittaminen	Lääkäri toimenpiteen suorittaja

Haastatelluista osa koki saaneensa lääkäriltä tukea riittävästi tai ainakin jonkin verran asentohoidon toteuttamiseen. Tuki oli lähinnä asentohoidosta muistuttamista. Osa kuitenkin koki, että ei saanut lääkäriltä tukea. Vastauksissa arveltiin syyksi lääkärin ajan puutetta ja puutteellisia vorovaikutustaitoja. Lääkäriltä kaivattiin tarkempaa selvitystä leikkauksen jälkivaikutuksista ja tarkempaa infopakettia jatkohoitoa varten.

*”Joo, et siinä lääkäri vielä, vielä tota muistutti tästä... mainitsi... mut et sieltä tuli jonkun verran enemmän tietystä tältä hoitohenkilökunnalta, et ... tuli systemaattisesti ja moneenkin kertaan... et ainakin kahteen kertaan...” (H7)*

*”No en saanu tukee. Joo, ei millään lailla, ei mihinkään, että tota... Varmaan onkin, varmaan hyvä lääkäri, mutta nää vuorovaikutustaidot on vähän niinku jääny taka-alalle, et vois varmaan mennä, että... Et se kyl jäi niinku se lääkärin osuus jäi siihen, et hän on tehnyt, et se hänen osuus on varmaan olluki se leikkaaminen ja hyvinhän se sen osas...” (H6)*

Osa haastateltavista ei kaivannutkaan tukea lääkäriltä vaan he katsoivat, että lääkärin tehtävänä on leikkauksen suorittaminen ja hoitajien vastuulla on muun tuen antaminen.

*”No, eihän ne leikkaavat lääkärit yleensä niin henkisesti tarvi ollakaan tukena, kun ne hoitaa sen teknisesti, niin kyllä, kyllä sitte ne lisäohjeet, mitä hoitajilta saa, niin on ihan hyvät.” (H5)*

### Apuvälineiden tarve

Alaluokka	Yläluokka
Ei apuvälineiden tarvetta Itse kehitetyt keinot asentohoidon toteuttamiseen	Ei tarvetta lainattaviin apuvälineisiin

Haastateltavat eivät kokeet tarvetta sairaalasta lainattaville apuvälineille. He kehittivät itse kotona erilaisia keinoja toteuttaa heille määrättyä asentoa. Asentohoidon toteutuksessa apuna mainittiin sohva ja erilaiset sohvatyyny, peitot, patjat, laudan palaset, tv-tuoli, kaukosäätimellä toimivat elektroniset laitteet, pallot ja joogamatto.

*”No, joo tai mä rakensin itte tai vaimo rakensi, enhän mä saanu mitään rakentaa, mutta, mutta tota pari semmosta leveempää laudanpätkeä varastosta ja, ja, ja sitte mulla on semmone metalli tai meillä on semmone metallisänky, ni siihen sitte laitettiin 45 astetta ja peitot ja patjat sitten ni...” (H2)*

*”Ja sit mul oli viel, tää oli hyvä vinkki sit et, mul oli tota joogamatto, jonka mä ostin sillon, kun oli... Mä oon edelleen sitä mieltä, että joogamatto on tosi hyvä. Siis se oli mulla niinku selän takana siinä, et se pisti... Välillä niinku työns selkää sitä sohvan, sohvan selkämystä vasten ja niinku, et ne piikit osu siihen, niin se oli tosi hyvä.” (H6)*

### 5.3 Hoitoon sitoutumiseen sisältyvät ohjaukseen liittyvät tekijät

Ohjaukseen liittyviä tekijöitä on käsitelty viiden eri teema-alueen kautta. Teemat ovat ohjauksen ajankohta, ohjausmuoto, ohjauksen antaja ja tiedon riittävyys. Näiden neljän teeman lisäksi on viidentenä teema-alueena käsitelty potilaiden käsitystä parhaasta mahdollisesta potilasohjauksesta. Ohjausajankohtaa kuvaamaan aineistosta löytyi kaksi pääluokkaa, ohjausmuotoa kuvaa kolme pääluokkaa, ohjauksen antajaa kaksi pääluokkaa ja tiedonriittävyyttä kaksi pääluokkaa. Paras mahdollinen potilasohjaus -teemaa aineistosta löytyi kuvaamaan kol-

me pääluokkaa. Tämän teeman yhteen pääluokkaan johtanut analyysiprosessi on kuvattu liitteessä 6. Yläluokkiin sisältyy 23 alaluokkaa.

### Ohjauksen ajankohta

Alaluokka	Yläluokka
Ohjaus leikkauksen jälkeen Ohjaus sekä ennen että jälkeen leikkauksen	Ohjaus ennen ja jälkeen leikkauksen
Ei koe saaneensa ohjausta	Ei ohjausta

Ohjausta potilaat kokivat saaneensa pääasiassa leikkauksen jälkeen. Osa potilaista oli saanut ohjausta myös ennen leikkausta, mutta se oli käsittänyt lähinnä ohjausta siitä, miten tulee toimia ennen leikkausta. Yksi haastateltavista koki, että ei ole saanut lainkaan ohjausta asento-ohjauksen toteuttamiseen. Leikkauksen jälkeen tapahtuva ohjaus mainittiin hyväksi käytännöksi. Haastateltavat arvelivat, että leikkauksen jännitys aiheuttaa sen, että ennen leikkausta annettu ohjaus ei jää mieleen.

*”Leikkauksen jälkeen,... ja kyllä siis sanottiin jo myös silloin heti silloin esitarkastuksen jälkeen sitten että piti olla niinku tietys asennossa olla sitte, nukkua kyljellään, sitten että...tavallaan, että se ei niinku repeis enempää.” (H1)*

### Ohjausmuoto

Alaluokka	Yläluokka
Henkilökohtainen ohjaus Huonekaverin kertoma Puhelinohjaus	Suullinen ohjaus
Kirjallinen materiaali	Kirjallinen ohjaus
Ohjausvideo	Audiovisuaalinen ohjaus

Potilaat kertoivat saaneensa suullista, kirjallista sekä audiovisuaalista ohjausta sekä näiden erilaisia yhdistelmiä. Potilaiden saama suullinen ohjaus oli henkilökohtaista ohjausta, puhelinohjausta ja huonekaverin kertomaa. Osastolla saatu henkilökohtainen ohjaus koettiin hyväksi ohjausmuodoksi. Osa potilaista oli soittanut hoidon aikana osastolle ja he kokivat saa-



neensa vastauksen ongelmaansa puhelimitse. Huonekaverilta oli saatu vertaistukea ja vinkkejä siitä, mitä mahdollisesti tulee tapahtumaan leikkauksen jälkeen.

*”Et ko, mä kysyin vaan sitä... sitä vaan että, tota ... hetkosen, että... Mul oli joku, joku, semmonen vähän kipu, kipee ja muuta toi silmä ni, mä kysyin ihan varmuuden vuoks (puhelimitse), että haittaks se mitää. Sain kyllä vastauksen siihen...” (H9)*

*”Se huonekaveri siinä kertoi just ennen, kun mä menin leikkaukseen, että, että hänellä oli joku tommonen sivuasento, et pitää olla viikon ja mä tiesin että, mitä odottaa, kun sitä kaasuu tulee et...” (H2)*

Osa potilaista oli saanut kirjalliset ohjeet asentohoidon toteuttamisesta, mutta osa ei ollut kertomansa mukaan saanut kirjallisia ohjeita. Monilla kirjallinen ohje oli lyhyt ohje siitä, mikä asento potilaalla oli, ohjeet asennon vaihdosta ja asentohoidon kestosta. Leikkauksen jälkeen kirjalliset ohjeet koettiin joissain tapauksissa hankaliksi, koska lukeminen oli vaikeaa silmätoimenpiteen jälkeen. Kaikki potilaat eivät kaivanneetkaan kirjallista ohjetta vaan kokivat, että henkilökohtainen ohjaus oli riittävää.

*”Ei muuta kun siinä ohjees luki, et seitsemän päivää, seitsemän vuorokautta... se asentohoito.” (H5)*

Ohjausvideota potilaat kertoivat myös katsoneen, mutta suurin osa koki, että siinä ei ollut kerrottu asentohoidosta mitään, ainoastaan leikkauksesta ja kaasun käytöstä leikkauksessa. Haastateltavien mielestä nykyisessä muodossa esitetty video ei ohjaa asentohoidon toteutuksessa. Epäilyä tuli myös siitä, että antaako video tietoa vain yleisellä tasolla, jolloin potilaiden yksilöllisyys jää huomioimatta. Osa potilaista ei halunnut katsoa videota, koska kokivat kirjallisen materiaalin parempana. Osa potilaista koki videon hyväksi keinoksi tiedon hankkimisessa.

*”Joo. Se pyöri siinä, siinä odotushuoneessa. Tai se näky oikeestaan useammankin kerran, kun siellä oli sitte muitakin, joilla ilmeisesti oli sama operatio, niin kerta aika hyvin sitä. Uusi ja moderni tapa... Vaikka aluks sitä mielti, et onks, onks tää riittävän henkilökohtasta, kun kaikilla näytetään, mut et se on tätä nykyaikaa ja itse asiassa ihan hyvä. Et eii siinä mittään...” (H7)*

### Ohjauksen antaja

Alaluokka	Yläluokka
Ohjausta hoitajalta Ohjausta sekä hoitajalta että lääkäriltä	Henkilökunnan ohjaus
Kirjalliset ohjeet	Kirjallinen ohjaus

Ohjausta potilaat saivat pääasiassa hoitajalta. Jonkin verran haastateltavat mainitsivat myös saaneensa lääkäriltä ohjausta. Kukaan haastateltavista ei saanut ohjausta pelkästään lääkäriltä. Erityisesti potilaat mainitsivat, että käytännön ohjauksen he saivat hoitajilta. Henkilökunnan antaman ohjauksen tueksi osa haastateltavista mainitsi saaneensa kirjallista materiaalia.

*”Sen sain, tuota leikkaukselta lääkäriltä ja sitten vielä sairaanhoitajalta ja, myöskin... Ja hän myöskin ohjas siinä sitten niinku käytännössä sen, miten se toimii, ettei saa olla korkea tyyny ja niin pois päin...” (H5)*

*”No täältä sain, täältä sairaalasta niin tota... tota, tota... Leikkauksen jälkeen sairaanhoitaja.” (H6)*

### Tiedon riittävyys

Alaluokka	Yläluokka
Saanut tietoa riittävästi Puhelimitse lisätietoa	Tiedon saanti riittävää
Kirjalliset ohjeet tarpeen	Tarve kirjallisiin ohjeisiin

Suurin osa haastatelluista potilaista mainitsi saaneensa riittävästi tietoa asentohoidosta. Potilaat mainitsivat saaneensa tietoa sairaalassa ollessaan sekä tarvittaessa puhelimitse. Toisinaan potilaille heräsi kysymyksiä kotona sairaalasta pääsyn jälkeen, joita he eivät olleet osanneet esittää aikaisemmin. Puhelimitse osastolle yhteydessä olleet potilaat kokivat, että he saivat vastauksen ongelmaansa.

*”Oli. Et se oli ihan, ihan kiitettävääkin, et siinä sekä ennen leikkausta että tota sit leikkauksen jälkeen. Ihan kaikki käytiin systemaattisesti läpi ja tääkin oli siinä mukana siin ohjeistuksessa, mut se lappu jäi sitte luntiks vielä. Et toimi ihan hyvin.” (H7)*

Osa vastaajista kaipasi lisää tietoa erityisesti kirjallisessa muodossa. Monet vastaajista mainitsivat saaneensa lyhyen kirjallisen ohjeen, jonka he olisivat toivoneet olevan kattavampi.

*”Se tietysti oli vähän... se asentohoidon intensiteettikysymys, että kuinka paljon pystyy ja voi nousta ja et, et se oli pikkasen semmone epävarmuus ja ennen kaikkea omaisille, että... Siinä mielessä just kirjalliset ohjeet vois olla kotiin vietäväks hyvät.” (H5)*

#### Paras mahdollinen potilasohjaus

Alaluokka	Yläluokka
Henkilökohtainen, konkreettinen ohjaus näyttäen oikea asento Konkreettisia esimerkkejä asentohoidon toteuttamiseen kotona Hyvä vuorovaikutus ohjaustilanteessa	Konkreettinen, henkilökohtainen ohjaus
Asentohoidon syiden selvittäminen Asentohoidon intensiteetin määrittäminen	Tarkka informatiivinen ohjaus
Selkeät kirjalliset ohjeet Selkeät osaston yhteystiedot Asentohoitovideo	Kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjaus

Haastatelluilta potilailta kysyttiin, mikä on heidän mielestään parasta mahdollista potilasohjausta. Verkkokalvokirurgiset potilaat toivoivat henkilökohtaista, konkreettista ohjausta, jossa kädestä pitäen näytetään oikea asento. Ohjauksen toivottiin olevan yhtenäistä niin, ettei ristiriitaista tietoa annettaisi. Hyvät vuorovaikutustaidot todettiin vastauksissa tärkeäksi ohjaustilanteessa. Ohjausta toivottiin myös jokapäiväisistä ja henkilökohtaisista toiminnoista, kuten hiustenpesusta, WC käynneistä ja syömisestä, selviämiseen.

*”No, kyl mä sanosin, että hoitajan antama ohje. Et kaikki minkä näkee ja kuulee muuten, mut nii et kun hoitaja on vieressä ja sanoo, et teet näin ja teet näin, niin kyl se on mun mielestä kaikkein paras, kaikkein paras vaihtoehto. Eikä siin nyt kauan aikaa menny, kun hoitaja sano, et mitä teen ja sitte nimenomaan se, että kyljeltä toiselle ei saa vaihtaa selän kautta, vaan vatsan kautta, että selällä ei saanu olla ollenkaan.” (H3)*

*”Et mun mielest sen, sitä vois ihan niinku oikeesti tulla pään, sitä päätä vääntämään siihen, että, miten se pitäis olla siinä... ja sit se, joo... ja sitte myös mä kysyin kyl siitä, et saaks vessassa käydä ja saaks käydä syömässä, ni ne sais tehä normaalisti tehdä. Kysyin joltain toiselta siitä myöskin, niin sit sanottiin et, vähän niinku pää vinossa. Mä en kyl päätä sitte ilmeisest ite pitäny kovin vinossa, kun mä söin. Mä kyl söin ihan pää, pää suorassa ja vessassa ja, ja sitte nää, että miten joku hiukset pestään. Ni sellast ohjetta olis tietysti kaivannu myöskin, mut tietysti omaa jär... Mä en voi olla niinku itse tukka kovin likasena kovin montaa päivää, et kyl mä sitte pää vähän vinossa ja laitoin pyyhettä silmään tai jotain teippii ja... Et eihän sitä voi aina olla... Sitähän ei voi olettaa, että joku, joku ihminen, et joku toinen tulee pesemään sun tukkaa, et kyl se ite täytyy pystyy pesemään. Et nää oli nyt siitä, niinku sitä, et mitä olis siihen kaivannu niinku lisää ohjeita.” (H6)*

Potilaat halusivat tietää konkreettisia esimerkkejä siitä, miten kotona parhaalla mahdollisella tavalla asennon toteuttaminen onnistuu. Haastatteluissa tuli esiin myös se, että jos vain mahdollista, niin olisi hyvä etukäteen tietää leikkauksen jälkeinen asento, jotta kotona voisi jo etukäteen valmistella asentohoitoa. Ohjauksessa toivottiin käytävän läpi myös pieniä liikuntavinkkejä, sellaisia pieniä liikkeitä, joita asentohoidon rajoissa voi toteuttaa virkistääkseen itseään.

*”Ainoo on just se, että, että jos tietäis tästä asentohoidosta ennen, ennen niin pystyis kotona jo niinku valmistelemaan, niin ku mä sanoin, mut kun ei sitä sitte tiedä. Tai en tiedä, että missä vaiheessa ne sitte täällä tiesi, että mistä se kalvo on irti ja, ja, ja ehkä ne ois voinu informoida päivää ennen et, jos olis tienny, että mistä se on irti ja mitä luultavasti tulee tapahtuu, et. Niin sillo olis voinu ennakkoo jo pyytää jonkun rakentamaan jonkinlaisen systeemin, et, et, joo...” (H2)*

Haastateltavat toivoivat ohjauksen olevan tarkkaa ja informatiivista. Vastajat korostivat yhdeksi hyvän ohjauksen ominaisuudeksi sitä, että asentohoidon syyt selvitetään hyvin potilaalle. Lähes kaikille potilaille asentohoito on aivan uusi käsite, josta heillä ei ole lainkaan aikaisempaa tietoa. Asentohoidon perusteiden selvittäminen todettiin tärkeäksi monissa vastauksissa. Ohjauksessa toivottiin korostettavan sitä, miten tärkeä osa kokonaisuutena asentohoito on.

*”Et just ne, ne perusteet ja et ei pelkästään, et tee näin, vaan miks, miks tehdään näin...” (H7)*

Monille potilaille oli jäänyt epäselväksi se, kuinka paljon määrättyä asentoa tuli noudattaa. Potilaat halusivat tarkat ohjeet sekä itselleen että omaisille siitä, kuinka jatkuvaa asentohoidon kotona tulee olla.

*”Se tietysti oli vähän... se asentohoidon intensiteettikysymys, että kuinka paljon pystyy ja voi nousta ja et, et se oli pikkasen semmone epävarmuus ja ennen kaikkea omaisille, että... et se intensiteetti. Toistan vielä sen, että kuinka niinkö jatkuvaa sen pitää olla, että, että omaiset sen ymmärtää...” (H5)*

Potilaiden mielestä kirjallinen ja visuaalinen ohjaus on yksi tärkeä osa hyvää potilasohjausta. Potilaat toivoivat saavansa selkeät, tarkat kirjalliset ohjeet asentohoidosta, johon olisi koottu kaikki tärkeät ja oleelliset asiat kotihoitoa varten. Kirjallisena potilaat toivoivat saavansa erityisesti ohjeet asentohoidon intensiteetistä sekä kirjallisten ohjeitten toivottiin sisältävän pieniä liikuntavinkkejä. Kirjallisissa ohjeissa tulisi potilaiden mielestä olla myös selkeästi osaston yhteystiedot. Vastauksissa korostui turvallisuuden tunteen säilymisen tärkeys. Turvallisuuden tunnetta luo potilaiden mielestä tietoisuus paikasta, jonne voi olla yhteydessä, jos ongelmia ilmenee. Osa haastatelluista toivoi vielä, että nämä kirjalliset ohjeet käytäisiin kohta kohdalta läpi hoitohenkilökunnan kanssa ennen kotiin lähtöä. Sellaista videota, jossa käsitellään erityisesti asentohoitoa ja sen toteuttamista, toivottiin myös.

*”Niin. Et siinä tuli sekä tota suullista että, että kirjallista. Et mitähän siinä nyt sitten... Mikähän ois, ois parasta... Koska ne täydentää toisiaan... Sitten se, että... hetkinen... oliko siinä varsinaisessa videohommassa sitä, sitä osiona, et se on lähinnä sitä, niinku sitä leikkauksen näyttöä.... En tiedä, voisko sielläkin olla vielä pyörimässä se, et joku ois aina iloisen näköisenä vaihtamalla kyljellään.” (H7)*

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe alkoi hahmottua jo opintojen alkuvaiheessa. Aihe syntyi toisen opinnäytetyön tekijän työpaikalla eli Silmä-korvasairaalan verkkokalvokirurgisella osastolla S7. Keskustelussa mietittiin millainen aihe olisi mielenkiintoinen sekä palvelisi osastoa heidän kehittämisprosesseissaan. Osastolla asentohoidon ohjaus koetaan joskus haasteelliseksi ja usein mietitään miten potilaat selviytyvät asentohoidosta kotona. Koska potilaitten hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttamien ohjauksella kiinnosti, työhön valittiin kyseisen näkökulman.

Suunnittelupalaveri pidettiin jo toukokuussa 2011. Opiskelu ja työ samanaikaisesti hidastivat opinnäytetyöntöynten alkua. Vuoden päästä toukokuussa aloitettiin teoriaosuuden kirjoittamisen. Suunnitteluvaiheen seminaari pidettiin syyskuussa 2012. Työ oli tarkoitus tehdä kvantitatiivisena käyttäen valmista mittaria. Mittarin käyttö osoittautui maksulliseksi, joten siitä joudut-

tiin luopumaan. Opinnäytetyö päätettiin tehdä laadullisena ja käyttää teemahaastattelua aineiston tuottamisessa. Tutkimuslupa saatiin syyskuussa 2012. Haastattelut tehtiin loka- marraskuussa 2012, jonka jälkeen alkoi analyysivaihe ja lopullisen raportin kirjoittaminen.

Haasteelliseksi koettiin opinnäytetyön prosessin aikana kaksi vaihetta. Opinnäytetyön muuttuminen kvantitatiivisesta kvalitatiiviseksi aiheutti koko prosessin uudelleen hahmottamisen. Tiedonhankintavaihe piti miettiä ja organisoida uudelleen. Teemahaastattelu vaati huomattavasti enemmän opinnäytetyöntekijöiden aktiivista läsnäoloa kuin kyselylomakkeella tehty tiedonhankinta. Toinen haastava tekijä oli tutkimusluvun saaminen. Lupakäytännöt olivat muuttuneet vuoden sisällä. Aikaisemmin saadusta tiedosta poiketen lupaa ei haettu eettiseltä lautakunnalta vaan klinikkaryhmän johtajalta. Eettisen lautakunnan kokousta kesätauon jälkeen odotettiin turhaan.

Opinnäytetyön prosessin aikana tietämys aikaisemmin opiskelluista asioista syveni. Tietämys tiedonhausta ja tutkimusprosessista kokonaisuudessaan lisääntyi. Työn edetessä huomattiin kuinka paljon kuluu aikaa työn eri vaiheisiin. Hoitotyön kannalta perehdyttiin laajasti hoitoon sitoutumiseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Työhön toi lisää sisältöä potilaiden henkilökohtainen tapaaminen. Työhön saatiin vahvasti esiin potilaiden oma näkemys hoitoon sitoutumisesta. Yhteistyö osaston hoitohenkilökunnan kanssa oli joustavaa. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen oli koko opinnäytetyön prosessin ajan positiivista.

## 6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esiin potilaiden käsityksiä asentohoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Potilaita motivoi toteuttamaan asentohoitoa pelko näön menettämisestä sekä uusintaleikkauksesta. Pelko lisäsairauksista on muissakin tutkimuksissa todettu olevan hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Watermanin ym. (2005a) tutkimuksessa verkkokalvopotilailla pelko näön menetyksestä vaikutti heidän hoitoonsa sitoutumiseen. Lehane ja McCarthy (2007) ovat tutkimuksessaan todenneet pelon sydäninfarktista motivoivan verenvainepotilaita sitoutumaan hoitoonsa. Pelko näön menettämisestä on ymmärrettävää, koska potilaat leikkauksesta tultuaan eivät näe silmällä kunnolla ja koko prosessi on stressaava. Tässä opinnäytetyössä potilaat toivat esiin, että tiedon saanti motivoi toteuttamaan hoitoa. Samaa tulokseen ovat tulleet myös Waterman ym. (2005a), Lunnela (2011) sekä Stenman ja Toijamo (2002). Opinnäytetyön tuloksissa todettiin, että potilaat kaipasivat lisätietoa asento-hoidosta. Ackerson ja Preston (2009) ovat havainneet, että hoitoon sitoutumista voitaisiin parantaa antamalla tietoa silloinkin, kun potilaat itse eivät sitä osaa kysyä. Potilaiden ei voida olettaa olevan vastuullisia hoidossaan, jos he eivät saa riittävästi tietoa (Lunnela 2011: 82). Tämän työn mukaan myös hoidon hyvät tulokset motivoivat potilaita hoitoonsa sitoutumises- sa. Samaa tulokseen on tullut Lunnela (2011) glaukoomapotilaita tutkiessaan.

Kyngäksen mukaan (2009:33) hoidon järjestelyt vaikuttavat huomattavasti hoitoon sitoutumiseen. Sen lisäksi hoidon monimutkaisuudella on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Savikko ym. 2005: 12). Tämän opinnäytetyön tuloksissa selvisi, että asennon toteuttaminen kotona tuntui potilaista melko helpolta. Tämän asian potilaat kokivat positiivisena asiana ja hoidon toteutusta helpottavana asiana. Toimintaesteisyydellä on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (WHO 2003: 30). Potilaille oli tässä opinnäytetyössä tärkeää liikkumisen rajoitteista huolimatta säilyttää jonkinlainen yhteys muihin ihmisiin erilaisten laitteiden kautta ja erilaisten toiminnallisten aktiviteettien avulla noudattaa säännöllistä päivärytmiä. Liikkumaan tottuneille henkilöille itse kehitetyt pienet liikesarjat olivat suuri voimavara asentohoidossa jaksamisessa. Osalle potilaista hoidon aiheuttamat rajoitteet kuitenkin vaikuttivat siten, että hoitoa ei jaksettu jatkuvasti toteuttaa. Vernan ym. (2002) tutkimuksessa verkkokalvopotilaitten sitoutuminen oli paljon alle puolet kokonaisajasta. Tässä opinnäytetyössä osa potilaista ilmaisi, että ei noudattanut asentohoitoa jatkuvasti ja todennäköisesti on kyse molemmista sekä tarkoituksellisesta että tiedostamattomasta hoidon laiminlyönnistä. Esimerkiksi potilaat arvelivat, että öisin asento saattoi nukkuessa vaihtua. Myös Vernan ym. (2002) tutkimustuloksissa todettiin, että asentohoitoon sitoutuminen oli heikointa yöllä ja aikaisin aamulla. Kaikille potilaille ei ollut täysin selvää, miten jatkuvaa hoidon tuli olla ja vastauksissa tuli esiin myös, että potilaat halusivat konkreettista ohjausta tarkasta asennosta. Chanin ym. (2008) tutkimuksessa oikea asento näytettiin potilaille ja heitä neuvottiin tarkistamaan oikea asento ajoittain peilistä. Joillekin potilaille esimerkiksi kotitöitten tekeminen tuntui olevan niin tärkeää, että asentohoitoa ei määrättyä aikaa noudatettu. Tarkoituksetonta hoitoon sitoutumista voidaan ehkäistä tiedon lisäämisellä hoidon merkityksestä ja tarkoilla ohjeilla oikeasta asennosta. Potilaat toivat itsekin esiin hoidon merkityksen korostamisen tärkeyden. Tämän myös Chan ym. (2011) ovat huomioineet omassa tutkimuksessaan.

Potilaiden mielestä oma asennoituminen on tärkeää ja vastauksissa nähtiin myös asentohoidon suomat mahdollisuudet. Asentohoitoon positiivisesti vaikuttavien asioiden löytämisellä ja korostamisella voidaan vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Fyysiset ja psyykkiset ongelmat kuormittavat potilaita asentohoidon aikana. Osa potilaista kuvasi kivun olevan voimakasta, kuten potilaat Tadayonin ym. (2011) tutkimuksessa. Psyykkiset ongelmat olivat erilaisia pelkoja ja huolestumista. Näiden tekijöiden merkityksen ymmärtäminen hoitoon sitoutumisessa on merkittävä, koska pelokkaat ja masentuneet potilaat sitoutuvat muita potilaita huonommin hoitoonsa (Waterman ym. 2005b).

Ilman omaisten ja ystävien tukea verkkokalvokirurgisten potilaiden asentohoidon toteuttaminen on lähes mahdotonta. Tuki oli konkreettista apua jokapäiväisissä toimissa, mutta myös kannustusta, hyväksyntää ja motivointia. Osa potilaista ei kuitenkaan halunnut omaisia mukaan ohjaustilanteeseen, kuten eivät astmapotilaatkaan Stenmanin ja Toijamon (2002) tutki-

muksessa. Tässä opinnäytetyössä potilaat perustelivat asiaa siten, että jos potilaille annetaan riittävän kattavat kirjalliset ohjeet, omaiset voivat tarkistaa asiat sieltä. Tämän työn tulosten perusteella hoitohenkilökunnan tuki käsitettiin lähinnä tiedolliseksi tuen antamiseksi. Samaan tulokseen on tullut myös Lunnela (2011) tutkimuksessaan. Tässä työssä hoitajien antama tuki oli tärkeää ja hoitajat olivat potilaiden merkittävin tiedollisen tuen lähde toisin kuin Lunnelan (2011) tutkimuksessa, jossa potilaat saivat lääkäriltä eniten tiedollista tukea. Lääkärien tuen puutteen arveltiin johtuvan kiireestä ja vähäpuheisuudesta Lunnelan (2011) tutkimuksessa, kuten myös tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat eivät olleet kovin aktiivisia tiedon hankinnassa, mutta he kuitenkin toivoivat saavansa tietoa nykyistä enemmän. Tehostetun ohjauksen on todettu lisäävän potilaitten hoitoon sitoutumista (Kääriäinen 2007; Laapotti ym. 2004; Van Hecke ym. 2010; Williams 2010).

Waterman ym. (2005b) totesivat, että verkkokalvokirurgisten potilaiden hoitoon sitoutumista edistää apuvälineiden saatavuus. Opinnäytetyössä potilaat eivät kaivanneet apuvälineitä vaan he kokivat itse kykenevänsä kehittämään keinot asennon toteuttamiseksi. Tästä huolimatta vastauksissa tuli esiin myös, että potilaat kaipaavat käytännön vinkkejä kotiin siitä, miten asennon toteuttaminen onnistuu. Hoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien ratkaisu oli yksi asia, minkä myös Waterman ym. (2005b) listasivat verkkokalvokirurgisten potilaiden hoitoon sitoutumisen edistämiseksi tehtäviin toimenpiteisiin. Opinnäytetyössä haastatellut potilaat olivat hyväkuntoisia ja he normaalioloissa selviävät päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti. He arvelivatkin, että huonokuntoiset potilaat saattavat asentohoidon toteutuksessa kaivata heitä enemmän tukea. Haastatelluista kenelläkään ei ollut myöskään kasvot alaspäin asentoa, joka saattaa olla potilaille muita asentoja hankalampi. Ikääntyneempien, huonokuntoisten sekä kasvot alaspäin asentoa toteuttavien potilaitten puuttuminen tästä tutkimuksessa vaikuttaa varmasti jonkin verran tuloksiin. Kasvot alaspäin asentoa on osastolla nykyisin vähemmän. Kylkiasento on helpompi toteuttaa eikä ole niin hankala potilaan toteuttaa kuin kasvot alaspäin asento. Ehkä tästä syystä opinnäytetyöhön ei saatu yhtään kasvot alaspäin hoitoa toteuttavaa potilasta.

Potilailla tulee siis olla tietoa ja taitoa toteuttaa kotona asentohoitoaan. Potilaiden tulee hyväksyä sairautensa ja tilanteensa, jotta he voivat motivoitua hoitoonsa. Hoitohenkilökunnan tulisi potilaan kanssa yhdessä suunnitella hoitoa ja miettiä hänen kannaltaan parhaat toteuttamiskeinot kotona. Tämä edistäisi potilaiden hoitoonsa sitoutumista. Potilaitten sitoutumista hoitoonsa parantaa tietoisuuden lisääminen komplikaatioiden riskeistä. Hoitohenkilökunnan tietoisuus siitä, miten he voivat edistää hoitoon sitoutumista on tärkeää. Waterman ym. (2005b) korostivat tutkimuksessaan sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan tietoisuuden lisäämisen tärkeyttä sekä hyvää vuorovaikutusta kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Hyvien vuorovaikutustaitojen merkitys tuli esiin myös opinnäytetyön tuloksissa.



## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Osasto S7:n hoitohenkilökunta jakoi opinnäytetyön saatekirjeet ja suostumuslomakkeet potilaille tiettyinä ajanjaksona. Tarkoituksena oli, että jokaiselta valintakriteerit täyttävältä potilaalta kysytään halukkuutta osallistua haastatteluun. Haastatteluun valikoitui suhteellisen hyväkuntoisia potilaita. Voidaan miettiä, vaikuttiko potilaiden kunto tai ikä halukkuuteen osallistua haastatteluun. Haastattelujen tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia iäkkäämmillä ja huonokuntoisemmilla potilailla.

Hyvä haastattelurunko on yksi laadukkaan tutkimuksen edellytys. Tässä työssä on etukäteen mietitty lisäkysymyksiä ja niiden muotoa, jotta teemoja voitiin syventää. Haastattelutilanteet olivat kuitenkin sellaisia, että niissä tuli esitettäväksi joitakin ennalta suunnittelemtomia kysymyksiä ja kysymysten muotoilu vaihteli jonkin verran tilanteesta riippuen. Kaikki haastattelut teki sama haastattelija, jolla varmistettiin se, että kaikki haastateltavat potilaat haastateltiin samalla tavalla. Haastattelujen tekijäksi valittiin henkilö, jolla ei ollut aikaisempaa kokemusta kyseisistä potilaista. Tällä varmistettiin se, että haastattelija ei voinut johdella haastateltuja. Luotettavuutta lisäsi myös se, että haastattelija ei osallistunut potilaiden hoitoon. Näin haastateltavat ovat voineet vapaasti kertoa ajatuksiaan hoitoon sitoutumiseen sisältyvistä tekijöistä.

Myös aineiston saturoituminen lisää luotettavuutta. Tiettyjä asioita esiintyi lähes kaikkien haastateltavien kokemuksissa. Aineisto sisälsi haastateltavien kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä ja kertomuksia omasta tilanteestaan ja vastasi tutkimuskysymyksiin. Aineiston voidaan katsoa olevan riittävä. Haastattelujen tallentamiseen käytetyn laitteen toimivuus tarkistettiin aina ennen haastattelutilannetta. Haastattelujen välillä tarkistettiin aika ajoin, että nauhoittamisen merkinä oleva punainen valo paloi nauhoituslaitteessa. Haastattelurunko oli aina mukana haastattelutilanteissa. Haastattelun päättyessä haastattelija kävi vielä läpi haastattelurungon ja tarkisti, että kaikki teema-alueet oli käsitelty. (Hirsjärvi ym. 2001: 184.) Kahdelta haastateltavalta kysyttiin vielä yksi kysymys juuri ennen heidän poistumistaan huoneesta, jossa haastattelu oli tapahtunut. Molemmille esitettiin sama kysymys. Kysymys kuului, ”Soititko osastolle asentohoidon aikana”. Molempien vastaus oli kielteinen.

Haastattelut pyrittiin litteroimaan mahdollisimman nopeasti haastattelutilanteen jälkeen. Litteroinnit suoritti haastattelut tehnyt henkilö. Litteroinnin laatua pyrittiin varmentamaan sillä, että toinen henkilö litteroi haastatteluista valittuja otoksia, joita sitten verrattiin alku-peräiseen litteroituun tekstiin. Kaikki tutkimukseen valitut ja suostuneet henkilöt haastateltiin. Haastattelujen tallenteet olivat laadultaan hyviä. Litterointi tapahtui samalla tavalla kaikkien haastattelujen kohdalla. (Hirsjärvi ym. 2001: 184-185.)

Aineiston tuottamiseksi valittu menetelmä, puolistrukturoitu teemahaastattelu, soveltui hyvin asentohoitoa toteuttaneiden potilaiden haastattelemiseen. Sillä saatiin hyvin esiin haastateltujen potilaiden kokemuksia ja omia näkemyksiä asentohoidosta. Opinnäytetyön tekijät pitivät pelkistettyä päiväkirjaa haastateltavista. Päiväkirja olisi voinut olla kattavampi ja siten olisi voitu opinnäytetyön luotettavuutta siltä osin parantaa (Hirsjärvi ym. 2001: 184). Aineiston analysoinnin luotettavuuden arvioimiseksi osa luokitteluperusteista ja niihin päätyminen sekä analyysin eteneminen alkuperäisilmaisusta käsitteelliselle tasolle on esitetty taulukon muodossa (Hirsjärvi ym. 2001: 189). Raportoinnissa on pyritty esittämään yhteys tulosten ja aineiston välillä esittämällä suoria lainauksia. Lukijan tulee saada raportin perusteella käsitys tiedonhankkimisprosessista ja sen luotettavuudesta (Metsämuuronen 2006).

### 6.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Kirurgisten verkkokalvopotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa heidän itsensä kuvaamana pelko näön menettämisestä ja pelko uusintaleikkauksesta, leikkauksen onnistuminen sekä tiedon saanti. Radio, televisio ja DVD-laitteet sekä liikunta asentohoidon sallimissa rajoissa auttoivat potilaita jaksamaan hoidon toteutuksessa. Puhelimen avulla yhteydenpito ystäviin ja omaisiin oli tärkeää. Potilaat pyrkivät säilyttämään säännöllisen päivärytmin asentohoitoa toteuttaessaan. Omalla asennoitumisella on vaikutusta hoidossa jaksamiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Asentohoidosta aiheutuneet fyysiset ongelmat olivat lievimmillään epä mukavuuden tunnetta. Koviakin kipuja potilaat kuvasivat, joita he hoitivat kipulääkkeillä. Potilaat kuvasivat myös eriasteisia univaikeuksia asentohoidon aikana. Psykkiset ongelmat ilmenivät erilaisina pelkoina ja huolena paikallaan olon seurauksista.

Omaisilta ja ystäviltä saatu tuki auttoi potilaita hoitoon sitoutumisessa. He kokivat yleisesti saavansa riittävästi tukea. Tuki oli hoidosta muistuttamista, hyväksyntää, kannustusta, seuraamista, huumorin ylläpitoa sekä konkreettista apua asennon toteuttamisessa, kotitöissä ja jokapäiväisissä toimissa. Toisille potilaille ystävien vierailut olivat mieluisia, toisia ne enemmänkin stressasivat. Vieraampien, asentohoidosta tietämättömien henkilöiden asennoituminen aiheutti mielipahaa. Hoitohenkilökunnalta saatu tuki oli pääasiassa tiedollista tukea, neuvoja ja ohjausta asennon toteuttamisessa. Useimmat potilaat kokivat saaneensa henkilökunnalta riittävästi tukea, mutta esiin tuli myös, että ohjaus oli ollut joissain tapauksissa ristiriitaista. Osa potilaista koki, että ei saanut riittävästi tukea lääkäriltä. Syyksi arveltiin lääkärin ajan puutetta ja puutteellisia vuorovaikutustaitoja. Monet potilaat olivat sitä mieltä, että lääkärin tehtävä on vain toimenpiteen suorittaminen ja muu tuki on hoitohenkilökunnan tehtävä. Lääkäriltä kaivattiin tarkkaa selvitystä leikkauksen jälkivaikutuksista ja infopakettia jälkihoitoa varten. Potilaat eivät kaivanneet lainattavia apuvälineitä. Potilaat käyttivät kotona itse kehittämiään keinoja asennon toteuttamiseen.

Asentohoito-ohjausta potilaat saivat pääasiassa leikkauksen jälkeen hoitajilta ja ohjaus koettiin suurimmaksi osaksi riittäväksi. Ohjaus oli suullista, kirjallista tai video-ohjausta sekä näiden erilaisia yhdistelmiä. Potilaiden itsensä kuvaamana seuraavilla ohjauksen toimilla voitaisiin kehittää verkkokalvopotilaiden hoitoon sitoutumista:

- Henkilökohtainen, konkreettinen ohjaus, jossa kädestä pitäen näytetään oikea asento.
- Annetaan ohjausta myös jokapäiväisissä ja henkilökohtaisissa toimissa.
- Sellaisten liikuntavinkkien antaminen, joita voi suorittaa asentohoitoa toteuttaessaan.
- Yhtenäinen ohjaus.
- Ohjauksessa tulee noudattaa hyviä vuorovaikutustaitoja.
- Annetaan aikaa valmistautua kotona asentohoitoon ja sen järjestämiseen.
- Ohjauksen tulee olla tarkkaa, informatiivista, asentohoidon syitä selvittävää ohjausta.
- Asentohoidon intensiteetti ja jatkuvuus määritellään tarkasti.
- Annetaan selkeät kirjalliset ohjeet.
- Käytetään asentohoitoa käsittelevää videota.

Opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää laajemmin, mutta niitä voidaan hyödyntää verkkokalvokirurgisessa yksikössä potilaiden hoitotyössä, kehitettäessä uusia ohjausmenetelmiä sekä tuettaessa potilaita hoitoonsa sitoutumisessa.

## Lähteet

- Ackerson, K., Preston, S. 2009. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65 (6), 1130-1140.
- Bissonnette, J.M. 2008. Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63 (6), 634-643.
- Chan, C.K., Lin, S.G., Nuthi, A., Salib, D.M. 2008. Pneumatic retinopexy for the repair of retinal detachments: A comprehensive Review (1986-2007). *Survey of Ophthalmology* 5 (53), 443-478.
- Cohen, S.M. 2009. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum* 1 (44), 25-36.
- Denhaerynck, K., Steiger, J., Bock, A., Schäfer-Keller, P., Köfer, S., Thannberger, N., De Geest, S. 2007. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *American Journal of Transplantation* 7, 108-116.
- Doggrell, S.A. 2010. Does intervention by an allied health professional adherence to medicines improve this adherence in type 2 diabetes? *Diabetic Medicine* 27, 1341-1349.
- Drawz, P., Bocirnea, C., Greer, K., Kim, J., Rader, F., Murray, P. 2009. Hypertension guideline adherence among nursing home patients. *Society of General Internal Medicine* 24 (4), 499-503.
- Hacihanoglu, R., Götzüm, S. 2010. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing* 20, 692-705.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A., Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Hietanen, J., Hiltunen, R., Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hwang, J-F., Chen, S-N., Lin, C-J. 2011. Treatment of inferior regmatogenous retinal detachment by pneumatic retinopexy technique. *The Journal of Retinal and Vitreous Diseases* 2 (31),
- Immonen, I., Kivelä, T., Saari, K.M. 2011. Verkkokalvo ja sen sairaudet. Teoksessa Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2007. läkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2 (19), 51-62.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Kaufman, G., Birks, Y. 2009. Strategies to improve patients adherence to medication. *Nursing Standard* 23 (49), 51-57.

- Kaukonen, J. 2010. Päiväkirurgisessa kaiholeikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Kemi, S., Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2009. Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumiseen ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* 3, 174-184.
- Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M., Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.). 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Knowles, V. 2007. Managing asthma: concordance of with treatment. *Practice Nurse* 34 (5), 35-41.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 609-615.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Väitöskirja D352. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kyngäs, H. 1999. Mittarin kehittäminen diabeetikkuorten hoitoon sitoutumisen arvioimiseksi. *Hoitotiede* 4 (11), 151-161.
- Kyngäs, H. 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutuminen ja sen tukeminen. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L., Wilskman, K. (toim.) *Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 55-68.
- 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. 2008. *Ohjaaminen hoitotyössä*. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja D 937. Oulu: Oulun Yliopisto.
- Laapotti-Salo, A., Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. *Tutkiva hoitotyö* 2 (1), 23-28.
- Lahdenperä, T. 2005. Tietotekniikka, sykemittari ja kotimittaus tukemassa verenpainepotilaan hoitoa. Teoksessa Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L., Wilskman, K. (toim.) *Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 69-85.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C., Plos, K. 2007. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 3 (21), 313-320.
- Lehane, E., McCarthy, G. 2007. An examination of the intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. *Journal of Clinical Nursing* 16, 698-706.
- Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.). 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Lunnela, J. 2011. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisen edistäminen tehostetun ohjauksen ja sosiaalisen tuen avulla. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Lunnela, J., Kyngäs, H., Hupli, M. 2006. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3, 151-159.

Madgula, I.M., Costen, M. 2008. Functional outcome and patient preferences following combined phaco-vitreotomy for macular hole without prone posturing. *Eye* 22, 1050-1053.

Matsuda, M., Yoneda, J., Nakamura, M., Yamashita, Y., Hirano, Y., Kawamura, R., Nishida, T. 2002. Prevention of ventilatory disturbance while in the face-down position after macular hole surgery. *Nursing and Health Sciences* 4, 85-88.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Moniammatillinen kokous. 2012. Silmäklinikka, osasto S7 henkilökunta.

Myers, M.D. 2008. Patient position during idiopathic macular hole surgery. *Am J Ophthalmol* 146 (1), 128-134.

Newell, K. 2006. Concordance with asthma medication: the nurse's role. *Nursing Standard* 20 (26), 31-33.

Osasto 7 verkkokalvokirurginen yksikkö. 2012. Viitattu 16.8.2012.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,968,2446,4111,2458>

Paquay, L., Verstraete, S., Wouters, R., Buntinx, F., Vanderwee, K., Defloor, T., Van Gansbeke, H. 2010. Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest - post-test study. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1803-1811.

Park, J., Jackson, J., Skinner, E., Ranghell, K., Saiers, J., Cherney, B. 2010. Impact of an adherence intervention program on medication adherence barriers, asthma control, and productivity / daily activities in patients with asthma. *Journal of Asthma* 47, 1072-1077.

Perehdytyskansio, S7. 2012. Silmäklinikka, osasto S7.

Pitkälä, K., Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. *Duodecim*; 123-501-2; 501-502.

Puusa, A. 2011. Haastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Teoksessa Puusa, A., Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Johtamistaidon opisto, 73-87.

Puusa, A., Juuti, P. 2011. Laadullisen lähestymistavan yleistymisen kulttuurinäkökulman myötä. Teoksessa Puusa, A., Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Johtamistaidon opisto, 31-46.

Puusa, A., Juuti, P. 2011. mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa Puusa, A., Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Johtamistaidon opisto, 47-57.

Routasalo, P., Savikko, N., Pitkälä, K. 2005. Miten ammattilainen voi tukea kuntoutukseen sitoutumista? Teoksessa Pitkälä, K., Savikko, N., Routasalo, P. (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus Oy, 41-58.

Savikko, N., Pitkälä, K. 2005. Mitä hoitoon sitoutuminen merkitsee? Teoksessa Pitkälä, K., Savikko, N., Routasalo, P. (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus Oy, 7-15.

Savikko, N., Routasalo, P., Haapaniemi, H., Pitkälä, K. 2005. Voiko hoitoon sitoutumista mitata? Mittarin kehittämisprosessi. Teoksessa Pitkälä, K., Savikko, N., Routasalo, P. (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus Oy, 69-85.

Shelswell, N.L. 2002. Perioperative Patient Education for Retinal Surgery. *AORN Journal* 75 (4), 801-807.

Silmätaudit potilasohje: Makulareikä (macula hole). 3.4.2007. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Silmätaudit potilasohje: Silmän sisäinen kaasukupla. 1.9.2011.K.K./I.I.. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Silmätaudit potilasohje: Verkkokalvon irtauma (ablatio retinae). 3.4.2007. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Song, M., Ratcliffe, S., Tkacs, N., Riegel, B. 2012. Self-care and health outcomes of diabetes mellitus. *Clinical Nursing Research* 21 (3), 309-326.

Stenman, P., Toijamo, M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede* 1, 19-25.

Tadayoni, R., Vicaut, E., Devin, F., Creuzot-Garcher, C., Berrod, J-P., Le Mer, Y., Korobelnik, J-F., Aout, M., Massin, P., Gaudric, A. 2011. A randomized controlled trial of alleviated positioning after small macular hole surgery. *Ophthalmology* 1 (118), 150-155.

Tatham, A., Banerjee, S. 2010. Face-down posturing after macular hole surgery: a meta-analysis. *Br J Ophthalmol* 94, 626-631.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuorila, H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Viitattu 19.5.2012. [http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04\\_tuorila\\_terveyspalvelut.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 11.9.2012. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanta/Hyva\\_Tieteellinen\\_FIN.pdf](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf)

Ulfvarson, J., Bardage, C., Wredling, R., Von Bahr, C., Adami, J. 2007. Adherence to drug treatment in association with how the patient perceives care and information on drugs. *Journal of Clinical Nursing* 16, 141-148.

Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Beele, H., Flour, M., Defloor, T. 2010. Systematic development and validation of a nursing intervention: the case of lifestyle adherence promotion in patients with leg ulcers. *Journal of advanced nursing* 67 (3), 662- 676.

Verna, D., Jalabi, M.V., Watts, W.G., Naylor, G. 2002. Evaluation of posturing in macular hole surgery. *Eye* 16, 701-704.

Waterman, H., Harker, R., MacDonald, H., McLaughlan, R., Waterman, C. 2005a. Advancing ophthalmic nursing practice through action research. *Journal of Advanced Nursing* 52 (3), 281-290.

Waterman, H., Harker, R., MacDonald, H., McLaughlan, R., Waterman, C. 2005b. Evaluation of an action research project in ophthalmic nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 52 (4), 389-398.

Watkinson, S. 2010. Improving care of chronic open angle glaucoma. *Nursing Older People* 8 (22), 18-23.

WHO. World Health Organization. 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus. WHO:n julkaisu. Viitattu 18.5.2012.  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report\\_fin.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf).

Williams, A.M. 2010. Issues affecting concordance with leg ulcer care and quality of life. *Nursing Standard* 45 (24), 51-58.



## Liitteet

Liite 1 Leikkausten lukumäärä.....	58
Liite 2 Haastateltavalle toimitettava tiedote.....	59
Liite 3 Haastattelun suostumus.....	60
Liite 4 Aineistonkeruun kuvaus .....	61
Liite 5 Tutkimuslupa.....	62
Liite 6 Analyysiprosessi .....	64

## Liite 1 Leikkausten lukumäärä

## Toimenpiteet, joissa asentohoito mahdollinen

Päivämäärä	2011
TMP yksikkö	SI leikkausosasto 8447
Potilaan erikoisala	Kaikki erikoisalot
Postop diagnoosi	H35.37 - Makulan reikä

Potilastapausten lkm	
Toimenpide	Yhteensä
CKD91 - Laaja lasiaisenpoistotoimenpide pars planan kautta	88
Kaikki yhteensä	88

Päivämäärä	2011
TMP yksikkö	SI leikkausosasto 8447
Potilaan erikoisala	Kaikki erikoisalot
Postop diagnoosi	H33.0 - Verkkokalvovireistä aiheutunut irtauma

Potilastapausten lkm	
Toimenpide	Yhteensä
CKD91 - Laaja lasiaisenpoistotoimenpide pars planan kautta	33
CKD92 - Yhdistetty lasiais- ja verkkokalvotoimenpide	288
Kaikki yhteensä	321

Liite 2 Haastateltavalle toimitettava tiedote

Saatekirje

## HYVÄ ASENTOHOITOA TOTEUTTAVA POTILAS

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta. Olette olleet silmäleikkauksessa Hyksin silmäklinikalla, osastolla S7 ja toteutatte kotonanne asentohoitoa. Olemme kiinnostuneita siitä, **miten asentohoidon toteutus kotona mielestänne onnistui**. Haastattelemme teitä kontrollikäynnin yhteydessä osastolla. Varatkaa aikaa haastatteluun noin puoli tuntia. Haastattelu on osa opinnäytetyötämme. Työmme tarkoituksena on kehittää asentohoitoa toteuttavien potilaiden ohjausta.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Haastattelu tehdään ilman nimeänne tai muuta tietoa henkilöllisyydestänne. Vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti eikä vastauksenne vaikuta hoitoon. Toivomme teidän osallistuvan haastatteluun, koska Teidän mielipiteenne on meille tärkeä ja sen avulla autatte meitä valmistumaan sairaanhoitajiksi. Annamme mielellämme tarvittaessa lisätietoa haastattelusta.

Yhteistyöstänne kiittäen

Päivi Aho  
paivi.m.aho@laurea.fi

Jaana Latva-Mäenpää  
jaana.latva-maenpaa@laurea.fi

Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii ja lisätietoja myös antaa

Riitta Salo  
riitta.salo@laurea.fi

Liite 3 Haastattelun suostumus

## Suostumus

### Opinnäytetyö aiheesta Kotona tapahtuvaan asentohoittoon sitoutuminen verkkokalvokirurgisen potilaan kokemana

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyötä varten tehtävästä haastattelusta sekä mahdollisuuksien esittää kysymyksiä siitä opinnäytetyön tekijöille.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Suostun myös, että haastattelu nauhoitetaan. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan haastatteluun:

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

Kontrolliaika: \_\_\_\_\_

#### Liite 4 Aineistonkeruun kuvaus

##### Tutkimuskysymykset

Kaikki tutkimuskysymykset kohdistetaan kotona asentohoitoa toteuttaville verkkokalvo-kirurgisille potilaille.

##### Tutkimuskysymys 1:

Millaisia potilaaseen liittyviä tekijöitä sisältyy hoitoon sitoutumiseen haastateltavien itsensä kuvaamana?

##### Tutkimuskysymys 2:

Millaisia tukeen liittyviä tekijöitä sisältyy hoitoon sitoutumiseen haastateltavien itsensä kuvaamana?

##### Tutkimuskysymys 3:

Millaisia ohjaukseen liittyviä tekijöitä sisältyy hoitoon sitoutumiseen haastateltavien itsensä kuvaamana?

##### Haastattelun teemat


Sukupuoli ja ikä  
Potilaan voimavarat  
Potilaan motivaatio  
Pelko lisäsairauksista  
Muut sairaudet  
Hoidon haittavaikutukset

Terveystenhoitohenkilöstöltä saatu tuki  
Omaisilta ja ystäviltä saatu tuki

Ohjauksen ajankohta  
Ohjausmuoto  
Ohjauksen antaja  
Tiedon riittävyys

## Liite 5 Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLUSTUS HYKS-sairaanhoitoalue 2012 Operatiivinen tulosyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 196 12.10.2012	1 (2)
		Dnro
Hakijat	sairaanhoidon opiskelijat Jaana Latva-Mäenpää ja Päivi Aho	
Esittelijä	johtava ylihoitaja Arja Tuokko	
Asia	<b>TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN JAANA LATVA-MÄENPÄÄN JA PÄIVI AHON TUTKIMUKSELLE: KOTONA TAPAHTUVAAN ASENTOHOITOON SITOUTUMINEN KIRURGISEN VERKKOKALVOPOTILAAN KOKEMANA</b>	
Perustelut	<p>Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat Jaana Latva-Mäenpää ja Päivi Aho anovat tutkimuslupaa opinnäytetyön aineiston keräämiselle. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää asentohoitoa vaativien verkkokalvokirurgisten potilaiden sitoutumista postoperatiiviseen asentohoitoonsa kotona ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.</p> <p>Jaana Latva-Mäenpää ja Päivi Aho anovat lupaa suorittaa opinnäytetyön aineiston kerääminen teemahaastattelun avulla kirurgisesti hoidetuilta verkkokalvon korjausleikkauksen läpikäyneiltä potilailta (N=20), jotka on hoidettu HYKS Operatiivisen tulosyksikön Silmä-Korvasairaalan osastolla S7. Tiedote haastatteluun suostumisesta annetaan potilaalle sairaalassa kotiutumisen yhteydessä ja haastattelut toteutetaan jälkitarkastuksen yhteydessä. Potilas allekirjoittaa vielä kirjallisen suostumuksen osallistumisesta. Teemahaastattelun aiheet ovat liitteenä. Haastattelut nauhoitetaan.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaajina ovat lehtori Riitta Salo ja lehtori Hannele Moisander Laurea ammattikorkeakoulusta. HUS-vastuuhenkilönä toimii kliininen asiantuntija Hannele Saunders.</p> <p>Osastoryhmän päällikkö Nina Fagerholm on tietoinen opinnäytetyöstä ja suostuva sen toteuttamiselle.</p> <p>Tämän kehittämistyön avulla saadaan tietoa potilaan asentohoitoon sitoutumisesta verkkokalvoleikkauksen jälkeen. Saadun tiedon pohjalta on tarkoitus laatia kirjalliset hoito-ohjeet asentohoidosta.</p>	
Päätös	Edellä olevan perusteella päätän, että Jaana Latva-Mäenpäälle ja Päivi Aholle myönnetään tutkimuslupa ajalle 12.10. - 31.12.2012.	
Ehdot	<p>Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonyymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten tietojen kopioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät julkaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuhdekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.</p> <p>Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa raportti opinnäytetyön raportointilomakkeella (johtajaylihoitajan ohje 1/2010 liite 5) HYKS Operatiivisen tulosyksikön toimialajohtaja Reijo Haapiaselle sekä johtava ylihoitaja Arja Tuokolle. Johtava ylihoitaja Arja Tuokolle lähetetään myös koko raportti sähköisessä muodossa.</p>	

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLI HYKS-sairaanhoitoalue 2012 Operatiivinen tulosyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 196 12.10.2012	Dnro	2 (2)
Sovelletut oikeusohjeet	HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002 Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) Henkilötietolaki (523/1999) Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Potilasvahinkolaki (585/1986)		
Päätösvallan peruste	Hallintosääntö 20 § HYKS operatiivisen tulosyksikön johtajan päätös § 249 (31.08.2009)		
Lisätietojen antaja	Erikoissuunnittelija Leena Timonen, p. 050 - 427 0568 tai 09 - 471 78407 sähköposti: leena.timonen@hus.fi		
	 Pauli Puolakkainen HYKS/Oper ty, EVO-vastuulääkäri		
Tiedoksi	sairaanhoidon opiskelija Jaana Latva-Mäenpää sairaanhoidon opiskelija Päivi Aho lehtori Riitta Salo lehtori Riitta Moisander johtava ylihoitaja Arja Tuokko osastoryhmän päällikkö Nina Fagerholm erikoissuunnittelija Leena Timonen kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castrén kliininen asiantuntija Satu Rauta kliininen asiantuntija Jaana Kotila kliininen asiantuntija Hannele Saunders kliininen asiantuntija Susan Arminen kliininen asiantuntija Tiina Saloranta kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen		
Lähetetty tiedoksi	12.10.2012/tv		

## Liite 6 Analyysiprosessi

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Ilmaisun merkitys	Alaluokka	Yläluokka
<p>No en mä tiedä, ehkä ennen kotiin lähtöö ni, ni, ni käydä läpi niinku potilaan kanssa tarkemmin se, että missä asennossa ja et miten tärkeetä se on ja kuinka, kuinka kauan et, et, et. Jotenkin siinä ei tullu esille se, että, kun täälläkin oli sairaalas, ni sitä sai, sai nousta ylös ja mennä vessaan ja se jäi vähän niinku epäselväks, et miten paljon kotona saa liikkuu ja, että ehkä siin olis voinu olla vähän enemmän informaatioo. Just se, että, että käydä läpi niinku se, että täällähän käyti läpi se asento, kun sänky laitettiin, mutta ehkä jotain sellasia niksejä, et miten kotona voi toteuttaa sen homman. (H2)</p> <p>Ei, kyllä mun mielestä... ihan tarpeeks on ohjeistettu ja muuta että... Ainoo on just se, että, että jos tietäis tästä asentohoidosta ennen, ennen niin pystyis kotona jo niinku valmistelemaan, niin ku mä sanoin, mut kun ei sitä sitte tiedä. Tai en tiedä, että missä vaiheessa ne sitte täällä tiesi, että mistä se kalvo on irti ja, ja, ja ehkä ne ois voinu informoida päivää ennen et, jos olis tienny, että mistä se on irti ja mitä luultavasti tulee tapahtuu, et. Niin sillo olis voinu ennakkoo jo pyytää jonkun rakentamaan jonkinlaisen systeemin, et, et, joo...(H2)</p> <p>Et just ne, ne perusteet ja et ei pelkästään, et tee näin, vaan miks, miks tehdään näin... niin tota... Ihan kiitettävästi... Joo... (H7)</p> <p>Se olisi juuri tämä, että hoitaja muutamalla sanalla kertoisi, mitä se on, niinku faktat ja sen jälkeen, niinku siis ennen leikkausta tietysti... ennen leikkaukseen menoo... et et to-</p>	<p>Ennen kotiin lähtöä olisi hyvä käydä potilaan kanssa läpi asento, asentohoidon kesko ja korostaa sitä, miten tärkeää asentohoidon toteuttaminen on. Kaipasi kotiin niksejä, miten asentohoidon voi kotona toteuttaa. Kaipasi enemmän informaatioita. Osastolla annetusta ohjauksesta jäi epäselväksi se, kuinka paljon kotona saa liikkuu. (H2)</p> <p>Olisi hyvä tietää jo etukäteen asentohoidosta, jotta pystyisi kotona valmistelemaan asentohoitoa. (H2)</p> <p>Ohjauksessa olisi hyvä kertoa myös perusteita asentohoidolle, miksi näin pitää toimia. (H7)</p> <p>Henkilökohtainen ohjaus ennen leikkausta siitä, mitä tulee tapahtumaan ja mitä asentohoito tarkoittaa. Olisi hyvä olla kirjallinen infopaketti, missä olisi eriteltynä konkreettisia ohjeita, esimerkiksi WC:ssä käymisestä ja siitä, miten tästä tilanteesta selviää niin hyvin kuin mahdollista. Osastolla olevaa radiota tulisi kehittää niin, että se pysyy korvalla. (H8)</p>	<p>Ennen kotiin lähtöä on saatava ohjaus asennosta ja asentohoidon kestosta. Asentohoidon tärkeyttä on korostettava ohjauksessa. Ohjauksessa vinkkejä nikseistä, miten asentohoidon toteuttaminen kotona onnistuu. Informaatioita nykyistä enemmän esimerkiksi siitä, kuinka paljon kotona saa liikkuu. (H2)</p> <p>Asentohoidosta olisi hyvä tietää etukäteen, jotta voisi kotona tehdä valmisteluja. (H2)</p> <p>Asentohoidon perusteiden kertominen tärkeää; Miksi pitää toimia tietyllä tavalla. (H7)</p> <p>Ennen leikkausta annettu henkilökohtainen ohjaus siitä, mitä asentohoito tarkoittaa ja mitä leikkauksen jälkeen tulee tapahtumaan. Kirjallinen infopaketti sisältäen konkreettisia ohjeita siitä, miten tilanteesta selviää mahdollisimman hyvin. Osaston radiota tulisi kehittää paremmin korvalla pysyväksi. (H8)</p>	<p>Asentohoidon syiden selittäminen</p> <p>Asentohoidon intensiteetin määrittäminen</p>	<p>Tarkka informatiivinen ohjaus</p>



<p>tanoi tällöinen toimenpide sulle tehdään ja mitä tää asentohoito tarkoittaa, kesto, miten kuan tietysti ja mikä se asento on ja mitä se on se... niinku mäkin olin aluks, et ai, enks mä pääse vessaanka, et juuri se, että kaikki eriteltty, mitä se on, että... vessaan mennessä sitten pää alaspäin... Näin muutamalla sanalla hoitaja ja sitten sanoo, että tässä on sinulle tällöinen infopaketti, johon voit tutustua, miten voit löytää mahdollisia keinoja, millä tavalla sä virkistäytyisit, niin hyvin kun suinkin tässä tilanteessa. Ja sitten se, niinku aikasemmin mainitsin se, et kehiteltäs sitä radioo, et se pysyisi hyvin siin korvalla. Ni täs oli must ihan kaks, kaks semmosta... Kun mä heti, se oli niin jännä, kun se hoitaja sano silloin aamulla, kun mä aattelin, et mä annan ihan palautetta, että hei, etteks te vois... (Nauraa) Ni tota, mut muuten tosiaa ni must se oli ihan uskomatonta, et kaiken kaikkiaan hyvin ystävällinen palvelu, että, et ku hoitajaki kävi yön aikana nii ahkerasti siis sit tosiaan katsomassa, että... Että tota... Siinä mielessä... (H8)</p>				
---	--	--	--	--