

Jaana Hietala

Pirjo Laulaja

**Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjaus**

**– kirjallinen ohje potilaalle**

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja AMK

Tekijä: Jaana Hietala, Pirjo Laulaja

Työn nimi: Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjaus – kirjallinen ohje potilaalle

Ohjaaja: Helinä Mesiäislehto–Soukka, TtT, KM, YTM, lehtori, Hilikka Majasaari, THM, lehtori.

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 57

Liitteiden lukumäärä: 7

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle. Tavoitteena oli kehittää silmätautienpoliklinikalle laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta. Tutkimuskysymykset olivat: Millaista tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa potilasohjeessa tarvitaan? Millaista tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa potilasohjeessa tarvitaan sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen? Mitkä ovat laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittämistarpeet sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen?

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusotteella. Aineisto koostui viiden sairaanhoitajan haastatteluista sekä kirjallisuudesta. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa ohjeessa tarvitaan tietoa retinopatiasta, laserhoidon tarkoituksesta, tavoitteesta ja hyödyistä, toimenpiteen kulusta sekä hoidon jälkeisistä tuntemuksista. Kirjallinen potilasohje helpottaa potilaan valmistautumista hoitoon ja vähentää jännitystä. Työyksikkökohtainen kirjallinen ohje toimii apuvälineenä potilasohjauksessa. Kirjallinen ohje on selkeä, lyhyt ja ymmärrettävä. Rauhallinen tila, riittävä ohjausaika, hoitajien ammattitaito, asiantuntemus, intuitio ja persoonallisuus ovat tärkeitä potilasohjauksessa. Potilaan ohjauksen kehittämistarpeita olivat kirjallisten ohjeiden uusiminen, lisäkoulutus ja potilasohjausmallin kehittäminen.

Avainsanat: potilasohjaus, kirjallinen potilasohje, diabetes, diabeettinen retinopatia, laserhoito.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree program in nursing

Specialisation: Nursing

Author/s: Jaana Hietala, Pirjo Laulaja

Title of thesis: Counselling patients with diabetic retinopathy on laser treatment – written instructions for patients

Supervisor(s): Helinä Mesiäislehto - Soukka, PhD, Msc (Edu.), MSSc, Senior Lecturer, Hilikka Majasaari, MNsc, Senior Lecturer

Year: 2011

Number of pages: 57

Number of appendices: 7

---

The purpose of this study was to produce written instructions for patients with diabetic retinopathy about to receive laser treatment at the eye clinic. The aim was to develop counselling of patients with diabetic retinopathy regarding laser treatment. The study questions were: what kind of information should be involved in the written instructions for patients with diabetic retinopathy about to receive laser treatment? What kind of information should be involved in the written instructions for these patients, based on the experience of registered general nurses? How should counselling of patients with diabetic retinopathy about to receive laser treatment be developed in the nurses' opinion?

The thesis was qualitative and the data consisted of themed interviews with five nurses and of relevant literature. The results were analysed using content analysis.

The study results showed that written instructions for patients with diabetic retinopathy about to receive laser treatment should contain information about retinopathy, the purpose, aim and benefits of laser treatment, the progress of the treatment and sensations after treatment. Written instructions facilitate patients' preparations and alleviate nervousness. Unit-specific instructions are useful as tools in patient counselling. The instructions should be clear, concise and understandable. A quiet room, adequate time and nurses' competence, expertise, intuition and personality are important elements in patient counselling. Development needs involve revision of the instructions, additional training and development of a patient counselling model.

Keywords: patient counselling, written instructions, diabetes, diabetic retinopathy, laser treatment.

SISÄLTÖ	
OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ .....	2
THESIS ABSTRACT .....	3
SISÄLTÖ .....	4
1 JOHDANTO .....	6
2 POTILASOHJAUS.....	7
2.1 Potilasohjauksen lähtökohdat .....	7
2.2 Ohjauksen taustatekijät.....	8
2.2.1 Ohjauksen fyysiset taustatekijät .....	8
2.2.2 Ohjauksen psyykkiset taustatekijät .....	9
2.2.3 Ohjauksen sosiaaliset ja kulttuuriset taustatekijät .....	10
2.2.4 Ohjauksen ympäristötekijät .....	10
2.3 Ohjauksen tavoitteet .....	11
2.4 Ohjausmenetelmän valinta .....	12
2.5 Ohjauksen toteutus .....	13
2.6 Ohjauksen arviointi .....	14
3 KIRJALLINEN POTILASOHJE .....	15
3.1 Kirjallinen potilasohje ohjauksen tukena .....	15
3.2 Kirjallisen ohjeen sisäiset vaatimukset.....	16
3.3 Kirjallisen ohjeen ulkoiset vaatimukset.....	18
4 DIABETES SAIRAUTENA JA DIABEETTINEN RETINOPATIA ....	20
4.1 Diabeteksen esiintyvyys.....	20
4.2 Diabeteksen hoito .....	20
4.3 Diabetes ja lisäsairaudet.....	21
4.4 Retinopatian esiintyvyys .....	21
4.5 Diabeettisen retinopatian riskitekijät ja ehkäisy.....	22
4.6 Diabeettisen retinopatian luokittelu .....	23
4.7 Diabeettisen retinopatian seulonta ja seuranta .....	25
5 SILMÄNPOHJAN LASERHOITO.....	26
5.1 Laserhoito hoitomuotona .....	26
5.2 Laserhoidon toteutus.....	26

5.3 Laserhoito eri luokitusten mukaan .....	26
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....</b>	<b>28</b>
<b>7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS.....</b>	<b>29</b>
7.1 Opinnäytetyön lähestymistapa ja aineiston keruu .....	29
7.2 Aineiston analyysi .....	31
<b>8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....</b>	<b>33</b>
8.1 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen ohjeen sisältö kirjallisuuden mukaan .....	33
8.3 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen sisältö.....	34
8.4 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen toteuttaminen .....	35
8.5 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen arviointi.....	35
8.6 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen.....	36
<b>9 OPINNÄYTETYÖN TUOTOS .....</b>	<b>38</b>
<b>10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>39</b>
10.1 Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelua .....	39
10.1.1 Kirjallisen potilasohjeen sisältö.....	39
10.1.2 Potilasohjauksen tavoitteet.....	40
10.1.3 Potilasohjauksen sisältö .....	41
10.1.4 Potilasohjauksen toteuttaminen .....	42
10.1.5 Potilasohjauksen arviointi.....	42
10.1.6 Potilasohjauksen kehittäminen.....	43
10.2 Johtopäätökset.....	44
10.3 Opinnäytetyön kehittämishaasteet ja jatkotutkimusaiheet.....	44
10.4 Opinnäytetyön prosessin tarkastelu .....	45
10.5 Opinnäytetyön eettisyys.....	46
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>50</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>54</b>

## 1 JOHDANTO

Suomessa diabetes on yksi nopeimmin kasvava tautiryhmä. Diabetesta sairastaa yli 500 000 ihmistä ja terveydenhuollon menoista sairaus vie 15 %. Diabeteksen hoidon tavoite on ehkäistä lisäsairauksien syntyminen ja taata potilaalle hyvä elämänlaatu ja oireettomuus. Diabeetikon hoidonohjaus on tärkeää ja sen tavoitteena on parantaa elämänlaatua, rohkaista potilasta omahoitoon, estää lisäsairaudet ja äkilliset komplikaatiot. Diabeetikolla tulee hoidon onnistumiseksi olla riittävästi tietoa, taitoa ja halua hoitaa itseään. (Käypä hoito – suositus 2011.) Diabetes on pitkäaikaissairaus, joka vaatii potilaalta tai hänen läheisiltään päivittäistä hoitoa ja johtaa lisääntyneeseen potilasohjaustarpeeseen.

Jokainen terveydenhuoltoalalla työskentelevä joutuu kosketuksiin diabeetikoiden hoidon ja potilasohjauksen kanssa tavalla tai toisella. Diabeetikoiden kokonais-hoidossa hoidonohjaus on keskeinen tekijä. Hoidonohjausosaaminen on hoitohenkilökunnalle tärkeä taito. Hoitohenkilökunnan tulee luoda potilaalle ja hänen läheisilleen sellaiset olosuhteet, joissa mahdollisuudet omahoitoon ja hyvinvointiin kasvavat. Hoitohenkilökunnan tehtävä on toimia potilaan ja läheisten valmentajana ja ohjaajana terveyden edistämisessä. (Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen 2008, 7.)

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui toisen opinnäytetyön tekijän työpaikalta osoitettu tarve uudistaa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallista potilasohjetta. Kirjallinen ohje tulisi toimimaan apuvälineenä potilasohjauksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää silmätautienpoliklinikalle laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta.

Opinnäytetyön viitekehyksen aineiston haussa käytetyt tietokannat olivat Plari, Linda, Medic, Aleks ja Terveysportti. Käytetyt avainsanat olivat potilasohjaus, kirjallinen potilasohje, diabetes, diabeettinen retinopatia ja laserhoito.

## 2 POTILASOHJAUS

### 2.1 Potilasohjauksen lähtökohdat

Potilaalla on oikeus ohjaukseen. Potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehdoista sekä riskitekijöistä niin, että hän riittävästi ymmärtää niiden sisällön. Ohjauksen sisältö on annettava siten, että potilas ymmärtää sen tarkasti. (L17.8.1992/785.)

Laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohta on potilaslähtöisyys. Tärkeintä on potilaan ihmisarvon kunnioitus. Ohjauksessa on keskeistä molemminpuolinen arvostus ja ohjaukseen liittyviä asioita pitää käsitellä niin, että ne tulevat ymmärretyiksi. Potilaslähtöinen ohjaus edellyttää, että hoitaja tuntee potilaan ja hänen tarpeensa. Laadukas potilasohjaus on potilaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa henkilöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu myös hoitajan ammatillinen vastuu ja asianmukaiset resurssit. (Kyngäs 2008, 27.)

Laadukas ja vaikuttava ohjaus tukee potilaan selviytymistä sairaudesta, edistää elämänlaatua ja hoitoon sitoutumista, lisää turvallisuudentunnetta ja tyytyväisyyttä hoitoon, vähentää pelkoa ja ahdistusta, tukee kotihoitoa ja vähentää terveyspalveluiden käyttöä. Potilaiden tarpeiden huomioiminen on laadukkaan ohjauksen lähtökohta. Hoitajan ohjausvalmiudet vaikuttavat siihen millainen vuorovaikutussuhde tulee ja millaiseksi se kehittyy. Onnistunut potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista, taustatekijöistä, odotuksista ohjausta kohtaan ja mihin potilas itse haluaa ohjauksessa pyrkiä. (Kyngäs 2008, 27–28.)

Potilasohjaus on vaativa tehtävä. Tiedon jakamisen lisäksi ohjauksen toteuttaminen vaatii koulutusta, suunnittelua, aikaa ja soveltuvat puitteet. On tärkeää huomioida, että potilaan tukeminen ja ohjaaminen kuuluvat kaikille terveydenhuoltosektorilla toimiville henkilöille. Useimmiten ohjaus jää hoitajan tehtäväksi. Kaikilla oh-

jaukseen osallistuvilla on oltava yhteinen käsitys ohjauksen merkityksestä, menetelmistä ja sisällöstä. Ohjattavan omaan tilanteeseen ja voimavaroihin perustuva ohjaus luo tiiviin ja avoimen yhteistyön ohjattavan ja ohjaajan välille. Kysymys ei ole ohjeiden antamisesta, ohjauksessa etsitään ratkaisuja yhdessä. (Dehko Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 - 2010 2004, 73.)

## **2.2 Ohjauksen taustatekijät**

Hoidonohjauksen lähtökohta on tunnistaa potilaan ja hoitajan taustatekijät. Taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin. Myös ympäristötekijät huomioidaan. Nämä taustatekijät vaikuttavat siihen, miten hyvin hoidonohjaus soveltuu potilaalle ja kuinka hyvin hän kykenee käyttämään ohjauksessa opittuja tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. Hoitajan on ymmärrettävä omien taustatekijöidensä vaikutus hoidonohjaukseen. ( Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Renfors 2007, 26 - 36; Kyngäs 2008, 30.)

### **2.2.1 Ohjauksen fyysiset taustatekijät**

Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas kykenee ottamaan vastaan ohjausta. Fyysisiä taustatekijöitä ovat sukupuoli, ikä, siviilisääty, koulutustausta, sairauden laatu ja terveydentila. Keskeisin hoidonohjaukseen vaikuttava fyysinen taustatekijä on ikä. Ikä, sairauden laatu ja terveydentila vaikuttavat ohjauksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Potilas ja hoitaja ovat keskenään vuorovaikutuksessa, jolloin fyysiset oppimistarpeet saadaan selvitettyä. (Kyngäs ym. 2007, 29–30; Kyngäs 2008, 30–31.)

Sairauden kesto ja hoito vaikuttavat ohjaustilanteen rakentamiseen. Pitkä hoitosuhde helpottaa ohjausta, koska fyysiset taustatekijät ovat silloin jo tiedossa. Hoitajan ikä ja koulutustausta vaikuttavat ohjausvalmiuksiin ja ohjaukseen asennoitumiseen. Potilasohjaus kuuluu kaikkien hoitajien ammatilliseen toimintaan,



mutta se ei ole kaikkien mielenkiinnon kohde. Hoitajan asenne on tärkeää ohjauksen onnistumisen kannalta. (Kyngäs 2008, 30 - 33.) Hoitohenkilökunnan myönteinen asennoituminen ohjaukseen vaikuttaa positiivisesti ohjaussuhteeseen. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005a,14.) Hoitajien asenteelliset ohjausvalmiudet ovat hyvät, koska ohjaus on hoitajan jokapäiväistä työtä (Tähtinen 2007, 68).

### **2.2.2 Ohjauksen psyykkiset taustatekijät**

Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat motivaatio, terveysuskomukset, mieltymykset, odotukset, kokemukset, oppimistyyli ja -valmiudet. Tärkeimpiä psyykkisiä taustatekijöitä ovat potilaan ja hoitajan motivaatio. Motivaatio vaikuttaa potilaan haluun omaksua omaan hoitoonsa liittyviä asioita. Hoitajan motivaatio ilmenee paneutumisena potilaan taustatekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 32 - 33; Kyngäs 2008, 33.)

Suurin haaste ohjauksessa on elintapoihin vaikuttavat mieltymykset ja niihin vaikuttaminen. On tärkeää, että hoitaja tunnistaa potilaan elintapoihin liittyvät mieltymykset ja keskustelee niistä potilaan kanssa rakentavasti, jolloin voidaan päästä ohjauksessa haluttuun tulokseen. (Kyngäs 2008, 34.) Onnistuneen ohjauksen perusedellytys on tiedostaa potilaan ja hoitajan odotukset ja käsitykset ohjaustarpeista. Ohjausmenetelmien tulee tukea potilaan oppimistyyliä. Ohjausmenetelmiä ovat kielelliset, visuaaliset, toiminnalliset, musiikilliset ja rytmiset keinot. Hoitaja auttaa potilasta tunnistamaan oma oppimistyyli ja sitä käytetään hyödyksi ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 33 - 34.) Diabeettinen retinopatia heikentää potilaan näkökykyä. Visuaalisen hahmottamisen sijaan täytyy löytää korvaava oppimistyyli. Hoitajan omat tiedot oppimisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, on onnistuneen ohjauksen edellytys. (Kyngäs 2008, 34 - 35.)

Hoitajan ohjausvalmiudet vaikuttavat merkittävästi ohjaukseen ja lopputulokseen. Ohjausvalmiuksia ovat tiedolliset ja taidolliset oppimisvalmiudet, halu auttaa, itse-

näinen ajattelu ja toiminta yllättävissä tilanteissa. (Kyngäs 2008, 35.) Tiedolliset oppimismenetelmät sisältävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista menetelmistä. Taidolliset valmiudet ovat päätöksenteko-, organisointi-, vuorovaikutus-, suunnittelu- ja arviointitaitoja. (Kyngäs ym. 2007, 34; Kyngäs 2008, 35.) Hoitajilla on hyvät tiedolliset ohjausvalmiudet sairauden ja sairaudenhoidon osalta ja taidolliset ohjausvalmiudet ovat hyvät ohjaustaitojen, itsehoidon ohjaustaitojen ja vuorovaikutustaitojen osalta. (Tähtinen 2007, 68.)

### **2.2.3 Ohjauksen sosiaaliset ja kulttuuriset taustatekijät**

Merkittävimmät sosiaaliset taustatekijät ovat sosiaaliset, kulttuuriperusteiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilaan elinympäristö. (Kyngäs ym. 2007, 35.) Potilaan ja hoitajan arvomaailma vaikuttaa ohjaukseen. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ohjauksessa. Hoitajalla on oma käsitys siitä, mitä ohjaus on sekä miten ja miksi ohjataan. (Kyngäs ym. 2007, 35; Kyngäs 2008, 35 - 36.) Elinympäristö vaikuttaa potilaan omahoitoon oppimiseen ja hoidon toteuttamiseen. Tiedetään, että esimerkiksi diabeetikko tarvitsee hoidossaan perheen tukea, hän saattaa haluta ohjaustilanteeseen mukaan läheisensä. (Kyngäs 2008, 36.)

### **2.2.4 Ohjauksen ympäristötekijät**

Ohjaustilanne ja sen ympäristö kuuluvat ympäristötekijöihin. Ohjattavan tilan tulisi olla turvallinen, rauhallinen ja siisti. Ohjaustilassa ei saisi olla mitään häiriötekijöitä. Rauhallinen ja siisti ympäristö tuo potilaalle turvallisuuden tunteen ja hän saa kokea, että hänen asiansa on tärkeä ja ohjausta arvostetaan. Potilasohjaukseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta potilaan tilanteeseen ehditään paneutua paremmin. (Kyngäs 2008, 36 - 37.) Potilasohjaustapahtuma pitäisi saada toteuttaa keskeytymättä ja häiriintymättä ja hoitajalla tulisi olla ohjaukseen tarvittava materiaali mukana. (Kyngäs ym. 2007, 37.) Tarvitaan enemmän aikaa, tiloja, välineitä ja kou-

lutusta toteuttaa hyvää potilasohjausta (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 4-12). Ohjaukseen käytettäviä resursseja on liian vähän henkilökunnan määrän ja ohjaustilojen puutteen takia ja lisäksi ohjaukseen käytettävää aikaa on usein liian vähän (Tähtinen 2007, 68).

Psyykkinen ilmapiiri rakentuu koko ohjaussuhteen ajan. Psyykkiseen ilmapiiriin vaikuttaa sekä potilaan että hoitajan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Kiire aiheuttaa negatiivisen ilmapiirin. Hoitajalla ei ole riittävästi aikaa perehtyä potilaan taustatekijöihin. Potilas saattaa kokea turvattomuutta eikä hän saa potilaslähtöistä ohjausta. (Kyngäs 2008, 37.) Kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja hoitajan ja potilaan keskustelu-aikaan. Potilasohjaus on tehokasta, jos hoitaja on huolellisesti suunnitellut ohjaustapahtuman. (Kyngäs ym. 2007, 37)

### **2.3 Ohjauksen tavoitteet**

Laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohta on potilaslähtöisyys. Potilaslähtöinen ohjaus edellyttää, että hoitaja tuntee potilaan ja hänen tarpeensa. Laadukas potilasohjaus on potilaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa henkilöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu myös hoitajan ammatillinen vastuu ja asianmukaiset resurssit. (Kääriäinen ym. 2005a, 12–14; Kyngäs 2008, 27.) Laadukas ohjaus edellyttää hyviä resursseja. Ohjauksen laatua pitäisi kehittää ulkoisten tekijöiden, potilaslähtöisen ja tavoitteellisen ohjaustoiminnan lähtökohdista. (Kääriäinen 2007, 124.) Potilaslähtöisen ohjauksen suunnitteluun pitää kiinnittää entistä enemmän huomiota, jotta ohjauksen vaikutukset paranisivat. Ohjauksen arviointia tulisi lisätä, jotta hoitajien ohjausvalmiudet paranevat. (Kääriäinen ym. 2006, 4–12.)

Laadukas ja vaikuttava ohjaus tukee potilaan selviytymistä sairaudesta, edistää elämänlaatua ja hoitoon sitoutumista, lisää turvallisuudentunnetta ja tyytyväisyyttä hoitoon, vähentää pelkoa ja ahdistusta, tukee kotihoitoa ja vähentää terveyspalveluiden käyttöä. Hoitajan ohjausvalmiudet vaikuttavat siihen millainen vuorovaiku-

tussuhteesta tulee ja millaiseksi se kehittyy. Onnistunut potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista, taustatekijöistä, odotuksista ohjausta kohtaan ja mihin potilas itse haluaa ohjauksessa pyrkiä. (Kyngäs 2008, 27 - 28.) Ohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, jolloin potilaalle tulee tunne siitä, että hän hallitsee sairautensa paremmin. Lisäksi potilaalle kannattaa sairauden alkuvaiheessa antaa enemmän tunnetukea ja korostaa potilaan itsehoitoa. (Mäkeläinen 2009, 5.)

## 2.4 Ohjausmenetelmän valinta

Potilasohjauksen sisältö suunnitellaan potilaan ohjaustarpeen mukaisesti. Olen-naista on, että valittu ohjausmenetelmä tukee potilaan tapaa omaksua asioita. Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttääkin tietämystä siitä, miten potilas omaksuu asioita. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005b, 27–30; Kääriäinen ym. 2005a, 10 - 14.) Hoitajien tulisi kiinnittää huomiota ohjausmenetelmien hallintaan ja käyttöön, koska potilaat oppivat asioita eri tavalla. (Kääriäinen ym. 2006, 4–12.) Potilaat muistavat 10 % siitä, mitä kuulevat ja 75 % siitä, mitä näkevät. Näkö- ja kuuloaistia käyttämällä potilaat muistavat ohjauksesta 90 %. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Potilaalle voi olla helppoa muistaa asioita kielellisesti. Toiset tarkastelevat asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja toiset päinvastoin. Joillekin saattaa olla helppompi hahmottaa asioita visuaalisesti. Potilas voi myös oppia tekemällä tai toimimalla ryhmässä. Ohjausmenetelmästä riippumatta on tärkeää, että ohjauksessa käsiteltävä tieto on ollut ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, ja sen antamisessa on huomioitu potilaan näkemykset ja elämäntilanne. (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 14 - 15.)

**Yksilöohjaus.** Yksilöohjaus on useimmiten suullista. Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä helpottaa kysymysten esittämistä, tuen antamista ja väärinkäsitysten oikaisemista. Yksilöohjaus edistää potilaan motivaatiota ja aktiivisuutta sekä

mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen. Yksilöohjaus on tehokas keino oppimisen kannalta. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Hoitohenkilöstö hallitsee parhaiten suullisen yksilöohjauksen (Kääriäinen ym. 2006, 4–12).

**Ryhmäohjaus.** Ryhmäohjauksessa potilaat ovat hoitajan kanssa vuorovaikutuksessa keskenään. Ryhmäohjaus voidaan kohdentaa tietyille ryhmille esimerkiksi nuorille tai perheille. Ryhmäohjauksen etuja on kokemusten vaihto ja lisääntynyt keskinäinen keskustelu potilaiden välillä. Potilaiden kokemusten vaihto tukee ja edesauttaa ryhmässä tapahtuvaa oppimista. Vertaistuki on tärkeää ja elintapamuutosten aikaansaaminen ja omahoitoon motivoituminen on helpompaa ryhmässä kuin yksin. (Rintala ym. 2008, 7.) Ryhmäohjaus saattaa edistää tehokkaammin kuntoutumista ja terveyden edistämistä kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjaus on taloudellisempaa, koska tietoa terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle. (Kyngäs 2007, 104.) Hoidonohjauksessa tulisi hyödyntää enemmän ryhmäohjausta. Se vahvistaa potilaan tunnetta sairauden hallinnasta, jolloin potilas tuntee voivansa vaikuttaa itse sairautensa oireisiin ja tulee toimeen sairautensa kanssa arkielämässä. (Mäkeläinen 2009, 3.)

## 2.5 Ohjauksen toteutus

Terveystieteiden organisaation ja terveydenhuollon ammattilaisten haaste on luoda ohjaukselle hyvät puitteet, jossa potilas ja hänen läheisensä omahoidon toteutus ja hyvinvointi paranevat. Hoidonohjaus on vuorovaikutus-, kasvu- ja oppimisprosessi, jossa hoitaja toimii potilaan ja hänen läheistensä ohjaajana ja yhteistyökumppanina terveydenedistämässä. (Rintala ym. 2008, 7.) Lähtökohtia onnistuneelle potilasohjaukselle ovat hoitajan riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä. Ohjaukseen tulisi myös olla käytettävissä asianmukaiset tilat. Ohjausmateriaalin pitää tukea ohjauskeskustelussa käsiteltyjä asioita, eikä se saa olla liian yleisluonteista. (Kääriäinen ym. 2005b, 27 - 30.) Hoidonohjaus rakentuu erilaisista lähtökohdista. Diabeetikon

kohdalla kyse on elinikäisestä sairaudesta. Sairaus ei ole parannettavissa ja potilaan omahoito on välttämättömyys. (Winell 2008, 155.)

## 2.6 Ohjauksen arviointi

Potilaan ohjaukseen kuuluu myös ohjauksen arviointi, jossa arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutuminen ja potilaan tilassa tapahtunut muutos. Tärkeää ohjauksen arvioinnissa on, että potilas tuo esiin oman ja sairaanhoitaja taas oman näkemyksensä ohjauksesta ja sen vaikutuksista. Hoitaja voi tukea potilaan arviointia antamalla toiminnasta palautetta ja rohkaisemalla keskustelussa tai kirjallisesti potilasta pohtimaan ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 15.) Ohjauksen arviointia pitää lisätä, jotta hoitajan ohjausvalmiudet paranevat. Organisoimalla ohjausta hoitajien välinen yhteistyö tehostuu ja ohjauskäytännöt yhdenmukaistuvat. (Kääriäinen ym. 2006, 4 - 12.)

Ohjauksen tavoitteet ja tarpeet tulee kirjata potilaspapereihin. Ohjausta on mahdollisuus arvioida ainoastaan silloin kun tavoitteet on kirjattu. Hoidonohjausta arvioidaan myös potilastyytyväisyysmittausten avulla. Laadukas hoidonohjaus määrittellään asetettujen tavoitteiden, käytettyjen menetelmien ja saavutettujen tulosten avulla. Diabeetikon hyvän hoidonohjauksen tavoitteita ovat hyvä sokeritasapaino, diabeteksen komplikaatioiden ja ennen aikaisten kuolemien ehkäisy. (Winell 2008, 155 - 156.) Potilasohjauksella vaikutetaan hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Hyvällä ohjauksella edistetään potilaan paranemista, vähennetään potilaan epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Riittävä ohjaus parantaa potilaan hoitoon sitoutumista sekä sairauteen sopeutumista. Potilaalta saadaan myös tärkeää tietoa ohjauksen kehittämiseksi (Ohtonen, [viitattu 10.1.2011].)

## 3 KIRJALLINEN POTILASOHJE

### 3.1 Kirjallinen potilasohje ohjauksen tukena

Kirjalliseen potilasohjaukseen on tarvetta. Hoitokäytännöt ovat muuttuneet, hoitoajat ovat lyhentyneet ja hoitohenkilökunnalla on entistä vähemmän aikaa suulliseen potilasohjaukseen. Hoitohenkilökunnan kiire vaikuttaa myös potilasohjaukseen, jolloin kirjallisilla ohjeilla täydennetään henkilökohtaista vuorovaikutusta. Kirjallisia ohjeita tarvitaan suullisen ohjauksen tukena. Potilas tarvitsee päätöstensä perusteiksi tietoa, jotta hän voi itse vaikuttaa hoitoonsa. Kirjallinen potilasohje aktivoi potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7 - 12.) Kirjallinen ohjausmateriaali tukee suullista ja audiovisuaalista ohjausta (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208).

Potilaat tarvitsevat tietoa erityisesti omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, komplikaatioista, sairauden etenemisestä, sairauden uusiutumisen riskeistä, lääkityksestä ja sairauteen kuuluvasta epävarmuudesta. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallinen ohje on potilaalle tietolähde ja tiedonsaantimenetelmä. Kirjallisella ohjeella on tärkeä merkitys potilaan ohjauksessa ja tiedon välittämisessä. (Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63 - 72). Kirjallisten kotihoito-ohjeiden saanti on tärkeää, koska se parantaa potilaiden selviytymistä kotona. Kirjallisten ohjeiden avulla parannetaan hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Selkeät kirjalliset hoito-ohjeet ovat tärkeitä potilaan muistin tueksi. Asioiden ymmärtämisen kannalta on tärkeää, että hoitaja käy kirjalliset hoito-ohjeet läpi yhdessä potilaan kanssa. Hoitajan tulee varmistaa, ettei potilaalle jää epäselviä asioita. (Salminen - Tuomaala 2010, 21–26.)

Kirjallinen potilasohje auttaa potilasta hankkimaan tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita ja -oppaita. Ne voivat olla yhden sivun mittaisia painettuja kirjasia tai vihkosia. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallinen potilasohje on selkeä ja ymmärrettävä vasta silloin, kun potilas on ymmärtänyt ohjeen sisällön. Potilaat ovat erilaisia ja tämän vuoksi ei

ole vain yhtä tapaa tehdä potilasohjetta. (Alaperä ym. 2006, 70.) Kirjallinen potilasohje tulisi olla selkeä ja ymmärrettävä sekä sisällöltään että kieliasultaan. Potilas voi käyttää kirjallista potilasohjetta itseopiskeluun, mikäli materiaali tarjotaan oikeaan aikaan, se on hyvin suunniteltu, tehokas ja oikein suunnattu. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Ohjeita tulisi kehittää erityisesti luettavuuden, sisällön ja opetuksellisuuden näkökulmasta. Tulevaisuudessa ohjeissa tulisi olla tietoa potilaan selviytymisestä ja voimavarojen tukemisesta. (Salanterä ym. 2005, 217–228.)

### **3.2 Kirjallisen ohjeen sisäiset vaatimukset**

Potilasohjeen tarkoitus on antaa ohjausta ja neuvontaa. Jokaisella ohjeita tekevällä sairaalalla on omat tapansa niiden tuottamisessa. Kirjallisen potilasohjeen tulee palvella potilasta ja henkilökuntaa. Potilasohjeen tekemistä helpottaa, jos käytössä valmis ohjepohja. Ohjeen tekemistä helpottaa myös, jos sairaalalla on sopimuksia potilaan puhuttelusta, lääketieteellisten termien ja lääkkeiden kaupanimien kirjoittamisesta. Ohjeen kirjoittamisen lähtökohtia ovat sairaalan tarpeet ohjata potilasta oikein ja potilaan tarpeet saada riittävästi olennaista tietoa. (Torkkola ym. 2002, 34 - 35.)

Hyvärisen (2005, 1769 - 1772) mukaan potilasohjeessa tulisi olla juoni, jonka kirjoittaja on muodostanut tarkoituksellisesti. Juoniratkaisuja voi olla useita, asiat voi kertoa esimerkiksi aikajärjestyksessä tai tärkeysjärjestyksessä. Potilasohjeessa olevat hoito-ohjeet tulee perustella, koska se lisää potilaan motivoitumista hoitoon. Usein käytetty perustelu on se, että potilas hyötyy hoidosta.

Hyvässä potilasohjeessa kirjoittaminen alkaa pohdinnalla kenelle ohje laaditaan ja kuka on ohjeen lukija. Potilasohjeesta tulee käydä ilmi, mikä ohjeen tarkoitus on. Ohjeita kirjoitettaessa suositellaan käyttämään mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. Passiivimuoto ei puhuttele lukijaa. Teitittelyn käyttö on aina soveliasta, sillä se puhuttelee lukijaa. (Kyngäs ym. 2007, 126; Alaperä ym. 2006, 67.) Potilasohjeessa kirjoittaminen aloitetaan aina tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän



tärkeää. Tärkeimmällä asialla aloittaminen viestii potilaalle, että ohjeen kirjoittaja arvostaa häntä ja samalla se aktivoi potilasta lukemaan ohjeen loppuun asti. (Torkkola ym. 2002, 39; Hyvärinen 2005, 1770.)

Opetettavasta asiasta tulee kertoa vain pääkohdat, jotta tietoa ei tule liikaa. Hyvän kirjallisen ohjeen tulee vastata kysymyksiin "mitä?", "miksi?", "miten?", "milloin?" ja "missä?". Hyvässä ohjeessa ihminen huomioidaan kokonaisuutena. Ohjeessa tulisi käsitellä fyysisten vaivojen lisäksi sitä, miten sairaus voi vaikuttaa potilaan mieli-alaan ja sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Kirjallisen ohjeen pitää puhutella lukijaa. Ohje voi olla luonteeltaan käskävä, silloin painotetaan ohjeiden noudattamisen tärkeyttä ja varmistetaan, että potilas ymmärtää lukemansa. Terveystieteiden näkökulmasta on hyvä, että kirjallisessa ohjeessa on perusteluja. Ongelmatilanteessa potilas ei voi vedota tietämättömyyteen, jos asia on hyvin perusteltu. (Torkkola ym. 2002, 36.)

Kirjallisia ohjeita laadittaessa tulee kyetä vastaamaan potilaan tarpeisiin. Kirjallisen ohjeen avulla pyritään välttämään ja oikaisemaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään potilaiden tietoutta. (Alaperä ym. 2006, 66.) Ohjeiden tarkoituksena on antaa ohjeita sairauteen liittyvistä asioista, valmistaa tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämää sairauden kanssa tai hoidon aikana. Kirjallinen potilasohje tulee antaa potilaalle oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Mikäli kirjallinen ohje tulee toimenpidettä varten, tulee se antaa poliklinikkakäynnin yhteydessä tai lähettää kotiin. (Kyngäs ym. 2007, 124 -125.)

Kirjallisessa ohjeistuksessa on olennaista ohjeiden oikeellisuus ja ymmärrettävyys. Ohjeiden ensisijainen tavoite on vastata potilasta mietittyihin kysymyksiin. Kirjallinen ohje annetaan yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä. Hoitaja ja potilas läpikäyvät tuolloin ohjetta yhdessä ja potilaalla on mahdollisuus välittömästi esittää mieleen tulevia kysymyksiä. (Alaperä ym. 2006, 66.)

### 3.3 Kirjallisen ohjeen ulkoiset vaatimukset

Luettavuuden kannalta olennaista ovat otsikot ja väliotsikot. Otsikko kertoo lukijalle ohjeen aiheen ja sen on tarkoitus herättää mielenkiinto. Väliotsikot toimivat tekstin jaottelijoina. Väliotsikot ohjaavat lukijaa eteenpäin. (Torkkola 2002, 39 - 40.) Kirjasintyyppi tulee olla selkeästi luettava, kirjasinkoon riittävän suuri sekä tekstin jaottelun ja asettelun selkeä. Kielen tulee olla selkeää ja sanojen ja virkkeiden lyhyttä. Tekstissä on hyvä käyttää mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kygäs ym. 2007, 127.) Pitkät virkkeet ovat vaikeampiselkoisia kuin lyhyet virkkeet. Yksi virke ja yksi asia on hyvä sääntö, kun laaditaan luettavaa potilasohjetta. Vierasperäiset ammattisanat tulisi suomentaa. Ellei sopivaa suomennosta löydy, tulee sana selittää. (Torkkola ym. 2002, 42 - 51.)

Potilasohjeessa teksti jaotellaan kappaleisiin ja jokaisessa kappaleessa tulisi käsitellä vain siihen kuuluvia asioita. Kappaleelle tulisi keksiä oma otsikko, joka kuvaa tekstin sisältöä. Kappaleiden pituus voi vaihdella, mutta liian pitkät kappaleet ovat raskaslukuisia. Tekstin virkkeet ja lauseet tulee olla sellaisia, että ne ymmärretään kertalukemalla. Ymmärtämistä edesauttaa oikeinkirjoitus ja huoliteltu teksti. (Hyvärinen 2005.)

Potilasohjeiden lukija on yleensä maallikko, jolla ei ole terveydenhuollon koulutusta eikä aikaisempaa tietoa aiheesta. Tämän vuoksi ohjeessa tulisi käyttää havainnollisia yleiskielen sanoja ja turhien termien ja lyhenteiden käyttöä tulisi välttää. Mikäli termien välttäminen ei onnistu, ne tulisi selittää potilaalle. (Hyvärinen 2005.) Kirjallisessa potilasohjeessa voidaan käyttää kuvia, kaavioita ja taulukoita lisäämään tekstin selkeyttä. Kuvat auttavat lukijaa ymmärtämään ja ne herättävät mielenkiintoa. Kuvitus tukee ja täydentää tekstiä. Kuvat lisäävät ymmärrettävyyttä, luettavuutta ja kiinnostavuutta. Joissakin ohjeissa kuvitus on lähes välttämätöntä. (Kygäs ym. 2007, 127; Torkkola 2002, 39 - 42.)

Kirjallisessa ohjeessa viimeisenä ovat yhteystiedot. Ne ovat välttämättömiä, jotta lukija voi ottaa yhteyttä, mikäli ei ymmärrä lukemaansa tai hänellä on jotain muuta

kysyttävää. Kirjallinen ohje ei voi sisältää kaikkea, silloin on hyvä lisätä ohjeeseen linkkejä tiedonlähteistä, jossa on aiheesta lisää tietoa. Ohjeen tekijä- ja päivitystiedot tulee myös löytyä ohjeesta, jotta palautteen antaminen on mahdollista. (Torkkola ym. 2002, 44.)

Hyvän kirjallisen potilasohjeen lähtökohta on taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille. (Hyvärinen 2005, 1772). Hyvin taitettu paperi lisää ohjeen ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. Ilmava taitto lisää myös luettavuutta, täyteen suljettu ohje on puolestaan epäselvä ja hankalalukuinen. Asettelumallin avulla ohjeen elementit, otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan paikoilleen. Asettelumallia varten pitää miettiä ohjeen ulkoasuun vaikuttavia tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat marginaalin leveys, tekstin taitto, tekstin tasaus, riviväli, kirjasintyyppi, kirjasinkoko, miten otsikot erotetaan ja miten niitä korostetaan. (Torkkola ym. 2002, 55 - 58.) Ymmärrettävä potilasohje muodostuu huolitellusta tekstistä ja miellyttävästä ulkoasusta (Hyvärinen 2005, 1772).

## **4 DIABETES SAIRAUTENA JA DIABEETTINEN RETINOPATIA**

### **4.1 Diabeteksen esiintyvyys**

Diabetes on muuttunut maassamme kansantaudiksi, jota sairastaa jo 10 % aikuisväestöstämme. Hoidossa on liki 300 000 diabeetikkoa, joista valtaosa sairastaa tyyppin 2 diabetesta. Lisäksi noin 200 000 suomalaista sairastaa tautia tietämättään. Tyyppin 1 diabeetikkoja on noin 40 000. Sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyys väestössä lisääntyy voimakkaasti. Tyyppin 1 diabeteksen lisääntymisen syitä ei vielä tunneta, vaikka infektioitautien on perintötekijöiden lisäksi arveltu olevan taustalla. Tyyppin 2 diabeteksen yleistymiseen vaikuttavat lihavuuden lisääntyminen väestössä ja vähäinen liikunta. Terveystieteiden tutkimuksissa tarvitaan lisäpanostusta riskihenkilöiden seulontaan, ohjaukseen ja hoitoon. (Diabetesbarometri 2005, 13.)

### **4.2 Diabeteksen hoito**

Tyyppin 1 diabeteksen hoidossa korvataan elimistöstä puuttuva insuliini ja insuliini annostellaan jäljittelemään elimistön luonnollista insuliinineritystä. Pitkä- ja nopeavaikutteiset insuliinit mahdollistavat yksilöllisen hoidon, joka mukailee kunkin diabeetikon omaa elämän- ja päivärytmiä. Ylipitkävaikutteiset insuliinijohdokset ovat lapsilla ja nuorilla käytetympi hoitomuoto kuin pitkävaikutteiset ihmisinsuliinit. Muutokseen on vaikuttanut uusien insuliinien käyttöön liittyvä vähäisempi yöllisten hypoglykemioiden määrä. Insuliinipumppu on edelleen harvinainen hoitomuoto. Tyyppin 1 diabeetikoilla on usein samanaikaisesti metabolinen oireyhtymä, joka lisää heidän vaaraansa sairastua valtimotautiin. Tämän tiedon pitäisi vaikuttaa myös hoitokäytäntöihin. Ateriainsuliinin annostelu perustuu hiilihydraattilaskentaan, jonka hyvä hallinta on tyyppin 1 diabeteksen hyvän hoidon edellytys. Hoidonohjausta tulisikin kehittää niin, että tyyppin 1 diabeetikot oppisivat hallitsemaan insuliinihoi-

don suhteessa ateriarytmiin ja aterian sisällön vaihteluihin. (Diabetesbarometri 2005, 24.)

Tyypin 2 diabeteksen hoitotasoa voidaan parantaa lisäämällä liikuntaa, laihtumalla ja vähentämällä sekä rasvan määrää että ravinnon kokonaisenergiämäärää. Tyypin 2 diabeetikolla on ei-diabeetikoihin verrattuna noin nelinkertainen vaara kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. Elintapamuutokset ovat välttämättömiä, jos halutaan vähentää riskikuormaa. Lääkitys voi kohdentua verensokerin, verenpaineen, veren rasvojen, tupakoinnin tai lihavuuden vähentämiseen. Lääkityksen yksilöllinen tarve tulee arvioida käyttämällä riskikarttoja tai -laskureita. (Diabetesbarometri 2005, 25.)

#### **4.3 Diabetes ja lisäsairaudet**

Diabeteksen huono hoitotasapaino voi johtaa lukuisiin lisäsairauksiin, jotka heikentävät diabeetikon elämänlaatua sekä aiheuttavat ennenaikaisia kuolemia. Hoidon kaikissa vaiheissa ja hoito-organisaation jokaisella tasolla tulisi panostaa lisäsairauksien ehkäisemiseen myös siksi, että niiden hoitaminen on kallista. Lisäsairauksien riittävän varhainen toteaminen edellyttää säännöllistä seurantaa. Myös eri hoitoyksiköiden välinen joustava yhteistyö on tärkeää, jotta diabeetikon kulloinkin tarvitsema hoito päästään aloittamaan ajoissa ja oikean tasoisessa hoitoyksikössä. (Dehko 2000 - 2010 tiivistelmä 2002, 12.)

#### **4.4 Retinopatian esiintyvyys**

Diabeteksen aiheuttama retinopatia eli silmän verkkokalvosairaus on työikäisen väestön silmäongelmien sekä sokeutumisen tavallisin syy teollisuusmaissa. Tyypin 1 diabeetikoista lähes kaikilla todetaan verkkokalvomutoksia, jos sairaus on kestänyt yli 20 vuotta. Tyypin 1 diabeteksessa retinopatiaa esiintyy harvoin ensimmäisen viiden vuoden aikana ja retinopatia on harvinainen lapsuusiässä.

Tyypin 2 diabeetikoista noin puolella on muutoksia verkkokalvolla 20 sairastamisvuoden jälkeen. 20 - 30 %:lla todetaan alkuvaiheen muutoksia jo diabeteksen diagnosointivaiheessa. (Summanen & Saari 2011, 400; Rosenblatt & Benson 2009, 613 - 620.) Noin puolella kaikista diabeetikoista esiintyy retinopatiaa ja 10 %:lla on näköä uhkaavia muutoksia. Retinopatiaa esiintyy yhtä paljon sekä miehillä että naisilla. Esiintymisluvut ovat suurempia nuoruustyypin - ja insuliinihoitoa vaativilla diabeetikoilla. (Summanen 2009.)

#### **4.5 Diabeettisen retinopatian riskitekijät ja ehkäisy**

Diabeteksen huolellinen hoito estää retinopatian ilmaantumista ja etenemistä. Taivoitteena on normaali verensokeri, normaali verenpaine sekä metabolian estäminen ja hoitaminen. Retinopatian kehittymisen tai sen pahenemisen riskiä lisäävät puberteetti, raskaus, keskivartalolihavuus, anemia, korkea kolesterolipitoisuus, mikroalbuminuria ja tupakointi. Diabeteksen kesto lisää retinopatian ilmaantumista ja muutosten eteneminen verkkokalvolla lisääntyy retinopatian vaikeutuessa. Retinopatian hoitaminen ajallaan vähentää näönmenetyksen vaaraa. (Kanski 2009, 566 - 567; Laatikainen & Summanen 2010.)

Diabeteksen hyvä hoitotasapaino on diabeettisen retinopatian tärkein hoito. Insuliini ja suun kautta otettavat diabeteslääkkeet yhdessä liikunnan ja terveellisen ruokavalion kanssa estävät retinopatian kehittymistä ja etenemistä. Ne ovat ainoita sokeriaineenvaihduntaan vaikuttavia lääkehoitoja tällä hetkellä. Kohonneen verenpaineen hyvä hoito vähentää retinopatian ilmaantumista. Tutkimusten mukaan lipidilääkkeet saattavat hidastaa retinopatian kehittymistä ja etenemistä. Antioksidanttien on katsottu tutkimusten mukaan vaikuttavan myönteisesti verkkokalvon verenkiertoon ja asetyylisalisyylihappo saattaa hidastaa retinopatian kehittymistä (Käypä hoito - suositus 2006.) Tupakoinnin lopettaminen ja diabeteksen hoidon tehostaminen vähentävät retinopatian etenemisen riskiä. Korkea verenpaine pahentaa erityisesti diabeettista makulopatiaa. Verenpaineen hoidossa tulisi pyrkiä

mahdollisimman hyvään hoitotasapainoon, mikäli potilaalla on todettu retinopatia. (Laatikainen & Summanen 2010.)

Potilasta ja hänen omaisiaan tulee ohjata siten, että he ymmärtävät diabeteksen aiheuttamat muutokset silmänpohjissa ja tiedostavat tilanteen vakavuuden. Diabeteksen hyvä tasapaino laskee huomattavasti riskiä retinopatian ilmaantumiseen ja estää jo syntyneiden muutosten etenemistä verkkokalvolla. Potilasohjauksen lähtökohta on se, että potilas tietää riittävästi tautinsa hoidosta ja seurannasta. Potilaan tulee tuntea taudin etenemiseen vaikuttavat riskitekijät tarkasti. Retinopatian ilmaantumisen jälkeen on tärkeää painottaa potilaalle terveiden elintapojen tärkeydestä. Potilas on oman sairautensa asiantuntija ja hän vastaa omista henkilökohtaisista valinnoistaan. (Hietanen ym. 2005, 94.)

#### **4.6 Diabeettisen retinopatian luokittelu**

Diabetekseen liittyvää verkkokalvosairautta nimitetään retinopatiaksi. Retinopatia jaetaan kahteen eri muotoon: taustaretinopatiaan ja proliferatiiviseen retinopatiaan. Lisäksi taustaretinopatia jaetaan vaikeusasteiltaan kahteen muotoon, makulopatiaan ja preproliferatiiviseen retinopatiaan eli vaikeampaan taustaretinopatiaan. (Käypä hoito - suositus 2006; Rönnemaa & Summanen 2009, 415 - 416.) Kaikki retinopatian muodot edellyttävät perustaudin huolellista seurantaa ja säännöllisiä lääkärin tekemiä tutkimuksia. Hoitamaton retinopatia voi johtaa näön menetykseen. (Yrjänäinen & Laitinen 2011, 6.)

**Taustaretinopatia.** Taustaretinopatiassa verkkokalvolle kehittyy mikroaneurysmia, jotka ovat hiussuonten pullistumia. Mikroaneurysmat ovat yleensä ensimmäinen merkki alkavasta taustaretinopatiasta. Muita taustaretinopatian ilmenemismuotoja ovat verkkokalvon sisäiset verenvuodot, verkkokalvon turvotus, paksuuntunut retina, lipidikertymät (eksudaatit), poikkeava hiussuonisto (IRMA), helminauhamaiset laskimot ja valtimomuutokset. (Käypä hoito-suositus 2006.)

Lievä taustaretinopatia on kyseessä silloin, jos verkkokalvolla on mikroaneurysmia, pistemäisiä verenvuotoja, kovia eksudaatteja, joitakin pehmeitä eksudaatteja ja makulan turvotusta (Vauhkonen 2005, 377). Vaikeampi taustaretinopatia eli preproliferatiivinen retinopatia on kyseessä silloin, jos verkkokalvolla on lukuisia verenvuotoja, mikroaneurysmia sekä kovia eksudaatteja tarkannäkemisen alueella eli makulassa, lisäksi verkkokalvolla on turvotusta ja pehmeitä eksudaatteja. Diabeetisessa makulopatiassa tarkannäkemisen alueella esiintyy turvotusta, verenvuotoja ja kovia eksudaatteja. Nämä muutokset uhkaavat näköä ja niitä voi ilmetä kaikissa retinopatian vaiheissa. (Käypä hoito - suositus 2006; Summanen & Saari 2011, 402 - 406.)

**Proliferatiivinen retinopatia.** Retinopatian vaikeinta muotoa kutsutaan proliferatiiviseksi retinopatiaksi, joka on näköä uhkaava tila, kuten vakava taustaretinopatia ja makulaturvotuskin. Laaja-alainen hiussuonten tukkeutuminen aiheuttaa verkkokalvolle hapenpuutetta. Elimistö korjaa tilannetta kehittämällä uudissuonia verkkokalvolle ja näköhermoon. (Vauhkonen 2005, 377 - 378; Rönnemaa & Summanen 2009, 418.) Tyypin 1 diabeetikoista 15–40 %:lle kehittyy proliferatiivinen retinopatia, kun diabetesta on sairastanut yli 20 vuotta. Tyypin 2 diabeetikoilla se on harvinaisempaa, ainoastaan 10–15 %:lla todetaan proliferatiivisia muutoksia, kun diabetes on kestänyt 20 vuotta. (Rönnemaa & Summanen 2009, 418.)

Uudissuonet ovat hauraita ja saattavat aiheuttaa lasiaisverenvuodon, jolloin näönmenetys voi tapahtua äkillisesti. Lasiaisverenvuodot ovat tyypin 1 tavallisin syy äkilliseen näönmenetykseen. Verenvuoto häviää itsestään joidenkin kuukausien kuluessa. Runsaat verenvuodot ja uudissuonimuodostelmat verkkokalvolla saattavat pahimmillaan aiheuttaa verkkokalvoirtauman, jolloin näönmenetyksen vaara on suuri. (Rönnemaa & Summanen 2009, 418.)



#### 4.7 Diabeettisen retinopatian seulonta ja seuranta

Silmänpohjien valokuvaseulonta on kannattavaa. Retinopatian seulonta ja oikein ajoitettu hoito on taloudellisesti huomattavasti kannattavampaa kuin retinopatian takia näkövammautuneiden hoito. (Laatikainen & Summanen 2010; Summanen ym. 2007; Yrjänäinen & Laitinen 2011, 6.) Diabeettisen retinopatian seulontatutkimus ehkäisee näkövammaisuutta. Seulonnalla pyritään löytämään retinopatiamuutokset ja toteamaan retinopatian eteneminen. Seulonnalla pyritään myös löytämään näköä uhkaavat muutokset. Perusterveydenhuollon tehtävä on huolehtia diabeetikoiden suositusten mukaisesta säännöllisestä silmänpohjatutkimuksesta. (Käypä hoito - suositus 2006.) Retinopatia on tavallisin diabeteksen aiheuttamista elinmuutoksista. Silmänpohjien säännöllinen tutkiminen on välttämätöntä, jotta voidaan ajoissa todeta hoitoa vaativat muutokset verkkokalvolla. Mikäli seulonnassa todetaan lievää taudinmuotoa pahempia muutoksia verkkokalvolla, tulee potilas ohjata silmälääkärin tutkittavaksi. (Summanen & Von Wendt 2007.)

Silmänpohjatutkimus tulisi tehdä taudin toteamishetkellä ja lapsena sairastuneilla murrosiän alkaessa ja siitä aina kahden vuoden välein, kunnes muutoksia verkkokalvolla todetaan. Tyypin 2 diabeetikon seulontaväli voi olla kolme vuotta, mikäli muutoksia ei ole todettu. Kun diabeetikolla on todettu lieviä muutoksia verkkokalvolla, seurantaväli määräytyy yksilöllisesti. (Laatikainen & Summanen 2009; Summanen 2009; Summanen & Saari 2011, 408.) Raskauden aikana silmänpohjien tutkiminen on tärkeää, erityisesti niillä, joilla on jo todettu retinopatiaa. (Laatikainen & Summanen 2010).

Silmänpohjan seulontatutkimuksia ovat silmäntähystys oftalmoskoopilla tai silmänpohjankuvaus digitaalisella silmänpohjakameralla. Valokuvausseuranta on nopea ja objektiivinen tutkimus, sen herkkyyks on hyvä ja siitä jää dokumentti. Hyvin järjestetty seuranta on näkynyt näkövammaisuuden vähentymisenä maassamme. (Summanen 2009.) Silmänpohjakuvauksia tekevät siihen erityiskoulutuksen saaneet henkilöt. (Yrjänäinen & Laitinen 2011, 7.)

## 5 SILMÄNPOHJAN LASERHOITO

### 5.1 Laserhoito hoitomuotona

Silmänpohjan laserhoitoa käytetään vakavassa taustaretinopatiassa, makulaturvotuksessa ja proliferatiivisessa retinopatiassa. (Vauhkonen 2005, 378.) Vakava näkövamma, joka aiheutuu diabeettisesta retinopatiasta, voidaan useimmiten estää laserhoidolla. Retinopatia, joka on lievä tai kohtalainen, ei vaadi laserhoitoa, mutta proliferatiivisessa retinopatiassa viivytyksettä annettu laserhoito voi ehkäistä merkittävästi vakavaa näön alenemista. (Käypä hoito - suositus 2006.)

### 5.2 Laserhoidon toteutus

Laserhoidossa potilaan silmä puudutetaan tipoilla, tarvittaessa silmä voidaan puuduttaa para- tai retrobulbaaripuudutuksella. Esilääkkeenä voidaan käyttää särkylääkettä. Yleensä laserhoito on melko kivutonta, mutta verkkokalvon ääreisosat ovat kipuherkkää aluetta. Laserhoidossa valo on erittäin kirkas ja häikäisy tuntuu usein epämiellyttävältä. Hoidon kesto on muutamista minuuteista puoleen tuntiin. Hoidon kesto määräytyy laseroitavan alueen mukaan. Laserhoidon jälkeen silmä on häikäisyaltis vuorokauden ajan. (Hietanen ym. 2005, 93.) Laserhoito on usein diabeettisen retinopatian ensimmäinen toimenpide. Laserhoitoa joudutaan antamaan yleensä usealla eri hoitokerralla aina silmänpohjan tilanteen huomioon ottaen. (Seppänen 2010.)

### 5.3 Laserhoito eri luokitusten mukaan

**Vakavan taustaretinopatian laserhoito.** Tavoitteena on vähentää retinopatian etenemistä, näön heikkenemistä ja lasiaisleikkauksen tarvetta. Laserhoito on tar-

peellinen kun on todettu vakava taustaretinopatia. (Summanen ym. 2007.) Laserhoito toteutetaan kevyenä keskikentän valopolttohoitona verkkokalvon suonitusalueille. (Rönnemaa & Summanen 2009, 420.) Laserhoito saattaa myös pahentaa makulaturvotusta. Hoitopäätös on yksilöllinen, ja se perustuu retinopatian vaikeusasteen, makulan tilan ja riskitekijöiden arviointiin. (Summanen ym. 2007.)

**Proliferatiivisen retinopatian laserhoito.** Vaikean proliferatiivisen retinopatian kiireellinen laserhoito vähentää huomattavasti potilaan näkövammautumista. Laserhoidon laajuus vaihtelee proliferatiivisen retinopatian vaikeusasteen mukaan. Laserhoidon teho säilyy vuosikymmeniä. Hoidon tehoa seurataan kuukauden kuluessa laserhoidosta. Ellei vastetta ilmaannu, voidaan laserhoitoa jatkaa. (Käypä hoito – suositus 2006.)

**Makulopatian laserhoito.** Käsitellään hennoilla poltoilla vuotokohtia tarkannäkemisen alueen ympäristössä tai laajoja verkkokalvon alueita. Makulopatiassa hoito kohdistuu tihkuviin hiussuoniin, jolloin verkkokalvon turvotus vähenee ja lipidikertymät häviävät ja näkeminen paranee. Tällöin tavoitteena on säilyttää potilaan keskeinen näkö. Laserhoito parantaa verkkokalvon hapensaantia ja uudissuonten syntyminen estyy. (Käypä hoito – suositus 2006.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasohje laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää silmätautienpoliklinikalle laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta.

Tutkimuskysymykset:

Millaista tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa ohjeessa tarvitaan?

Millaista tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa ohjeessa tarvitaan sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen?

Mitkä ovat laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittämistarpeet sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen?

## 7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS

### 7.1 Opinnäytetyön lähestymistapa ja aineiston keruu

Opinnäytetyö tehtiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää käyttäen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tärkein lähtökohta on kuvata todellista elämää. Kohdetta pyritään kuvaamaan kokonaisvaltaisesti ja tavoitteena on löytää tai paljastaa tosiasioita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään hankkimaan tietoa kokonaisvaltaisesti ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. Siinä suositaan ihmistä tiedonkeruun instrumenttina. Tutkittava kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157 – 160.)

Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelun avulla saatiin yksityiskohtaisempaa ja monipuolisempaa aineistoa, joka tuki viitekehyksessä olevaa teoriatietoa. Kankkusen ja Vehviläinen - Julkusen (2009, 57) mukaan kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään lisäämään ymmärtämystä tutkittavasta ilmiöstä. Jotta ymmärretään erilaisia ilmiöitä, tarvitaan usein myös ihmisten omia kokemuksia. Kylmän ja Juvakan (2007, 22 - 31) mukaan tärkein ominaispiirre laadullisessa tutkimuksessa on induktiivinen päättely, jossa havainnoidaan yksittäisiä tapahtumia. Yksittäiset tapahtumat yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaaran (2007, 203) mukaan teemahaastattelussa aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Tuomen ja Sarajärven (2009, 75) mukaan teemahaastattelussa haastateltava kertoo vapaasti kokemuksensa ja ajatuksensa aihealueista. Haastattelun teemat nousevat esiin olemassa olevasta tiedosta eli teoreettisesta viitekehyksestä. Teemahaastattelun avulla saimme yksityiskohtaista ja monipuolista aineistoa, joista oli helppo johdatella tuloksia.

Haastatteluun valittiin viisi erään keskussairaalan silmätautienpoliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa. Valintakriteerit olivat pitkä työkokemus silmäpotilaiden hoidossa. Haastateltavat olivat työskennelleet silmätautienpoliklinikalla 5 - 30 vuotta. Kaikki haastatteluun osallistuvat olivat naisia. Haastattelun avulla saatiin monipuolinen kuva tutkittavasta aiheesta. Aineisto haluttiin pitää pienenä, viisi haastateltavaa oli sopiva määrä opinnäytetyön laajuuteen nähden. Kylmän ja Juvakan (2007, 22 – 31) mukaan osallistujia on tutkimuksessa yleensä vähän ja aineisto kerätään avoimin menetelmin. Aineisto koostuu pääosin kerronnasta ja siitä esiin tulleista merkityksistä. Haastattelun avulla pyritään jäsentämään uudelleen todellisuutta ja löytämään uutta tietoa tutkittavasta aiheesta.

Opinnäytetyössä kerättiin tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksesta ja ohjauksen kehittämisestä. Saatuja tuloksia käytettiin kirjallisen potilasohjeen laadinnassa. On tärkeää, että myös työn tekijöitä kuunnellaan, kun mietitään kirjallisen ohjeen laatimista. Haastateltavia valmisteltiin saatekirjeellä (Liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyöstä. Saatekirje annettiin haastateltaville luettavaksi etukäteen. Samalla pyydettiin suostumusta haastattelun toteuttamiseen lomakkeen (Liite 2) avulla. Lomake palautettiin allekirjoitettuna ennen varsinaisen haastattelun aloittamista. Haastattelun ajankohdasta sovittiin yhdessä haastateltavan kanssa henkilökohtaisesti. Ennen haastattelun aloittamista kerrottiin, ettei heitä tulla tunnistamaan opinnäytetyöstä ja kaikki haastattelun aineisto tullaan tuhoamaan työn valmistuttua. Haastattelut suoritettiin haastateltavien työpaikalla rauhallisessa tutkimushuoneessa, jossa ei haastatteluhetkellä ollut paikalla muita kuin opinnäytetyön tekijät ja haastateltava.

Haastattelut suoritettiin 26.7- 29.7.2011 välisenä aikana. Haastattelun kesto vaihteli 15 - 35 minuuttiin. Teemahaastattelun avulla oli mahdollisuus tarkkailla haastateltavaa ja tehdä lisäkysymyksiä, jotta aihe avautui paremmin haastateltavalle. Opinnäytetyön teemahaastattelulomake sisälsi viisi kysymystä ja haastattelutilanteessa toinen opinnäytetyön tekijöistä toimi haastattelijana sekä tarkkailijana ja toinen kirjoitti vastaukset paperille. Haastattelukysymykset muotoiltiin mahdolli-

simman selkeiksi ja jokaista haastatteluteemaa johdatteli ennalta määritellyt haastatteluteemat. (Liite 3.)

Opinnäytetyön yksi osa oli tiedonhankinta potilaalle suunnattua kirjallista ohjetta varten. Tietoa kerättiin varsin systemaattisesti ja työssä käytettiin seuraavia tietokantoja: Plari, Medic, Linda, Alekski ja Terveysportti. Opinnäytetyössä hyödynnettiin silmätautienpoliklinikalla olevia tieteellisiä julkaisuja ja toimitettuja kirjoja. Tutkimuksista ja artikkeleista haettiin tietoa diabeteksestä, diabeettisesta retinopatiasta ja laserhoidosta. Tietoa kyseisistä aiheista löytyi paljon ja se oli monipuolista ja tuoretta. Tiedon rajaaminen oli haastavaa ja mielenkiintoista. (Liite 4.)

## **7.2 Aineiston analyysi**

Teoriatiedon sisältöä käsiteltiin käyttäen sisällönanalyysiä, jossa kriteereinä pidettiin tiedon tuoreutta, asiasisältöä ja sen käytettävyyttä kirjallista ohjetta varten. Kirjalliseen ohjeeseen valittiin kahdeksan lähdettä, joita hyödynnettiin kirjallisen ohjeen sisällön laadinnassa.

Haastatteluaineiston analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, jolla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta tiivis, pelkistetty ja yleinen kuvaus. Sisällönanalyysi aloitetaan etsimällä tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja, jonka jälkeen samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan. Lopuksi yhdistetään samansisältöiset kategoriat toisiinsa yläkategorioiksi. Sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101 – 112; Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 135 – 136.)

Haastatteluaineisto jaettiin puoliksi siten, että toinen opinnäytetyön tekijöistä tutustui 1 - 2 kysymysten aineistoon ja toinen 3 - 5 kysymysten aineistoon. Näin molemmilla oli rauhassa aikaa perehtyä sisältöön. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat oman aineistonsa useaan kertaan läpi ja lokeroivat aineiston tutkimustehtävän mukaisesti. Alkuperäisaineistot pelkistettiin ja samansisältöiset ilmaukset yh-

distettiin. Ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samansisällöiset asiat ryhmiteltiin alakategorioiksi. Alakategoriat puolestaan ryhmiteltiin yläkategorioiksi ja yläkategoriat pääkategoriaan, joka on kaiken yhdistävä kategoria. Kun molemmat saivat valmiiksi oman osuutensa, käytiin saatuja tuloksia yhdessä läpi useaan kertaan. Analyysitulokset yhdistettiin yhdeksi kokonaisuudeksi ja tulokset kirjoitettiin luokittelujen pohjalta. Esimerkki sisällönanalyysistä (Liite 5).



## **8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET**

### **8.1 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen ohjeen sisältö kirjallisuuden mukaan**

Kirjallista ohjetta varten kartoitettiin tietoa siitä, millaista tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa ohjeessa tarvitaan. Keskeisiä lähteitä löytyi 19, joista valittiin kahdeksan kirjallista ohjetta varten. Kriteereinä pidettiin kirjallisuuden luotettavuutta, tuoreutta ja sisältöä. Muut lähteet toimivat yhtenä osana opinnäytetyön viitekehyksessä. Lähteet ovat vuosilta 2005 - 2011. Tekijät edustavat maamme parasta silmätautiopin asiantuntemusta ja ovat ammatiltaan professoreita, dosentteja, silmätautien erikoislääkäreitä ja sairaanhoitajia, jotka ovat työskennelleet alalla vuosia.

Sisältöön vaikutti sekä lääketieteellinen että sairaanhoidollinen tieto. Usein lääketieteellisissä julkaisuissa ei kerrota sairaanhoitajan tekemästä työstä. Hietanen, Hiltunen ja Hirn (2005) ovat ansiokkaasti kertoneet myös sairaanhoitajan näkökulman silmänsairauksissa. Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan kirjalliseen ohjeeseen löytyi paljon yksityiskohtia, jotka koimme tärkeiksi laittaa kirjalliseen ohjeeseen. Toimenpiteen kulku, ateriointi, kivunkokeminen ja epämiellyttävät tuntemukset nousivat tekstistä voimakkaasti esiin. Lääketieteellisissä julkaisuissa pääpaino oli retinopatian ennaltaehkäisyssä, taudin kulussa ja retinopatian laserhoitoon liittyvissä seikoissa. Näistä asioista koottiin selkeä ja potilasta hyvin ohjaava kirjallinen ohje, joka samalla toimii myös sairaanhoitajan apuvälineenä ohjauksessa.

### **8.2 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen tavoitteet**

Tätä opinnäytetyötä varten haastateltujen sairaanhoitajien mukaan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan tulisi saada tietoa siitä, mitä diabeettinen re-

tinopatia tarkoittaa, miksi ja miten sairautta hoidetaan. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että diabeteksen hyvää hoitotasapainoa korostetaan retinopatian kehittymisen ehkäisemiseksi.

*”Kirjallisen ohjeen pitäisi sisältää tietoa silmänpohjamuutoksista silmässä”*

*”Ohjeessa pitäisi teroittaa diabeteksen hyvää hoitoa, jolloinka retinopatian esiintymisen riski pieneneisi”*

Potilaalle tulisi selvittää mitä laserhoito käytännössä on ja miten toimenpiteen kulku etenee. Sairaanhoitajien mukaan laserhoidon tarkoitus, tavoite ja hyöty pitäisi esitellä riittävän yksinkertaisesti. Potilasohjauksessa tulisi selvittää, mihin kohtaan silmää hoitoa annetaan ja miltä se tuntuu, jolloin kivun kokeminen ei tulisi potilaalle yllätyksenä. Edeltä käsin annetun kirjallisen ohjeen ajateltiin helpottavan potilaan laserhoitoon hakeutumista.

### **8.3 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen sisältö**

Kirjallisen potilasohjeen haluttiin olevan selkeä, lyhyt ja ajan tasalla. Toivottiin, että diabeettinen retinopatia sekä sen ehkäisy selitetään riittävän yksinkertaisesti ja ymmärrettävästi. Ohjeessa pitäisi haastateltujen sairaanhoitajien mukaan selittää laserhoidon tarkoitus sekä potilaan kokemat tuntemukset. Toimenpiteen kulku tulisi esitellä lyhyesti. Kirjallisen potilasohjeen pitäisi sisältää maininta sekä jatkohoidosta että potilaan mahdollisuudesta tiedustella epäselviksi jääneistä asioista.

#### **8.4 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen toteuttaminen**

Potilasohjauksessa huomioitavista asioista tilan osuus nostettiin haastateltujen sairaanhoitajien vastauksissa voimakkaimmin esiin. Rauhallinen, ohjausta varten varattu yksityinen tila todettiin parhaimmaksi. Ohjaukseen haluttiin käyttää riittävästi aikaa, jolloin potilaan esittämiin kysymyksiin pystyttiin vastaamaan laajemmin. Ohjaustilanteesta haluttiin kiireetön ja keskeytymätön.

*”Fyysinen ohjaustila, vain hoitaja ja potilas siinä tilassa, siihen olisi varattu oma rauhallinen tila, jotta yksityisyys säilyy”*

*”Hoitajan tulisi olla rauhallinen, tukeva, ammattitaitoinen”*

Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksessa sairaanhoitajan ammattitaitoa pidettiin tärkeänä. Sairanhoitajan asiantuntemus itse sairaudesta sekä silmän anatomiasta todettiin välttämättömiksi. Hoidon ja haittavaikutusten sekä laitteiden hallinta koettiin tärkeiksi.

Potilasohjaustaidot yhdessä sairaanhoitajan intuition ja persoonallisuuden kanssa kuvattiin osana hoitajan ammatillisuutta. Potilaan ikä, vastaanottokyky sekä yksilölliset piirteet tulisi sairaanhoitajien mukaan huomioida ohjaustilanteessa. Ajan tasalle tehty, työyksikkökohtainen potilasohje miellettiin potilasohjauksen apuvälineeksi.

#### **8.5 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen arviointi**

Potilaalle etukäteen annetun kirjallisen ohjeen ajateltiin helpottavan ja nopeuttavan potilaan ohjausta. Kiireettömän ohjaustilanteen huomattiin rauhoittavan potilasta. Häiriötekijöiden poistuessa, ohjaustilanteen todettiin nopeutuvan. Ohjaustilanne

miellettiin sairaanhoitajien kokemuksen mukaan yksilöllisemmäksi potilaan tutustuessa ohjeeseen edeltä käsin. Kirjallisen ohjeen todettiin valmistavan potilasta toimenpiteeseen sekä auttavan potilasta tekemään lisäkysymyksiä. Sairaanhoitajien mielestä kirjallinen ohje lisäisi potilaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutusta ja loisi pohjan onnistuneelle potilasohjaukselle.

*”Potilaat saattavat ymmärtää asiat eri tavoin, ohjaustilanteessa on siten mahdollisuus kysyä”*

Kirjallisen potilasohjeen toivottiin vähentävän potilaan jännitystä. Sairaanhoitajien mukaan tieto vähensi potilaan pelkoa ja lisäsi turvallisuuden tunnetta. Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan kirjallinen ohje miellettiin apuvälineeksi ohjaustilanteessa, joka sisältää sekä suullista että kirjallista ohjausta.

*”Kirjallista ohjetta voi hyödyntää ohjauksessa. Hoitajan ohjaushan on sekä suullista että kirjallista. Kirjallinen ohje on hoitajalle muistilappu”*

Ohjeen todettiin valmistavan potilasta toimenpidettä varten. Potilaan huomattiin olevan motivoituneempi hoitoa kohtaan kun hän oli saanut etukäteistietoa. Sairaanhoitajien mukaan ajan tasalla oleva kirjallinen potilasohje lisäisi potilaan tietoa sairaudesta ja hoidosta sekä auttaisi potilasta tiedostamaan oman sairauden tilansa. Ohjeen ajateltiin lisäävän potilaan tietoisuutta myös siten, ettei hän tuntisi olevansa yksin sairautensa kanssa. Potilasohjauksen todettiin helpottavan potilaan tulevia käyntejä.

## **8.6 Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittäminen**

Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan potilasohjausta varten tulisi olla erillinen, rauhallinen tila, jossa potilaan ohjaaminen ennen ja jälkeen toimenpiteen toteutuisi. Tilan tulisi sijaita lähellä toimenpidehuonetta. Potilaan ohjausta varten pitäisi

olla riittävästi aikaa, jolloin potilaan esittämiä kysymyksiä voitaisiin käsitellä laajemmin. Sairaanhoitajien mielestä kiire ei saisi näkyä ohjaustilanteessa.

*”Ei saisi olla kiire. Oma rauhallinen tila ohjaukseen olisi ihanteellinen”*

Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta työyksikössä ajateltiin kehitettävän pääosin kirjallista potilasohjetta uudistamalla. Hoidosta aiheutuneiden jälkituntemusten sekä kotihoito-ohjeiden toivottiin löytyvän potilaalle annettavasta kirjallisesta ohjeesta.

*”Laserhoidon jälkituntemukset tulisi olla mainittuna kirjallisessa ohjeessa”*

Haastateltavat sairaanhoitajat esittivät ajatuksen, että työyksikön sisällä kehitettäisiin laserhoitoon tulevan potilaan ohjausmalli. Lisäksi toivottiin lisäkoulutusta potilasohjauksesta sairaanhoitajien ammattitaidon kehittämisen tueksi.

*”Ohjeessa pitäisi olla maininta siitä, että kun potilas on lukuun ohjeen, laittaisi muistiin asioita, jotka oli jääneet vaivaamaan”*

Ohjeessa pitäisi olla maininta jatkohoidosta, jolloin potilas tulisi tietoiseksi hoidon seurannasta. Ohjeessa tulisi esitellä potilaan mahdollisuus kysyä asioista, jotka olivat kirjallisen ohjeen lukemisen jälkeen jääneet vaivaamaan. Itse potilasohjaustilanteessa, saman sairaanhoitajan jatkaminen potilaan hoidossa tuotiin vastauksissa toivomuksena esille.

## 9 OPINNÄYTETYÖN TUOTOS

Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle kirjallinen potilasohje (Liite 6). Kirjallinen ohje laadittiin kirjallisuuden ja sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen. Kirjallinen potilasopas on kirjanen, joka on laadittu sairaanhoitopiirin asiakirjamallin mukaisesti. Torkkolan (2002, 34 – 35) mukaan jokaisella sairaalalla on omat säännöt kirjallisen potilasohjeen laatimiseen. Kirjallinen potilasohje on sekä potilasta että henkilökuntaa varten. Valmis ohjepohja helpottaa ohjeen laatimista. Ohjeen kirjoittamisen lähtökoh-  
tia ovat sairaalan tarpeet.

Kirjallisen ohjeen laadinta alkoi opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa syksyn 2011 aikana. Potilasohjeen sisältö koostuu sekä kirjallisuuden perustuvasta tiedosta että sairaanhoitajien haastattelun pohjalta saadusta aineistosta. Kirjallisuudesta ja hoitajien haastatteluista nousivat esiin samat asiat, joita hyödynnettiin ohjeen laadinnassa: retinopatia, retinopatian ennaltaehkäisy, laserhoito retinopatian hoitomuotona, laserhoidon toteutus ja laserhoidon jälkeiset tuntemukset. Lääketieteellinen puoli korostuu kirjallisessa ohjeessa, koska se on yhteistyöorganisaation esiin tuoma tarve.

Opinnäytetyön tekijät viitekehystä arvioidessaan pyrkivät kirjallisessa ohjeessa ottamaan mukaan uusinta, sisällöltään sopivinta ja sairaanhoitajien kokemuksiin perustuvaa tietoa diabeettisesta retinopatiasta ja laserhoidosta, potilaan tuntemuksista ja kotihoito-ohjeista. Ohje tehtiin aluksi A4 muotoon, joka sitten myöhemmin muokattiin opasvihkosen malliin. Opasvihkosesta tuli nelisivuinen asiakirjamallin mukaan tehty tuotos.

## **10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET**

### **10.1 Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelua**

Tässä kappaleessa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia verraten niitä teoriaosuudessa käsiteltyihin tutkimustuloksiin. Kappaleessa tarkastellaan myös opinnäytetyön johtopäätöksiä, kehittämishaasteita, jatkotutkimusaiheita, eettisyyttä ja luotettavuutta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ohje laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle. Opinnäytetyössä haluttiin korottaa kirjallisuuteen ja hoitajien kokemuksiin perustuen, mitä tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisessa ohjeessa tarvitaan ja miten sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta tulisi kehittää.

#### **10.1.1 Kirjallisen potilasohjeen sisältö**

Kääriäisen ym. (2005) mukaan kirjallinen potilasohje auttaa potilasta hankkimaan tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Kirjallisen potilasohjeen tulisi olla selkeä ja ymmärrettävä sekä sisällöltään että kieliasultaan. Opinnäytetyömme tulosten mukaan kirjallisessa ohjeessa haluttiin olevan tietoa siitä, mitä retinopatia on, miten retinopatiaa voidaan ennaltaehkäistä ja miten retinopatiaan voidaan vaikuttaa elintottumuksilla. Lisäksi ohjeessa pitäisi esitellä millaista laserhoito retinopatian hoitomuotona on ja miten potilasta valmistellaan laserhoitoa varten. Sairanhoitajien mukaan laserhoidon tarkoitus, tavoite ja hyöty tulisi esitellä potilaalle yksinkertaisesti. Toimenpiteen kulku pitäisi esitellä lyhyesti. Kirjallisen potilasohjeen pitäisi sisältää maininta sekä jatkohoidosta että potilaan mahdollisuudesta tiedustella epäselviksi jääneistä asioista. Hoidosta aiheutuneiden potilaan kokemien tunteusten sekä kotihoito-ohjeiden toivottiin löytyvän potilaalle annettavasta kirjallisesta

ta ohjeesta. Nämä asiat tulivat esille lähes kaikissa sairaanhoitajien vastauksissa. Opinnäytetyön tuotoksena tehdystä kirjallisesta potilasohjeesta kyseiset asiat käyvät ilmi. Pohdimme, olisimmeko saaneet potilailta erilaista, enemmän heidän tarpeistaan lähtenyttä tietoa, mikäli meillä olisi ollut mahdollisuus haastatella heitä.

Sairaanhoitajien haastattelusta saatuja tuloksia käytettiin apuna laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen ohjeen laadinnassa. Opinnäytetyön tekijöitä kuitenkin rajoittivat keskussairaalan omat säädökset ja asiakirjamalli, jotka määrittivät kirjallisen ohjeen lopullisen ulkoasun. Hoitotyön näkökulma jäi lähes puuttumaan tiedon painottuessa lääketieteellisen sairauden ja hoidon selittämiseen. Pohdimme, saako potilas ohjeesta tarvitsemansa tiedon ja vastaukset häntä mietityttäviin asioihin. Sairaanhoidollinen näkökulma ei ohjeesta käy ilmi.

### **10.1.2 Potilasohjauksen tavoitteet**

Tuloksissa sairaanhoitajat toivat esille potilaan tiedon saannin tärkeyden koskien diabeettista retinopatiaa ja sen hoitoa. Kääriäisen ym. (2006) tutkimuksen mukaan laadukkaan hoidonohjauksen lähtökohta on potilaslähtöisyys. Ohjauksessa on keskeistä molemminpuolinen arvostus ja ohjaukseen liittyviä asioita pitää käsitellä niin, että ne tulevat ymmärretyksi. Laissa (L17.8.1992/785) mainitaan, että potilaalla on oikeus ohjaukseen. Ohjauksen sisältö on lain mukaan annettava siten, että potilas ymmärtää sen tarkasti.

Mäkeläinen (2009) on tutkimuksessaan todennut, että ohjauksen tavoite on riittävän tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoidosta. Tällöin potilaalle tulee tunne, että hän hallitsee oman sairautensa. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan laserhoidon tarkoitus, tavoite ja hyöty pitäisi esitellä potilaalle riittävän yksinkertaisesti. Potilasohjauksessa tulisi selvittää, miten toimenpide suoritetaan, mihin kohtaan silmää hoitoa annetaan ja miltä se tuntuu, jolloin kivun kokeminen ei tulisi potilaalle yllätyksenä. Edeltä käsin annetun kirjallisen ohjeen ajateltiin helpottavan potilaan



valmistautumista hoitoon. Kääriäisen ym. (2005) mukaan potilaslähtöinen ohjaus edellyttää, että hoitaja tuntee potilaan ja hänen tarpeensa. Laadukas potilasohjaus on potilaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa henkilöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu myös hoitajan ammatillinen vastuu ja asianmukaiset resurssit.

### **10.1.3 Potilasohjauksen sisältö**

Kääriäisen ym. (2006) mukaan hoitajien tulisi kiinnittää huomiota ohjausmenetelmien hallintaan ja käyttöön, koska potilaat oppivat asioita eri tavalla. Opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajat toivat saman asian esille todeten, ettei kaikkia potilaita voida ohjata samalla tavalla. Kynkään ym. (2007) mukaan tutkimukset osoittavat, että potilaat muistavat 10 % siitä, mitä kuulevat ja 75 % siitä, mitä näkevät. Näkö- ja kuuloaistia käyttämällä potilaat muistavat ohjauksesta 90 %. Kääriäisen & Kaakisen (2008) mukaan ohjausmenetelmästä riippumatta on tärkeää, että ohjauksessa käsiteltävä tieto on ollut ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, ja sen antamisessa on huomioitu potilaan näkemykset ja elämäntilanne.

Opinnäytetyön tuloksissa todettiin, että kirjallisen potilasohjeen tulisi olla ajan tasalla. Myös potilaan yksilöllisten tarpeiden, iän ja vastaanottokyvyn huomiointi tulivat sairaanhoitajien vastauksissa esille. Kääriäinen ym. (2005) ovat myös todenneet, että ohjauksen sisältö tulisi suunnitella potilaan ohjaustarpeen mukaisesti. Opinnäytetyössämme kirjallisen potilasohjeen todettiin helpottavan potilaan hoitoon suuntautumista, vähentävän pelkoa sekä selventävän jatkohoidon toteutusta. Salminen - Tuomaalan (2010) tutkimus tukee samoja asioita. Hänen tutkimuksensa mukaan kirjallisten kotihoito-ohjeiden saanti on tärkeää, koska se parantaa potilaiden selviytymistä kotona. Kirjallisten ohjeiden avulla parannetaan hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Selkeät kirjalliset hoito-ohjeet ovat potilaalle tärkeitä.

#### **10.1.4 Potilasohjauksen toteuttaminen**

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilasohjaukseen haluttiin käyttää riittävästi aikaa. Rauhallinen, erillinen ohjaustila nostettiin tärkeimpänä asiana esiin. Ajan tasalle tehty, työyksikkökohtainen potilasohje miellettiin potilasohjausta helpottavaksi apuvälineeksi. Opinnäytetyöstä ilmeni lisäksi, että sairaanhoitajat käyttivät ammatillisia ja persoonallisia taitojaan yhdessä intuitionsa kanssa motivoidakseen potilaita hoitoon. Tätä tukee myös Kääriäisen ym. (2006) tutkimus, jossa todetaan, että ohjaukseen tarvitaan enemmän aikaa, tiloja, välineitä ja koulutusta, jotta hyvä potilasohjaus toteutuu. Tähtinen (2007) totesi myös, että henkilökunnan määrä sekä ohjaukseen käytettävä aika ja ohjaustilojen puute on usein liian vähäinen. Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille sairaanhoitajien tieto sairauksista, hoitomenetelmistä sekä laitteista. Lisäkoulutusta haluttiin potilasohjauksesta. Pohdimme, saiko potilas tarvitsemansa tiedon vai jäikö ohjauksesta puuttumaan jotakin oleellista. Kääriäisen ym. (2005) mukaan onnistuneen potilasohjauksen lähtökohtia ovat hoitajan riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisesta sekä ohjausmenetelmistä. Ohjaukseen tulisi myös olla käytettävissä asianmukaiset tilat. Ohjeen pitää tukea ohjaustilanteessa käsiteltyjä asioita.

#### **10.1.5 Potilasohjauksen arviointi**

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan potilaalle etukäteen annetun kirjallisen ohjeen ajateltiin helpottavan ja nopeuttavan potilaan ohjausta. Kiireettömän ohjaustilanteen huomattiin rauhoittavan potilasta. Kirjallisen ohjeen todettiin valmistavan ja motivoivan potilasta toimenpiteeseen sekä auttavan potilasta tekemään lisäkysymyksiä. Täten sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus lisääntyisi ja ohjaustilanteesta muodostuisi yksilöllisempi. Kirjallinen potilasohje miellettiin potilasohjauksen apuvälineeksi, joka helpotti varsinkin kokemattomampien sairaanhoitajien työtä. Tuloksista ilmenee, että ajan tasalla oleva kirjallinen potilasohje lisäisi sekä potilaan tietoa sairaudesta ja hoidosta että potilaan tietoisuutta siten, ettei hän tuntisi olevansa yksin sairautensa kanssa. Potilasohjauksen todettiin helpottavan poti-

laan tulevia hoitokäyntejä. Pohdimme, arvioivatko sairaanhoitajat varsinaisen ohjaustilanteen toteutusta enää myöhemmin vai arvioitiinko ainoastaan potilaan tilaan liittyviä seikkoja.

Kääriäisen ym. (2008) tutkimuksen mukaan potilaan ohjaukseen kuuluu myös ohjauksen arviointi, jossa arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutuminen ja potilaan tilassa tapahtunut muutos. Tärkeää ohjauksen arvioinnissa on että sekä potilas että sairaanhoitaja tuovat esiin näkemyksensä ohjauksesta ja sen vaikutuksista. Hoitaja voi tukea potilaan arviointia antamalla toiminnasta palautetta ja rohkaisemalla keskustelussa. Kääriäisen ym. (2006) mukaan ohjauksen arviointia pitää lisätä, jotta hoitajan ohjausvalmiudet paranevat. Organisoimalla ohjausta hoitajien välinen yhteistyö tehostuu ja ohjauskäytännöt yhdenmukaistuvat.

#### **10.1.6 Potilasohjauksen kehittäminen**

Opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajat toivat esille erillisen, rauhallisen tilan tarpeen. Tilan tulisi sijaita lähellä toimenpidehuonetta. Potilaan ohjausta varten pitäisi olla riittävästi aikaa, kiire ei saisi näkyä ohjaustilanteessa. Saman, tutun sairaanhoitajan jatkaminen potilaan hoidossa tuotiin vastauksissa esille. Samaa totesivat Kääriäinen ym. (2006) ja Tähtinen (2007) tutkimuksissaan.

Potilasohjausta ajateltiin kehitettävän pääosin kirjallista potilasohjetta uudistamalla. Opinnäytetyön tuloksissa sairaanhoitajat esittivät ajatuksen, että työyksikön sisällä kehitettäisiin laserhoitoon tulevan potilaan ohjausmalli. Lisäksi toivottiin lisäkoulutusta potilasohjauksesta sairaanhoitajien ammattitaidon kehittämisen tueksi vaikkakin Tähtinen (2007) on tutkimuksessaan todennut, että sairaanhoitajilla on hyvät taidolliset ohjausvalmiudet ohjaustaitojen, itsehoidon ohjaustaitojen ja vuorovaikutustaitojen osalta.

Kääriäisen ym. (2005) mukaan hoitohenkilökunnan myönteinen asennoituminen ohjaukseen vaikuttaa positiivisesti ohjaussuhteeseen. Potilasohjauksen sisältö

suunnitellaan potilaan tarpeiden mukaisesti. Olennaista on valita ohjausmenetelmä, joka tukee potilaan tapaa omaksua asioita. Alaperän ym. (2006) tutkimuksen mukaan kirjallisen ohjeen avulla pyritään välttämään ja oikaisemaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään potilaiden tietoutta. Pohdimme, hallitsevatko sairaanhoitajat työssään erilaiset ohjausmenetelmät. Vastauksista päätellen lisäkoulutukselle todettiin olevan tarvetta. Pohdimme lisäksi, aiheuttaako kiire potilaan yksilöllisten ohjaustarpeiden huomioimatta jättämistä.

## **10.2 Johtopäätökset**

Potilas saa tietoa sekä sairaanhoitajan antaman ohjauksen että kirjallisen ohjeen avulla. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella on tarpeellista pohtia hallitsevatko sairaanhoitajat potilasohjausmenetelmät riittävän hyvin. Potilasohjausmenetelmiä ja kirjallista ohjetta tulee kehittää edelleen potilaan tarpeita vastaaviksi. Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen ohjeen tulee sisältää tietoa retinopatiasta, laserhoidosta, hoitoon valmistautumisesta ja kotihoito-ohjeista. Kirjallinen ohje valmistaa potilasta toimenpiteeseen ja vähentää potilaan jännitystä ja pelkoa. Kirjallinen ohje lisää potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutusta ja luo pohjan onnistuneelle potilasohjaukselle. Ohjaukseen varattu tila sekä aika ovat ristiriidassa ihannetilanteeseen nähden. Onnistuneen potilasohjauksen edellytyksenä ovat asianmukaiset tilat ja riittävä ohjausaika. Sairaanhoitajien ammattitaito koetaan hyvänä, joskin potilasohjaukseen toivotaan lisäkoulutusta. Työyksikkökohtainen potilaan ohjausmalli nostetaan kehittämisajatuksena esille.

## **10.3 Opinnäytetyön kehittämishaasteet ja jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyön kehittämisehdotuksiksi nousivat kirjallisen potilasohjeen ajankoh-  
taistaminen, tavoitteellisen, sairaanhoitajien asiantuntijuutta lisäävän ja potilaiden ohjauksen parantamiseen tähtäävän koulutuksen järjestäminen sekä työyksikön oman potilasohjausmallin luominen. Potilasohjausmallin tehtävä olisi yhdenmu-  
kaistaa sairaanhoitajien ohjauskäytäntöjä ja parantaa sairaanhoitajien välistä yh-

teistyötä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla silmätautien poliklinikan potilasohjaus, malli sairaanhoitajille.

#### **10.4 Opinnäytetyön prosessin tarkastelu**

Opinnäytetyön työstäminen alkoi syksyllä 2010. Opinnäytetyö oli tekijöille haasteellinen ja mielenkiintoinen kokemus. Opinnäytetyön aihe saatiin Keskussairaalan silmätautienpoliklinikalta. Heiltä on jo vuosien ajan puuttunut laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle suunnattu ajan tasalla oleva kirjallinen ohje. Opinnäytetyön tekijöille aihe oli omaa työtä läheisesti koskettava, joten oli helppo ryhtyä toimeen. Opinnäytetyön tekijät joutuvat päivittäin omassa työssään ohjaamaan potilaita sekä suullisesti että kirjallisesti. Opinnäytetyön tekijät pitävät ohjausta erittäin merkittävänä työnä sairaanhoitajan arjessa.

Kynkään (2008, 27) mukaan hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta. Ohjauksessa tulee näkyä sekä filosofiset että eettiset lähtökohdat. Laadukas ohjaus koostuu asianmukaisista resursseista, joihin myös kirjallinen ohjausmateriaali kuuluu. Ali - Raatikaisen ja Salanterän (2008, 63 – 72) mukaan potilaat pitävät kirjallista ohjausta tarpeellisena. Kirjallisella ohjeella on tärkeä merkitys potilaiden ohjauksessa ja tiedonvälittäjänä. Kirjallista ohjausta tulee saada suullisen ohjauksen yhteydessä.

Opinnäytetyön teoriaosuuden valmistelu alkoi kirjallisuuskatsauksen avulla. Viitekehyksen aineiston hankinnassa käytetyt tietokannat olivat Plari, Linda, Medic, Aleksi ja Terveysportti. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista omaan työhön parhaiten soveltuvia lähteitä. Mielestämme onnistuimme siinä hyvin. Opinnäytetyöhön soveltuvia englanninkielisiä lähteitä kolme löytyi kolme.

Opinnäytetyö oli kaksivaiheinen ja sen työstäminen yhtä aikaa oli välillä haasteellista. Teoriaosuus toimi viitekehyksenä potilaalle suunnatussa kirjallisessa ohjees-

sa ja lisäksi sairaanhoitajien haastattelujen avulla saatu aineisto täydensi kirjallista ohjetta. Sairaanhoitajien haastattelusta saadun aineiston avulla pystyimme tuomaan opinnäytetyöhömme empiirisen näkemyksen. Sairaanhoitajien haastatteluisista saadut vastaukset tukivat kirjallisuutta.

Opinnäytetyön teko muodostui useasta vaiheesta ja niiden yhteensovittaminen oli välillä hankalaa. Opinnäytetyössä tehtiin osioita yhdessä ja erikseen. Sisällönanalyysi oli opinnäytetyöntekijöille uusi kokemus ja melkoisen haastava. Se koettiin opinnäytetyön vaikeimmaksi osuudeksi. Haastavaa oli myös se, että opinnäytetyöntekijät asuivat eri paikkakunnilla ja kävivät töissä opiskelun ohella, joten yhteisen ajan löytäminen ja yhdessä työskentely oli haasteellista. Opinnäytetyön tekijät onnistuivat siinä kuitenkin hyvin. Opinnäytetyön kokonaisuuden hahmottaminen oli vaikeaa, koska edellisestä opinnäytetyön tekemisestä oli vierähtänyt jo yli vuosikymmen. Työn edetessä ymmärsimme prosessin etenemisen ja työn loppuvaiheessa kokonaisuuden hahmottaminen selkiintyi.

Opponentit ja opinnäytetyön ohjaaja antoivat työn edetessä hyviä neuvoja. Neuvojen avulla pyrittiin tekemään korjauksia työn sisältöön, jotta siitä tulisi luettavampi ja selkeämpi. Opinnäytetyön tekeminen oli opettavainen kokemus ja opinnäytetyön tekijät hyötyivät siitä myös ammatillisesti. Varmasti tämän työn tekeminen innostaa opinnäytetyön tekijöitä tulevaisuudessa lukemaan alan tutkimuksia ja raportteja, joita voi hyödyntää omassa työssä.

## **10.5 Opinnäytetyön eettisyys**

Tutkimuksen eettisyys luo pohjan tieteelliselle toiminnalle. Etiikka tarkoittaa sääntöjä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Suomessa tutkimuksen liittyvää eettisyyttä turvataan noudattamalla Helsingin julistusta v. 1964, sairaanhoitajien eettisiä ohjeita, valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan eettisiä ohjeita ja henkilötietolakia. Tutkijan aiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee pohtia sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin ihmisiin. Tutkimuk-

sesta saatavan hyödyn tulee olla suurempi kuin haitan. Tutkimuksen lähtökohtana pidetään tutkimukseen osallistuvan itsemääräämisoikeutta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, tutkimukseen osallistuvien tasa-arvoisuutta ja anonymiteettiä. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 172–179.)

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaran mukaan (2009, 24 - 26) on pyrittävä tarkkuuteen ja huolellisuuteen tulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja esittämisessä. Jokaiselta tutkimukseen osallistavalta on erikseen pyydettävä suostumus. Tutkimusta tehtäessä on muistettava salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. Tutkimuksen tuloksia tulisi tarkastella kriittisesti. Niitä ei saisi kaunistella, yleistää eikä sepittää. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi vaikuttavat eettisyyteen. Tutkimuksen tekijöiden on määriteltävä velvollisuutensa, asemansa, osuutensa ja vastuunsa ennen tutkimuksen aloittamista.

Tässä opinnäytetyössä anottiin tutkimuslupa aineiston keräämistä varten silmätautien toimintayksikön johtoryhmältä ja hallintoylihoitajalta (Liite 7). Lupa aineiston keräämiseen saatiin 1.6.2011. Opinnäytetyö toteutettiin hoitotieteen tutkimusetiikkaan liittyviä periaatteita noudattaen. Opinnäytetyössä noudatettiin Helsingin julistuksen v. 1964 periaatteita. Opinnäytetyöhön osallistuvat sairaanhoitajat tulivat mukaan vapaaehtoisesti ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Etiikkaan liittyen haastatteluun osallistuville kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksen, tavoitteen, aineiston keruumenetelmän ja haastattelusta saatavan hyödyn saatekirjeellä. Opinnäytetyöhön osallistumisen halukkuus varmistettiin kirjallisesti ennen haastattelun suorittamista.

Opinnäytetyön haastatteluun osallistuvilla sairaanhoitajilla oli haastattelun aikana mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoa ja keskeyttää tutkimus koska tahansa. Haastattelun jälkeen aineistoa käsiteltiin suurta varovaisuutta noudattaen ja nimettöminä, jotta haastateltavan anonymiteetti säilyi. Kerättyä aineistoa oli tarkoitus käyttää vain tämän opinnäytetyön aineistoksi, joka opinnäytetyön valmistumisen jälkeen hävitettiin huolellisesti. Tutkimustulokset analysoitiin rehellisesti säilyttäen alkuperäisen sisällön. Lainaukset kirjattiin sanatarkasti.

Opinnäytetyön tulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti, kuitenkin niin, ettei haastatteluun osallistuvaa sairaanhoitajaa voitu tunnistaa. Opinnäytetyön valmistamisen eri vaiheissa käytettiin opinnäytetyön ohjaavan opettajan ohjausta. Opinnäytetyössä sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tähän kuului rehellisyys, huolellisuus, tarkkaavaisuus ja hyvä tieteellinen käytäntö tehdessämme opinnäytetyötä.

### 10.6 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerejä ovat Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tulokset on kuvattu selkeästi ja tekstistä erottaa tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Analyysiprosessia, käsitteitä ja kategorioita tulisi kuvata tarkasti. On hyvä käyttää taulukointeja ja liitteitä, jotta lukija kykenee ymmärtämään, miten analyysi on tehty.

**Uskottavuus.** Tässä opinnäytetyössä tulokset pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman selkeästi käyttäen hyödyksi hoidonohjauksen prosessimallia. Täten tulosten esittäminen etenee johdonmukaisesti ja lukija ymmärtää lukemansa selkeämmin. Sisällönanalyysistä on esitetty taulukko opinnäytetyön loppuosassa (Liite 5). Sisällönanalyysin taulukossa on kirjattu alkuperäisilmaisut, pelkistetyt ilmaisut, alakategoriat, yläkategoriat ja pääkategoriat täsmällisesti. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tuloksissa on käytetty haastateltavien alkuperäisilmaisuja. Suorat lainaukset tuloksia tarkasteltaessa antaa luotettavan kuvan alkuperäisaineistoista. Opinnäytetyön tuloksia on peilattu opinnäytetyön teoriassa käytettyihin tieteellisten julkaisujen tuloksiin. Tulokset ovat suurelta osin yhteneväiset, joten siltä osin tuloksia voidaan pitää luotettavina.

**Siirrettävyys.** Siirrettävyyttä varmistetaan kuvailemalla huolellisesti tutkimuskontekstia, haastatteluun osallistuneita, aineiston keruuta ja analyysiä. Täten voidaan seurata miten tutkimusprosessi etenee. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen tekijä on tarkasti selostanut tutkimusprosessin eri



vaiheet. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 160 - 161.) Luotettavuutta vahvistettiin tässä opinnäytetyössä kuvaamalla jokainen vaihe tarkasti ja täsmällisesti. Molemmat opinnäytetyöntekijät osallistuivat kaikkiin prosessin vaiheisiin aina artikkelien valinnasta sisällönanalyysiin ja tulosten käsittelyyn. Kaikki käytetyt artikkelit olivat tieteellisen arvioinnin läpäisseitä. Lähteet valittiin tuoreuden ja luotettavuuden mukaan.

Työn luotettavuutta saattaa heikentää se, että opinnäytetyön tekijöiden edellisestä opinnäytetyön tekemisestä on kulunut paljon aikaa. Opinnäytetyön prosessi jouduttiin opettelemaan uudestaan. Luotettavuutta vahvisti se, että opinnäytetyön tekijät tekivät opinnäytetyötä vuoden ajan. Oli riittävästi aikaa pohtia työn viitekehystä, opinnäytetyön tarkoitusta, tavoitetta, menetelmiä ja aineiston keruuta. Luotettavuutta vahvistaa myös se, että molemmilla opinnäytetyöntekijöillä on pitkä kokemus potilaan päivittäisestä ohjauksesta. Kokemus ja asiantuntijuus vahvistavat luotettavuutta. Opinnäytetyön aihe on molemmille tuttu potilasohjauksen osalta.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös aineiston koko. Opinnäytetyötä varten haastateltiin viittä silmätautien poliklinikalla vakituisesti työssä olevaa sairaanhoitajaa, joilla on vuosien kokemus laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksesta. Opinnäytetyön tekijät saivat mielestään heiltä riittävästi aineistoa työtä ajatellen. Laadullisessa tutkimuksessa pääpaino ei ole aineiston määrässä vaan laadussa.

## LÄHTEET

- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinmäki, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa: Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos.
- Ali - Raatikainen, P. & Salanterä, S. 2008. Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallisista potilasohjeista. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A55.
- DEHKO-Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000 – 2010. 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. 2.p. Jyväskylä: Gummerus ja Suomen Diabetesliitto ry, 73.
- DEHKO-Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010 TIIVISTELMÄ. 2002. 3.p. Tampere: Hermes ja Suomen Diabetesliitto ry, 4–2.
- Diabetesbarometri 2005 – 2006. Tampere: Hermes ja Suomen Diabetesliitto ry, 13–25.
- Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim (16), 1769 - 1772.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kanski, J. 2007. Clinical Ophtalmology. 6. p. Oxford: Elsevier Ltd.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa: Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Käypä hoito – suositus. 2006. Diabeettinen retinopatia. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 21.3.2011]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>
- Käypä hoito – suositus. 2011. Diabetes. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 30.11.2011]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 17 (4), 208.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005b. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 18 (1), 10 - 14.
- Kääriäinen, M. Lahdenperä, T & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö (3), 27–30.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, H. 2006. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta. Hoitotiede (1), 4 - 12.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. [Verkkojulkaisu]. Oulu: Oulun yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 22.1.2011]. Saatavana: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- Kääriäinen, M & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoidaja (1), 13 - 15.
- L 585/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- Laatikainen, L. & Summanen, P. 2010. Diabeettinen retinopatia. [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 3.3.2011]. Saatavana: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=)
- Mäkeläinen, P. 2009. Rheumatoid arthritis patient education and self-efficacy. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 4.10.2011]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1077-5>
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus hoitotyön punainen lanka. [Verkkosivusto]. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 10.1.2011]. Saatavana: [www.sairaanhoidajaliitto.fi/ohtonen](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ohtonen)
- Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 7.

- Rosenblatt, B. & Benson, W. 2009. Diabetic retinopathy. Teoksessa: Yanoff, M. & Duker, J.(toim.) Ophthalmology. USA: Mosby Elsevier, 613–620.
- Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2009. Mitä tapahtuu verkkokalvosairaudessa eli retinopatiassa. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P. Kangas, T., Kaprio, E-A. & Rönnemaa, T (toim.) Diabetes. 6. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry, 415 - 418.
- Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2009. Retinopatian hoito. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P. Kangas, T., Kaprio, E-A. & Rönnemaa, T (toim.) Diabetes. 6. uud.p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Diabetesliitto ry, 420.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino - Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede (4), 217–228.
- Salminen - Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkiva Hoitotyö 8 (4), 21 - 26.
- Seppänen, M. 30.11.2010. Tietoa potilaalle: Diabeteksen silmäsairaus. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.2.2011]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00826](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00826)
- Summanen, P. & Von Wendt, G. 2007. Diabeettisen retinopatian luokittelut. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 24.2.2011]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96860.pdf>
- Summanen, P., Kallioniemi, V., Komulainen, J., Lamminen, H., Levänen, H., Orhanen, E., Tulokas, S., Virtamo, T. & Von Wendt, G. 2007. Diabeettinen retinopatia. . [Verkkojulkaisu]. Aikakauskirja Duodecimin julkaisuja 123(4), 421. [Viitattu 4.3.2011]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96292.pdf>
- Summanen, P. 2009. Diabeteksen aiheuttamat silmämuutokset. [Verkkosivusto]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 22.1.2011]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00058](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00058)

- Summanen, P. & Saari, K.M. 2011. Yleistaudit ja silmä. Teoksessa: Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 400–408.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 7-58.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveystieteiden laitos. Pro gradu.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Winell, K. 2008. Hoidonohjauksen arviointi. Teoksessa: Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 156 – 156.
- Yrjänäinen, N. & Laitinen, E. 2011. Diabeteksen ennaltaehkäisy vähentäisi myös retinopatiaa. Silmähoitajalehti (1), 6 - 7.

## LIITTEET

**LIITE 1: Saatekirje**

Hyvä kollega

Suoritamme opistoasteen sairaanhoitajan päivitystutkintoa AMK - tutkinnoksi. Opiskelumme kuuluvan opinnäytetyön aiheena on laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjaus – kirjallinen ohje potilaalle. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen potilasohje laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää silmätautienpoliklinikalle laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta.

Opinnäytetyön aineisto kerätään tutkitun tiedon ja sairaanhoitajien haastattelun avulla. Kohderyhmäksi olemme valinneet silmätautienpoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelu tapahtuu nimettömästi. Saadut vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Haastatteluun osallistumalla annat arvokasta apua opinnäytetyömme onnistumiseksi. Mikäli haluat lisätietoja opinnäytetyöhömmme liittyen, vastaamme mielellämme kysymyksiisi.

Kollegasi Jaana Hietala ja Pirjo Laulaja

## LIITE 2: Suostumuslomake haastatteluun

### Suostumus haastatteluun

Pyydämme teitä osallistumaan haastatteluun, jossa selvitämme sairaanhoitajien kokemuksia laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksesta. Tavoitteena on saada ohjauksesta kokemuksia, joita käytämme hyödyksi laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen potilasohjeen laadinnassa.

Opinnäytetyössä haastattelemme keskussairaalan silmätautienyksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia. Haastattelun luotettavuuden kannalta on tärkeää, että haastateltavat ovat vuosia työskennelleet laserhoitoon tulevien diabeettista retinopatiaa sairastavien potilaiden kanssa.

Haastattelu kestää noin 20 – 30 min. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastatteluun osallistuu molemmat opinnäytetyön tekijät, joista toinen haastattelee ja toinen kirjaa ylös haastateltavien vastaukset. Haastateltavien nimet tai muut henkilötiedot eivät tule missään vaiheessa esille, eikä haastatteluja lue kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijät. Tutkimus perustuu luotettavuuteen. Opinnäytetyön raportissa käytämme mahdollisesti suoria lainauksia haastatteluista. Tutkimusmateriaalin analysoinnin jälkeen kaikki haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti. Ennen haastattelua teiltä pyydetään kirjallinen suostumus haastatteluun.

Ystävällisin terveisin

Jaana Hietala

P.050 - 5465288

Pirjo Laulaja

P. 0400 - 560949

Minä \_\_\_\_\_ suostun haastateltavaksi

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

Allekirjoitus \_\_\_\_\_



**LIITE 3: Teemahaastattelu runko**

1. Kerro, mitä laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen potilasohjeen tulisi sisältää.
2. Kerro, miten kirjallinen potilasohje helpottaa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjaustapahtumaa.
3. Kerro, mitä hyötyä mielestäsi kirjallisesta potilasohjeesta on laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle.
4. Kerro, mitä asioita tulee ottaa huomioon laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjauksessa.
5. Kerro, miten laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilasohjausta voitaisiin kehittää työyksikössäsi.

#### LIITE 4: Kooste lähteistä, joita hyödynnettiin kirjallisen ohjeen sisällön laadinnassa

KIRJOITTAJA, JULKAISUPAIKKA, SIVUNUMEROT JA VUOSI	ARTIKKELIN, TUTKIMUKSEN JA LÄHTEEN NIMI	KESKEINEN SISÄLTÖ
Seppänen, M. Lääkärikirja Duodecim. Verkkoartikkeli. 2010.	Tietoa potilaalle: diabeteksen silmäsairaus	<p>Retinopatian kehittymisen tärkein syy on veren korkea sokeripitoisuus. Tupakointi, korkea verenpaine ja ylipaino lisäävät diabeteksen kanssa riskiä retinopatian kehittymiselle.</p> <p>Hoitamaton retinopatia voi johtaa näön heikkenemiseen ja jopa sokeuteen. Säännöllinen silmänpohjien seuranta auttaa sairauden toteamiseen ajoissa. Retinopatiaa voidaan hoitaa tehokkaasti ja oikein ajoitettu hoito vähentää näön heikkenemisen vaaraa huomattavasti.</p> <p>Laserkäsittelyn tavoite on estää haitallisten uudissuonten syntyminen ja ehkäistä veren vuotamista verkkokalvoon ja lasiaiseen. Laserhoito antaa lisää aikaa näkökyvyn säilyttämiselle. Potilaan omahoito on tärkein asia.</p>
Laatikainen, L. & Summanen, P. Lääkärin käsikirja. Verkkosivusto. <a href="http://www.terveysportti.fi">www.terveysportti.fi</a> . 2010.	Diabeettinen retinopatia	<p>Taustaretinopatiaan kuuluvia muutoksia ovat mikroaneurysmat, verenvuodot, verkkokalvon turvotus ja lipidikertymät.</p> <p>Retinopatian edessä hiussuoniin tulee tukoksia. Tukokset aiheuttavat mikroinfarkteja. Mikroinfarktit näkyvät pumpulipesäkkeinä eli pehmeinä eksudaatteina. Laskimot näyttävät helminauhamaisilta ja laajentuneet hiussuonet erottuvat verkkomaisina suonirakenteina ns. IRMA-suonina.</p> <p>Laserhoitoa annetaan vakavaan taustaretinopatiaan, makulaturvotukseen ja proliferatiiviseen retinopatiaan.</p> <p>Vakavassa taustaretinopatiassa laserhoito hidastaa retinopatian etenemistä, näön heikkenemistä ja vähentää lasiaisleikkauksen tarvetta. Laserhoito on välttämätön vakavassa taustaretinopatiassa.</p> <p>Laserhoidon tarkoitus on vähentää hapentarvetta ja kuluusta verkkokalvolla. Haittavaikutuksena on näkökentän kaventuminen ja hämäränäön heikkeneminen.</p>
Summanen, P. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Verkkosivusto. 2009.	Diabeteksen aiheuttamat silmämuutokset	Diabeteksen hyvä hoitotasapaino on retinopatian tärkein hoito. Diabeteslääkkeet yhdessä liikunnan ja terveellisen ruuan kanssa hidastavat retinopatian kehittymistä ja etenemistä. Verenpaineen hoidolla on suotuisa vaikutus retinopatian kehittymisen estämiseksi.

<p>Käypä hoito-suositus. Verkkojulkaisu. 2006</p>	<p>Diabeettinen retinopatia.</p>	<p>Diabeteksen huolellinen hoito estää retinopatian kehittymistä ja etenemistä. Tupakointi lisää retinopatian riskiä. Tärkein hoito diabeteksessä on hyvä hoitotasapaino, diabetislääkkeet, liikunta ja terveellinen ruokavalio.</p> <p>Laserhoito on tarpeellista vakavassa taustaretinopatiassa, proliferatiivisessa retinopatiassa ja makulopatiassa. Laserhoidon tavoitteena on estää uusien uudissuonten synty, vähentää turvotusta tarkan näkemisen alueella ja estää näön heikkeneminen.</p> <p>Laserpoltojen määrä riippuu silmänpohjatilanteesta. Laserhoidon teho pysyy vuosikymmeniä. Laserhoidon laajuus harkitaan iän, riskitekijöiden ja silmänpohjatilanteen mukaan.</p>
<p>Summanen, P. &amp; Saari, K-M. Helsinki Kandidaattikustannus Oy. 2011.</p>	<p>Silmätautioppi</p>	<p>Laserhoidolla suljetaan patologiset, tiikkuvat suonet. Tällöin estetään ja vähennetään verkkokalvon turvotusta ja lipidien kertymistä verkkokalvoon. Laserhoidolla tuhoetaan haitallisia uudissuonia. Laserhoitoa annetaan kaikissa keskussairaaloissa ja hoito on polikliinista.</p> <p>Lähes koko silmänpohja hoidetaan, kun uudissuonet lähtevät näköhermon päästä tai ovat vuotaneet verta verkkokalvolle. Silmänpohjia hoidetaan kunnes polttoja on n. 3000 - 5000.</p>
<p>Laatikainen, L. Therapia Fennica. Verkkootikkeli. Viitattu 20.8.2011.</p>	<p>Verkkokalvo</p>	<p>Laserhoito on retinopatian tehokkain hoitomuoto. Hoito toteutetaan polikliinisesti potilaan istuessa. Potilaan silmä puudutetaan silmätippoilla.</p>
<p>Rönnemaa, T. &amp; Summanen, P. Helsinki: Duodecim ja Suomen Diabetesliitto. 2009.</p>	<p>Retinopatian hoito</p>	<p>Laserhoito on kokoenergistä valoa, jolla saadaan aikaan polttovaikutus haluttuihin kohtiin.</p> <p>Laserhoitoa annetaan sekä vaikeaan taustaretinopatiaan, makulaturvotukseen että proliferatiiviseen retinopatiaan.</p> <p>Laserpoltojen kokonaismäärä riippuu silmänpohjatilanteesta. Teho pysyy vuosikymmeniä. Hoidon laajuus harkitaan iän, riskitekijöiden ja silmänpohjatilanteen perusteella.</p> <p>Laserhoidolla hoidetut muutokset verkkokalvolla voivat pysähtyä ja näkökyky säilyä ennallaan vuosikymmeniä, mikäli hoitotasapaino paranee.</p>

<p>Hietanen, J., Hiltunen, R. &amp; Hirn, H. Helsinki: WSOY. 91 – 93, 2005.</p>	<p>Silmähoidon käsikirja</p>	<p>Diabeetikon silmänpohjien laserhoidossa potilaan mustuaiset laajennetaan tipoilla, hän saa syödä, juoda ja ottaa tarvitsemansa lääkkeet ennen toimenpidettä. Laserhoito on melko kivuton toimenpide, ainoastaan verkkokalvon ääriosat tuntevat kipua. Hoito kestää minuuteista puoleen tuntiin. Häikäisy laserhoidon aikana ja jälkeen koetaan epämiellyttävänä.</p> <p>Makulopatian laserhoidossa käsitellään makulan aluetta ja ympäristöä hennoilla poltoilla. Hoito kohdistuu tihkuviin suoniin, jolloin makulan turvotus vähenee ja lipidikertymät häviävät ja näkeminen tarkentuu.</p>
---	------------------------------	---

## LIITE 5: Esimerkki sisällönanalysistä

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
<p>"Kirjallisen potilasohjeen pitäisi sisältää tietoa silmänpohjamuutoksista silmässä"</p> <p>"Mitä diabeettinen retinopatia on ja mistä se johtuu"</p> <p>"Tietoa siitä, mitä retinopatia on"</p> <p>"Ohjeessa tulisi korostaa hyvää diabeteksen hoitotasapainoa"</p> <p>"Ohjeessa pitäisi teroittaa diabeteksen hyvää hoitoa, jolloin retinopatian esiintymisen riski pienenee"</p>	<p>Kirjallinen potilasohje sisältää tietoa silmänpohjamuutoksista diabeteksessa.</p> <p>Mitä on diabeettinen retinopatia</p> <p>Mitä retinopatia on?</p> <p>Ohjeessa korostetaan hoitotasapainon tärkeyttä.</p> <p>Diabeteksen hyvä hoito hidastaa retinopatian kehittymistä</p>	<p>Taudinkuva</p> <p>Hoitotasapaino</p>	<p>Diabeettinen retinopatia sairautena</p>	<p>Kirjallisen potilasohjeen sisältö</p>
<p>"Tietoa, miksi laserhoitoa annetaan, millä ja miten toimenpide etenee ajallisesti"</p> <p>"Minkä takia laserhoitoa annetaan, mitä se on ja miltä se tuntuu"</p> <p>"Tietoa siitä, miksi potilaalle annetaan laserhoitoa ja mitä siinä käytännössä tapahtuu. Lisäksi potilaalle pitäisi kertoa mihin kohtaan laserhoitoa annetaan, mitä haittavaikutuksia ja hyötyä hoidosta on"</p>	<p>Mitä laserhoito on ja miten toimenpide etenee.</p> <p>Mitä laserhoito on käytännössä.</p> <p>Laserhoidon tarkoitus, toimenpiteen kulku, hoitoalue, haitta ja hyöty.</p>	<p>Toimenpiteen kulku</p>	<p>Laserhoito diabeetisessa retinopatiassa</p>	<p>Kirjallisen potilasohjeen sisältö</p>

<p>"Mitä varten hoitoa annetaan, hoidon tarkoitus ja hyöty. Ohjeessa tulisi myös olla maininta hoidon kestosta ja maininta kivusta"</p> <p>"Miksi hoitoa annetaan ja mitä hoidon aikana tapahtuu"</p> <p>"Potilaalle pitää kertoa toimenpiteen jälkeisistä mahdollisista kotihoito-ohjeista"</p> <p>"Jälkihoito-ohjeet pitäisi olla kirjallisessa ohjeessa"</p> <p>"Jälkihoito pitää mainita ohjeessa"</p> <p>"Laserhoidon jälkituntemukset pitäisi olla mainittuna ohjeessa"</p> <p>"Ohjeessa pitää mainita miten tilannetta kontrolloidaan laserhoidon jälkeen"</p>	<p>Laserhoidon tarkoitus, hyöty, kesto ja toimenpiteen kivuliaisuus.</p> <p>Laserhoidon aiheet ja hoidon kulku.</p> <p>Kotihoito-ohjeiden kerrominen potilaalle</p> <p>Kirjallisen ohjeen tulisi sisältää jälkihoidon.</p> <p>Maininta jälkihoito-ohjeista</p> <p>Ohjeessa tulisi olla selvitettynä jälkituntemukset.</p> <p>Ohjeessa maininta laserhoidon jälkeisestä kontrollista.</p>	<p>Toimenpiteen kulku</p> <p>Jälkihoito</p> <p>Tuntemukset, oireet</p> <p>Jatkohoito</p>	<p>Laserhoito diabeettisessa retinopatiassa</p>	<p>Kirjallisen potilasohjeen sisältö</p>
<p>"Kirjallisen ohjeen tulisi olla selkeä ja mahdollisimman lyhyt, eikä siinä saisi olla liikaa tietoa"</p> <p>"Ohjeessa tulisi olla maininta, että kun potilas on lukenu ohjeen, laittaisi muistiin asioita, jotka oli jääneet vaivaamaan"</p>	<p>Kirjallisen ohjeen tulisi olla lyhyt ja selkeä.</p> <p>Ohjeessa tulisi olla maininta, että potilas voi tiedustella mieleen jääneitä asioita myöhemmin</p>	<p>Kirjallisen ohjeen vaatimukset</p> <p>Huomautukset</p>	<p>Selkeä kirjallinen ohje</p>	<p>Kirjallisen ohjeen sisältö</p>

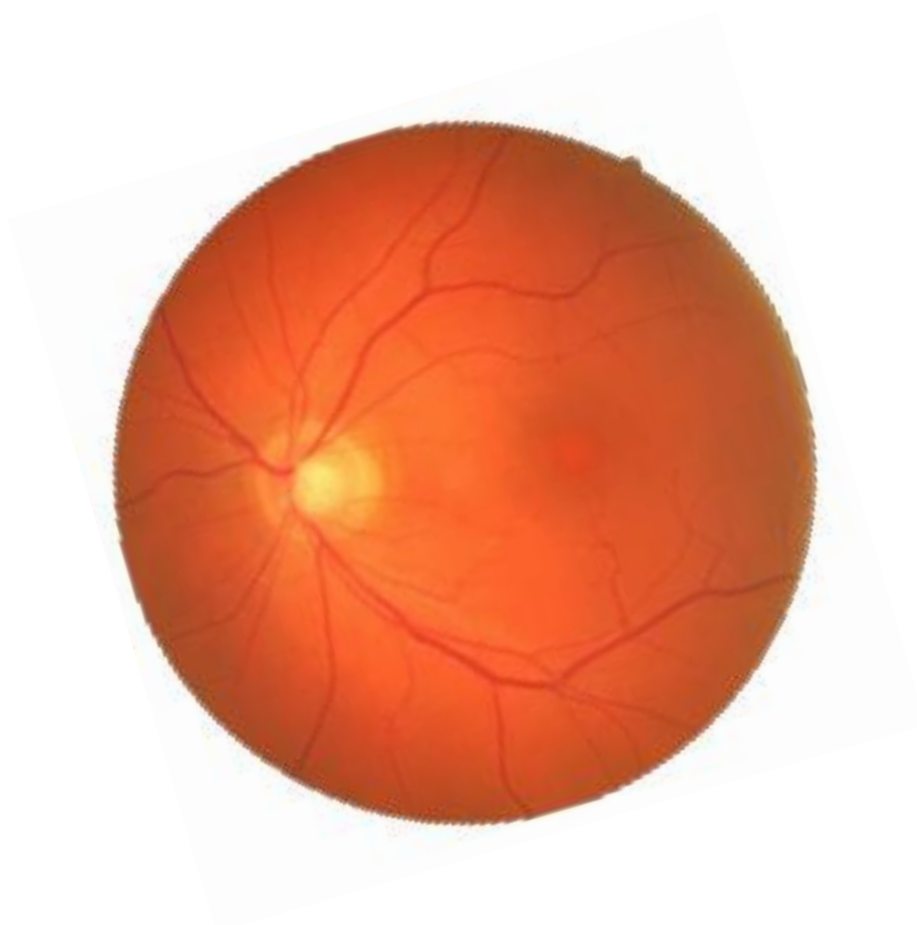
<p>"Potilas saa kirjallisesta potilasohjeesta ennakokäsityksen tulevasta toimenpiteestä"</p> <p>"Potilaat saavat etukäteen tutustua ohjeeseen ja tietävät mihin ovat tulossa"</p> <p>"Potilas tietää mitä varten on tullut poliklinikalle"</p> <p>"Potilas on valmistautunut toimenpiteeseen"</p> <p>"Kirjallinen ohje helpottaa ajallisesti, kun potilas on jo etukäteen ehtinyt tutustua ohjeeseen ja voi kysellä mieleen tulleita asioita sitten laserhoitokäynnin yhteydessä"</p> <p>"Potilaalla on tietoa, jolloin hän osaa kysyä"</p> <p>"Potilaat saattavat ymmärtää asiat eri tavoin, ohjauksessa on sitten mahdollisuus kysyä"</p> <p>"Potilas voi palata ohjeeseen, joka on annettu etukäteen ja kysellä mieleen tulleita kysymyksiä"</p>	<p>Kirjallinen potilasohje sisältää tietoa toimenpiteestä.</p> <p>Etukäteen annettava kirjallinen potilasohje auttaa potilasta valmistautumaan toimenpiteeseen.</p> <p>Tieto laserhoidosta.</p> <p>Kirjallinen ohje valmistaa potilasta toimenpidettä varten.</p> <p>Etukäteen annettu kirjallinen ohje helpottaa potilaan ohjausta. Potilas voi kysellä kysymyksiä laserhoitokäynnillä.</p> <p>Tieto auttaa potilasta kysymään mieleen tulleita kysymyksiä.</p> <p>Ohjaustilanteessa potilas voi kysyä mieleen tulleita kysymyksiä.</p> <p>Ohjaustilanteessa potilas voi kysyä mieleen tulleita asioita.</p>	<p>Tieto</p> <p>Vuorovaikutus</p>	<p>Tiedon lisääminen ja vuorovaikutus</p>	<p>Kirjallinen ohje ohjaustapahtuman tukena</p>
<p>"Potilasohje vähentää potilaan jännitystä"</p> <p>"Potilas ei välttämättä tiedä asiasta mitään, voi olla pelkoja esimerkiksi siitä sokeuttaako hoito"</p> <p>"Ohje luo turvallisuutta"</p> <p>"Potilas ei jännitä"</p>	<p>Kirjallinen ohje vähentää jännitystä.</p> <p>Kirjallinen ohje vähentää laserhoitoon liittyviä pelkoja.</p> <p>Kirjallinen ohje lisää turvallisuuden tunnetta</p> <p>Kirjallinen ohje vähentää potilaan jännitystä.</p>	<p>Tuntemukset</p>	<p>Kirjallinen ohje luo turvallisuutta ja motivaatio kasvaa</p>	<p>Kirjallinen ohje ohjaustapahtuman tukena</p>

<p>"Potilas paneutuu asiaan enemmän ja motivaatio kasvaa"</p>	<p>Kirjallinen ohje lisää potilaan motivaatiota hoitoa kohtaan.</p>	<p>Motivaatio</p>	<p>Kirjallinen ohje luo turvallisuutta ja motivaatio kasvaa</p>	
<p>"Ohje helpottaa ohjausta, jos potilas vaan on tutustunu siihen"</p> <p>"Ohje helpottaa hoitajaa. Ei tarvi kertoa niin paljon, jos potilas on etukäteen lukenu sen"</p> <p>"Säästää aikaa, jos potilas on saanut ohjeen etukäteen"</p> <p>"Helpottaa hoitajan ja potilaan välistä ohjausta. Vie vähemmän aikaa, jos potilas on tutustunut ohjeeseen aiemmin"</p> <p>"Ohjaustilanne on yksilöllisempi, kun on saanut ohjeet etukäteen"</p> <p>"Kirjallista ohjetta voi hyödyntää ohjauksessa. Hoitajan ohjaushan on sekä suullista että kirjallista. Kirjallinen ohje on hoitajalle muistilappu"</p> <p>"Nuorta hoitajaa auttaa, jos on käytössä kirjallinen ohje, se on kuin muistilappu"</p>	<p>Potilasohjaus helpottuu, jos potilas on etukäteen tutustuneen ohjeeseen.</p> <p>Hoitajan antamaa ohjausta helpottaa, jos potilas on tutustunut ohjeeseen etukäteen.</p> <p>Etukäteen annettu kirjallinen ohje nopeuttaa ohjausta.</p> <p>Etukäteen annettu kirjallinen ohje nopeuttaa potilasohjausta.</p> <p>Etukäteen annettu kirjallinen ohje tekee ohjauksesta yksilöllisen.</p> <p>Potilasohjaus on sekä kirjallista että suullista. Hoitaja hyödyntää kirjallista ohjetta ohjauksessa ja lisäksi se on hoitajan apuväline.</p> <p>Kirjallinen ohje auttaa nuorta hoitajaa ohjauksessa.</p>	<p>ohje helpottaa ohjausta</p> <p>Ohje säästää ohjausaikaa</p> <p>Yksilöllinen ohjaus</p> <p>Ohje on apuväline</p>	<p>Kirjallinen ohje on apuväline hoitajalle ja potilaalle</p>	<p>Kirjallinen ohje ohjaustapahtuman tukena</p>



LIITE 6: Kirjallinen potilasohje laserhoitoon tulevalle potilaalle

## Potilasohje laserhoitoon tulevalle diabeetikolle



## **Diabeettinen retinopatia**

Diabeteksen aiheuttama retinopatia on yksi diabeteksen lisäsairauksista. Retinopatia tarkoittaa muutoksia silmän verkkokalvolla. Muutoksia esiintyy sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabeteksessä. Useimmiten muutokset kehittyvät hitaasti vuosien kuluessa.

## **Diabeettisen retinopatian ennaltaehkäisy**

Diabeteksen hyvä hoitotasapaino on diabeettisen retinopatian tärkein hoito. Diabeteslääkkeet yhdessä liikunnan ja terveellisen ruokavalion kanssa estävät retinopatian kehittymistä ja etenemistä. Retinopatian etenemistä voidaan hidastaa myös verenpaineen hyvällä hoidolla ja tupakoinnin lopettamisella.

## **Laserhoito diabeettisen retinopatian hoitona**

Diabeteksessä veren korkea sokeripitoisuus aiheuttaa muutoksia silmänpohjan pienissä verisuonissa. Laserhoito on aiheellista silloin, kun silmänpohjamuutokset ovat kehittyneet uudissuonia muodostavaan tai sitä lähenevään vaiheeseen. Laserhoito on aiheellista myös silloin, kun verkkokalvon vaurioituneista hiussuonista on tihkunut nestettä tarakan näkemisen alueelle tai sen läheisyyteen aiheuttaen siihen turvotusta.

Silmänpohjien laserhoito eli valopolttohoito on retinopatian tehokkain hoito. Laserhoidolla pyritään korjaamaan verkkokalvon vaurioita ja estämään uudissuonten kehittyminen verkkokalvolle.

Laserhoidossa verkkokalvolle kohdistetaan valonsäde, jolla saadaan aikaan polttovaikutus haluttuun kohtaan verkkokalvoa. Laserhoitoa käytetään vakavassa taustaretinopatiassa, makulaturvotuksessa ja proliferatiivisessa retinopatiassa.

Laserhoidon tavoitteena on estää haitallisten uudissuonten syntyminen ja ehkäistä veren vuotamista verkkokalvoon ja lasiaiseen. Kun verkkokalvolla on näkökykyä alentavaa tai uhkaavaa turvotusta, voidaan turvotusalue hoitaa laserilla. Laserhoito ei yleensä paranna näköä, vaan sillä pyritään estämään näkökyvyn huononeminen.

## **Laserhoidon toteutus**

Laserhoitopäivänä saa syödä, juoda ja ottaa tarvittavat lääkkeet normaalisti ennen ja jälkeen toimenpiteen.

Laserhoitokäynnille voi halutessa ottaa välipalan mukaan, koska käynti saattaa kestää n. 2 tuntia.

Laserhoito tehdään polikliinisesti. Laseroitavan silmän mustuainen laajennetaan silmätipoilla. Toimenpide tapahtuu silmämikroskoopin ääressä istuen. Silmän pinta puudutetaan puudutustipoilla, jonka jälkeen kontaktilinsi asetetaan silmän pinnalle. Linssin kautta lasersäde ohjataan hoidettavalle alueelle verkkokalvoa.

Hoidon aikana on tärkeää istua rauhassa ja katsoa toisella silmällä kohdistusvaloon, jotta lasersäde osuu oikeaan kohtaan. Laserhoito on yleensä melko kivutonta, mutta verkkokalvon ääreisosat voivat olla kipuherkkää aluetta. Laserhoidossa valo on erittäin kirkas ja häikäisy saattaa tuntua epämiellyttävältä.

Laserhoito kestää harvoin yli 15 minuuttia. Hoidon kesto määräytyy laseroitavan alueen mukaan. Laserhoitoa saataan joutua antamaan useammalla hoitokerralla aina silmänpohjan tilanteen huomioon ottaen.

## **Laserhoidon jälkeen**

Hoidon jälkeen silmä on häikäistynyt noin vuorokauden ajan. Kirkkaalla ilmalla on hyvä käyttää aurinkolaseja. Laserhoidon jälkeen autolla ajo saattaa olla hankalaa ja siksi suosittelemme, että teillä on saattaja mukana.

Hoidon jälkeen saattaa esiintyä värinää ja pieniä vääristymiä näkökentässä. Nämä oireet häviävät 2 – 3 viikon kuluessa, kun verkkokalvolla oleva turvotus on hävinnyt ja hoidettu alue arpeutunut. Laserhoidon jälkeen voi elää normaalisti, lääkäri määrää tarvittaessa rajoitteet.

### **Huom!**

Mikäli teillä on kysyttävää luettuanne tämän kirjallisen potilasohjeen, voitte ottaa yhteyttä silmätautienpoliklinikalle arkipäivinä klo. 8 – 15 välisenä aikana puh.06-4154853.

## LIITE 7: Tutkimuslupahakemus

ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAAN-  
HOITOPiIRIN KUNTAYHTYMÄ


VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Nro

Keskushallinto

1.6.2011

33

Asia	Opinnäytetyöhakemus, sairaanhoitajat Jaana Hietala ja Pirjo Laulaja
Selostus	Sairaanhoitajat Jaana Hietala ja Pirjo Laulaja Seinäjoen ammattikorkeakoulu, opistoasteen sairaanhoitajan tutkinto amk-tutkinnoksi koulutus, hakevat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen: Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjaus - kirjallinen ohje potilaalle. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen potilasohje laserhoitoon tulevalle diabeettista retinopatiaa sairastavalle potilaalle. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Helinä Mesiäislehto-Soukka. Käsitelty silmien jr:ssä ja puolletaan sopimusta, 31.5.2011.
Päätös	Lupa myönnetty.
Tiedoksi	Sairaanhoitajat Jaana Hietala ja Pirjo Laulaja Ylihoitaja Aila Mäki-Rajala
Oikaisuvaatimus viranomaisen	<p>Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus Huhtalantie 53 60220 SEINÄJOKI Puhelinvaihe (06) 415 4111 Telefax (06) 415 4351</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisäännistä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisääntitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuskielto on ilmoitettava päätös, johon haetaan oikaisua, sekä se, millaista oikaisua vaaditaan ja millä perusteilla sitä vaaditaan.</p>
Paikka ja aika	Seinäjoki 1.6.2011
Allekirjoitus	
Virka-asema	Päivi Leikkola vs hallintoylihoitaja



## Sopimus opinnäytetyöstä

Opiskelijan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Jaana Hietala Viipurinkatu 9, 60200 Seinäjoki. P. 050-5465288 jaana.hietala@seamk.fi

Pirjo Laulaja Huhdanmäentie 195, 61630 Hirvijärvi. P. 0400-560949 pirjo.laulaja@seamk.fi

Koulutusohjelma:

Opistoasteen sairaanhoitajan tutkinto amk-tutkinnoksi koulutus, sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön ohjaajan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Helinä Mesiaislehto-Soukka PhD, MA, Senior lecturer, International coordinator. School of health care and social work. Koskenalantie 17, 60101 Seinäjoki. P. 040-8304200 helina.mesiaislehto-soukka@seamk.fi

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustaja ja asema organisaatiossa:

Silmätautien poliklinikka, Päivi Kangasluoma osastonhoitaja silmätaudit, Aila Mäki-Rajala Ylihoitaja

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustajan yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Päivi Kangasluoma, Hanneksenrinne 7, 60220 Seinäjoki p. 4154888 paivi.kangasluoma@epsnp.fi

Aila Mäki-Rajala, Hanneksenrinne 7, 60220 Seinäjoki aila.maki-rajala@epsnp.fi

Opinnäytetyön (15 op) alustava nimi/aihe:

Laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjaus - kirjallinen ohje potilaalle

Opinnäytetyöhön kuuluvat tehtävät:

Millaista tutkittua tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen potilasohjeen tulisi sisältää?

Millaista tietoa laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan kirjallisen potilasohjeen tulee sisältää sairaanhoitajien kokemuksiin perustuen?

Miten laserhoitoon tulevan diabeettista retinopatiaa sairastavan potilaan ohjausta tulee kehittää?

Työn tekemisestä aiheutuvien kustannusten korvaaminen:

--

Arvioitu aika opinnäytetyön tekemiseen: 1/1.2011 - 30/10.2011

Päiväys \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja.

Opinnäytetyöni saa julkistaa Theseus-verkkokirjastossa (rasti ruutuun)

Opiskelijan allekirjoitus:

Opiskelijan allekirjoitus:

Toimeksiantajan/yhteistyöorganisaation edustajan allekirjoitus:

Käsikellyt ilmeen j.r.k.

Puolletaan sopimus

31.5.2011

Sanna Oksanen

Pirjo Laulaja

OK

r