



DIABEETTISEN RETINOPATIAN HOITO LASERMENETELMÄLLÄ

Potilasohjeiden laatiminen

Tuija Siiskonen
Heidi Yli-Kätkä

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SIISKONEN, TUIJA & YLI-KÄTKÄ, HEIDI:

Diabeettisen retinopatian hoito lasermenetelmällä – Potilasohjeiden laatiminen

Opinnäytetyö 45 sivua, josta liitteitä 8 sivua
Marraskuu 2012

Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva ja sen tarkoituksena on tehdä kirjalliset potilasohjeet Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon korva- ja silmäyksikköön. Ohjeet käsittelevät diabeettisen retinopatian hoitoa lasermenetelmällä. Työelämätaho halusi kaksi ohjetta, joista toinen lähetetään ennen toimenpidettä kotiin. Toisen potilasohjeen henkilökunta antaa potilaalle toimenpiteen jälkeen. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää millainen on hyvä potilasohje, mitä on retinopatia ja millaista laserhoito on.

Opinnäytetyössä käsitellään silmän rakennetta ja toimintaa, joka auttaa selvittämään diabeettisen retinopatian vaikutuksia silmässä. Diabeettinen retinopatia esiintyy verkkokalvolla ja sitä on kolmenlaista tyyppiä: taustaretinopatia, makulopatia ja proliferatiivinen retinopatia. Hoitomuotona on pääasiassa laserhoito, joka hidastaa sairauden etene- mistä.

Teoriaosuudessa keskitytään myös potilasohjaukseen sekä potilasohjeen laatimiseen. Jokaisella potilaalla on oikeus saada tietoa sairaudestaan ja mahdollisuus päättää omasta hoidostaan. Ohjauksen ja potilasohjeen avulla voidaan turvata hoidon onnistuminen ja sen jatkuvuus. Potilasohjauksessa täytyy ottaa huomioon potilaan yksilöllisyys, joka vaikuttaa ohjauksen sisältöön. Kirjallinen potilasohje tukee suullista ohjausta. Sen tulee olla ymmärrettävä ja tarpeeksi lyhyt, jotta potilas jaksaa lukea sen läpi. Huomiota tulee kiinnittää potilasohjeessa myös ulkoasuun ja yleiskielellisyyteen.

Opinnäytetyön tavoitteena on potilaan tiedon lisääminen retinopatiasta ja laserhoidosta potilasohjeen avulla. Potilasohjeiden avulla turvataan hyvä ja turvallinen hoito. Lisäksi ne ovat hoitajan tukena potilasohjauksessa. Potilasohjeiden avulla hoitohenkilökunta kiinnittää enemmän huomiota potilasohjaukseen.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SIISKONEN, TUIJA & YLI-KÄTKÄ, HEIDI:
Laser treatment for diabetic retinopathy – How to make patient guide

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 8 pages
November 2012

The purpose of this thesis was to make two written patient guides. The idea came from the eye disease clinic of the specialist medical care unit in Tampere, which needed two patient guides. The first one will be sent to patients before and the other one after a procedure. The patient guides explain how diabetic retinopathy can be treated by laser treatment. The plan here was to clarify what retinopathy and laser treatment are, and to find out what is included in a good patient guide.

There are three kinds of retinopathy: background retinopathy, macular edema and proliferative retinopathy. Laser treatment is the main treatment method in retinopathy. By using laser treatment it is possible to slow down the progress of the disease.

The following questions were also considered: how to guide patients and how to make a patient guide. Every patient has the right to know what kind of a disease this is and a chance to decide how to treat the disease. With guidance and using the patient guide, success and continuity of treatment can be achieved. A patient's guidance must be determined individually. A written patient guide supports spoken patient guiding. A patient guide must be written in general purpose language and it has to be short enough so that the patient can read and understand its message.

The goal of this thesis was to increase patients' awareness of retinopathy and laser treatment with a patient guide that can be used to achieve good and safe care. It is hoped that the patient guide will help nursing staff pay more attention to patient guidance.

Key words: diabetic retinopathy, laser treatment, patient instruction, patient guide

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Silmän rakenne, toiminta ja tehtävät	8
3.2 Diabeettinen retinopatia	11
3.2.1 Retinopatia	12
3.2.2 Ehkäisy ja seulonta	15
3.2.3 Silmän tutkiminen	16
3.2.4 Laserhoito	17
3.2.5 Jälkihoito	18
3.3 Potilasohjaus	18
3.3.1 Kirjallisten potilasohjeiden antaminen	20
3.3.2 Kirjallisten ohjeiden vaatimukset	21
3.3.3 Potilasohjeen sisältö	22
3.4 Yhteenveto teoreettisesta viitekehyksestä	24
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	25
4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen vaihe vaiheelta	26
4.3 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö	28
5 POHDINTA	32
5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	32
5.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	33
5.3 Pohdinta	34
LÄHTEET	36
LIITTEET	38
Liite 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia	38
Liite 2. Kotiin lähetettävä potilasohje	43
Liite 3. Jälkihoito-ohje	45

1 JOHDANTO

Diabetes on Suomessa merkittävä kansansairaus, jota sairastaa noin 500 000 suomalaista. Diabetesta on kahdenlaista, tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetesta. Kyseessä on monisyinen sairaus, jonka takana on liiallinen verensokeripitoisuuden nousu. Syynä verensokeripitoisuuden nousuun on vähentynyt tai kokonaan puuttuva insuliinin erityis tai insuliinin vaikutuksen riittämättömyys. (Niemi & Winell 2005, 10.)

Diabetekseen kuuluu liitännäissairaudet, kuten vuosien kuluessa tapahtuvat silmänpohjanmuutokset verkkokalvolla eli retinopatia. Retinopatiaa on kolmenlaista: taustaretinopatia, makulopatia ja proliferatiivinen retinopatia. Verkkokalvon vaurioituessa voi näkökyky heikentyä. (Aho, Summanen & Komulainen 2006.)

Diabetesta sairastaville järjestetään seulontatutkimuksia, jotta retinopatia löydetäisiin ajoissa. Seulonnan tiheys järjestetään diabetestyyppin, potilaan iän ja silmänpohjamuutoksien mukaan. Seulonnan kautta potilaalle järjestetään aika erikoislääkärin vastaanotolle, joka päättää mahdollisesta laserhoidosta. (Aho ym. 2006.)

Retinopatian tehokkain hoitomuoto on laserhoito. Hoidossa verkkokalvolle laseroidaan pieniä polttojälkiä, jolloin verkkokalvon hapensaanti paranee. Laservalolla hoidetaan vuotavat suonet ja estetään uudissuonten kasvua. Tällä tavoin voidaan estää jopa 90 % retinopatian aiheuttamista muutoksista. (Koivula 2006; Suomen lääkirilehti 2008, 708.)

Henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on nykyisin vähemmän aikaa, koska potilaiden hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet. Potilaan täytyy tietää sairauden eri hoitovaihtoehtoista sekä hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen päättäessään hoidosta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökunnan antamaan selvitystä potilaan sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Kirjalliset ohjeet ovat tärkeitä ennen hoitoa ja hoitokontaktin jälkeen, jotta potilas saisi kaiken tarvitsemansa tiedon. Kyseisillä ohjeilla on tarkoitus vähentää väärinkäsityksiä ja ahdistusta, sekä lisätä potilaan turvallista hoitoa. Potilasohjauksessa täytyy ottaa huomioon potilaan tarpeet, jotka

määrittävät ohjauksen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10, 66.)

Opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva ja se tehtiin Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon korva- ja silmäyksikköön. Yksikössä tehdään mm. pienkirurgisia toimenpiteitä sekä erikoissairaanhoidon vaativien diabetespotilaiden silmänpohjan seuranta ja hoitoa. (Tampereen kaupunki 2012.) Kyseinen yksikkö on toivonut potilasohjeita laserhoitoon tulevalle potilaalle. Heidän toiveena on, että tekisimme kaksi potilasohjetta. Toinen ohjeista lähetettäisiin ennen toimenpidettä ja siinä kerrottaisiin retinopatiasta ja toimenpiteestä. Toimenpiteen jälkeen potilas saisi jälkihoito-ohjeen, jolla turvattaisiin hoidon jatkuvuus.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kaksi laadukasta potilasohjetta diabeettisen retinopatian hoidosta lasermenetelmällä Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon korva- ja silmäyksikköön.

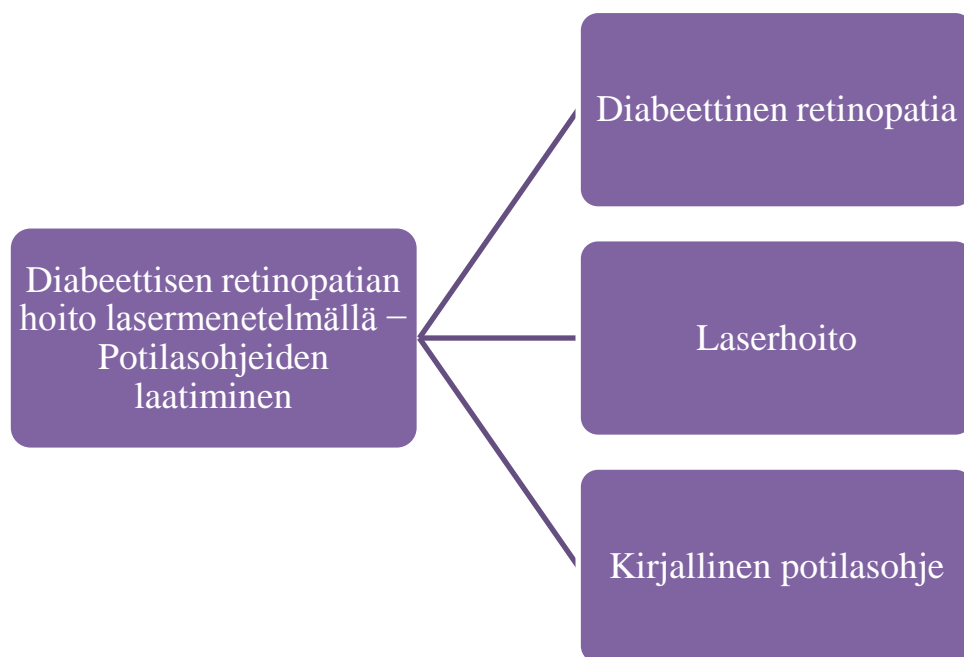
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mikä on retinopatia?
2. Millaista on laserhoito?
3. Millainen on laadukas potilasohje ennen ja jälkeen toimenpiteen?

Tavoitteena on lisätä potilaan tietoa retinopatiasta ja laserhoidosta. Tiedon saaminen lieventää potilaan pelkoa tulevasta toimenpiteestä. Toimenpiteen jälkeen saatavalla ohjeella potilas voi toteuttaa hyvää omaa hoitoa. Lisäksi tavoitteena on saada laadukas potilasohje hoitohenkilökunnan käyttöön, joka tukee potilasohjausta. Henkilökohtaisena tavoitteena meillä on saada lisää tietoa potilasohjauksesta, retinopatiasta ja sen hoidosta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Pääkäsitteiksi opinnäytetyössämme nousi diabeettinen retinopatia, laserhoito ja kirjallinen potilasohje. Kerromme työssämme myös silmän rakenteesta ja toiminnasta, jolloin selventyy missä silmän osassa retinopatia esiintyy ja kuinka se vaikuttaa näkökykyyn. Retinopatian hoidossa on tärkeää jatkuva seuranta sekä diabeteksen hoitotasapainon ylläpitäminen. Laserhoidolla saadaan retinopatian hoidossa parhaimmat mahdolliset tulokset, jolloin ohjauksen ja kirjallisten ohjeiden merkitys on potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta suuressa merkityksessä. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 92-93.) Alla olevassa kuviossa ovat teoreettiset lähtökohdat, jotka ovat opinnäytetyömme keskeiset käsitteet. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Viitekehys

3.1 Silmän rakenne, toiminta ja tehtävät

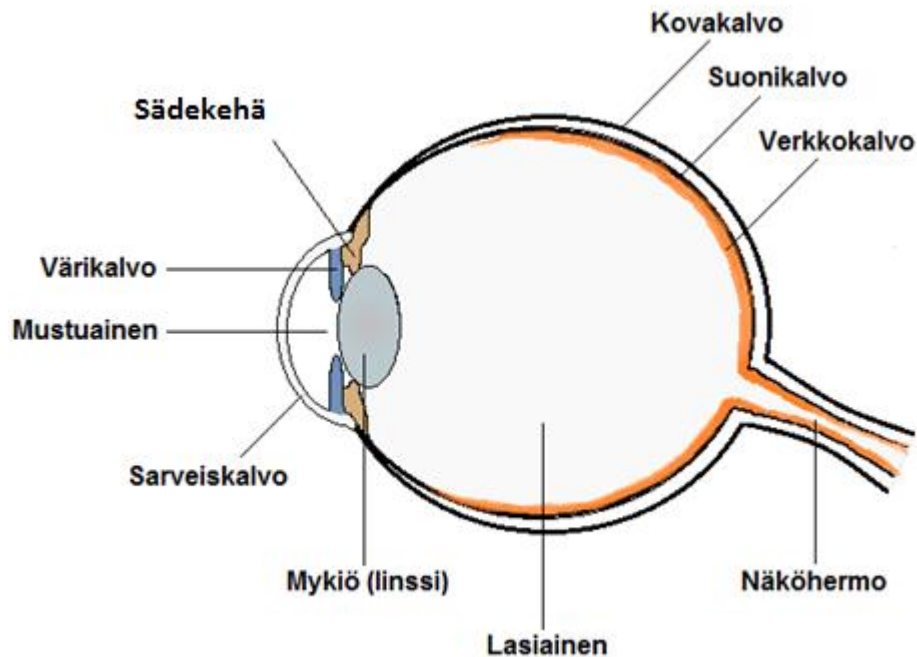
Kolme tärkeää osaa muodostavat näköjärjestelmämme: silmät, näköhermot ja aivot. Silmää ja silmäluomia liikuttavat silmälihakset. Silmän tehtävänä on saada ympäristöstä tarkka kuva. (Hietanen ym. 2005, 7, 11.)

Silmämuna on pallomainen ja läpimitaltaan noin 24 millimetriä. Se painaa seitsemän grammaa ja se sijaitsee luisessa silmäkuopassa. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 7.) Silmämuna muodostuu kolmikerroksisesta seinämästä sekä siihen kuuluu mykiö, lasiainen ja kammioneste (kuva 1.). Lasiainen sijaitsee mykiön ja verkkokalvon välissä. Sen tehtävänä on toimia väliaineena, jotta verkkokalvolle pääsee esteettömästi valo. (Budowick, Bjälje, Rolstad & Toverud 1995, 62.)

Kovakalvo ja sarveiskalvo muodostavat uloimman kerroksen seinämän. Kovakalvo on silmämunaa ympäröivä valkoinen, läpinäkymätön kerros ja sen tehtävä on säilyttää silmämunan muoto. Silmän etuosassa kovakalvo muuttuu sarveiskalvoksi. Sarveiskalvo on silmän voimakkaimmin valoa taittava osa, joka on tärkeä silmän taittokyvyn kannalta. (Budowick ym. 1995, 62; Hietanen ym. 2005, 8.)

Suonikalvo on silmämunan seinämän keskikerroksessa. Suonikalvon muodostavat värikalvo, sädekehä ja suonikalvo. Ne sisältävät runsaasti verisuonia, jotka huolehtivat silmämunan seinämien ravitsemuksesta ja silmänpaineesta. Mykiö on näkemisen kannalta hyvin tärkeä osa, se taittaa ja mukauttaa silmään tulevaa valoa. Värikalvo sijaitsee mykiön edessä ja se säätelee lihastensa avulla mustuaisen kokoa. Mustuaisen koon sääteleminen vaikuttaa silmään tulevan valon määrää ja se on osa silmän optista järjestelmää. (Budowick ym. 1995, 62; Hietanen ym. 2005, 9.)

Verkkokalvo on silmämunan seinämän sisin kerros. Tarkannäkemisen alue eli makula sijaitsee verkkokalvolla. Verkkokalvo on silmän hermokudoskerrosta, jonka kautta saatu tieto välittyy aivoihin. Verkkokalvon hermosolukerroksessa on kahta erilaista aistinsolua, jotka ovat sauvat ja tapit. Näiden tehtävänä on lähettää hermoimpulsseja. Verkkokalvolla valo muuttuu hermoimpulsseiksi, jotka menevät muiden hermosolujen kautta näköhermoon. Näköhermo on silmän takaosassa ja se välittää verkkokalvon vastaanottamia ja muokkaamia näköimpulsseja. Näköimpulsseja kulkeutuvat verkkokalvosta näköhermoa pitkin näköaivokuorelle. Verkkokalvolla on myös monta muuta tärkeää tehtävää, kuten esimerkiksi aistinsolujen jätteiden tuhoaminen, verenkierron ja verkkokalvon välisenä esteenä toimiminen. (Budowick ym. 1995, 28, 62; Hietanen ym. 2005, 9; Saari 2011, 25, 30.)



KUVA 1. Silmän rakenne

Näköaistin avulla saadaan tietoa ympäröivästä maailmasta ja se on yksi merkittävimmistä aisteista. Koko elimistön aistinsoluista 70 % on silmässä. Silmän optinen järjestelmä on samankaltainen kuin kameran. Silmän optisen järjestelmän toimiessa oikein muodostuu verkkokalvolle tarkka kuva. Hermoimpulssien välityksellä kyseinen kuva muodostuu ymmärrettäväksi aivoissa. (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 169; Hietanen ym. 2005, 9.)

Värikalvon säätelemä mustuainen muuttaa silmään tulevan valon määrää. Heikossa valossa mustuainen suurenee ja voimakkaassa valossa se supistuu. Mustuaisen takana olevan mykiön mukautumiskyvyn ansiosta voidaan muodostaa teräviä kuvia kohteista eri etäisyyksillä. Mykiön edessä oleva sarveiskalvo on voimakkaimmin valoa taittava osa ja sen takia silmän taittokyvylle merkityksellinen. Silmän ollessa liian lyhyt tai liian pitkä taittovoimaan nähden verkkokalvolle muodostuu epätarkka kuva. Kuva on tällöin muodostunut taakse tai eteen ja on siksi epätarkka ja sumuinen. (Haug ym. 1999, 172; Hietanen ym. 2005, 11.)

3.2 Diabeettinen retinopatia

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka johtuu insuliinihormonin puutteesta ja/tai sen heikentyneestä toiminnasta. Rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen on myös yleistä diabeteksessa. Veren glukoosi- eli rypälesokeripitoisuus on kohonnut, jolloin valkuaisaineiden liiallinen sokeroituminen ja siihen liittyvät vahingolliset vaikutukset voivat aiheuttaa ongelmia. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2009, 9.)

Diabetes jaetaan kahteen tyyppiin, tyyppiin 1 eli nuoruustyyppiin diabetekseen ja tyyppiin 2 eli aikuistyyppiin diabetekseen. Tyyppiin 1 diabeteksessa haiman insuliinia tuottavat solut ovat tuhoutuneet, jolloin insuliinia ei muodostu. Tyyppiin 2 diabeteksessa elimistön oma insuliinin erityis ja vaikutus on heikentynyt. Yleisimpiä oireita tyyppiin 1 diabeteksessa ovat laihtuminen, jano, väsymys ja lisääntynyt virtsan erityis. Tyyppiin 2 diabeteksessa oireet alkavat vähitellen. Oireina on väsymys varsinkin aterian jälkeen, ärtyneisyys, jalkojen särky sekä herkkyys erilaisille tulehduksille. Janon tunne ja virtsaamistarve lisääntyvät sen mukaan mitä korkeampi veren sokeripitoisuus on. (Tyyppiin 1 diabetes – Opas nuoruustyyppiin diabeetikolle 2004, 12; Ilanne-Parikka ym. 2009, 9; Mustajoki 2011.)

Diabeteksestä johtuvat lisäsairaudet heikentävät elämänlaatua sekä lisäävät riskiä enenaikaiseen kuolemaan. Liian korkean verensokerin eli hyperglykemian seurauksena verisuonten seinämät alkavat vaurioitua. Sen seurauksena tapahtuu elimistössä muutoksia, jotka johtavat liitännäissairauksiin. Liitännäissairauksia on mm. retinopatia eli silmien verkkokalvon sairaus. (Tyyppiin 1 diabetes – Opas nuoruustyyppiin diabeetikolle 2004, 74–78; DEHKO 2008, 45; Ilanne-Parikka ym. 2009, 10.)

3.2.1 Retinopatia

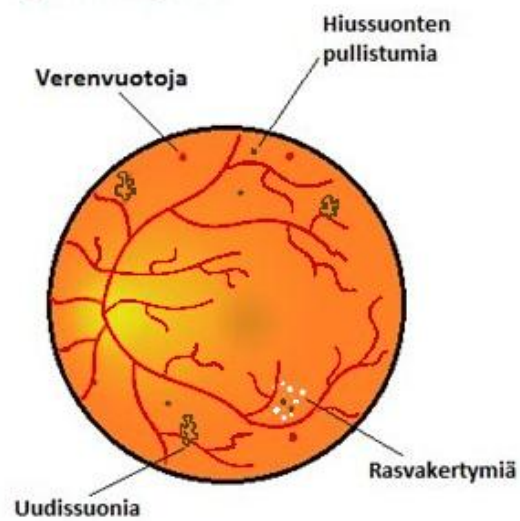
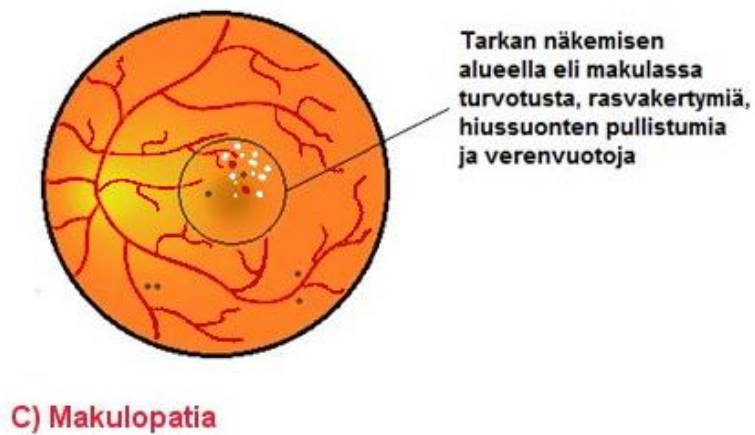
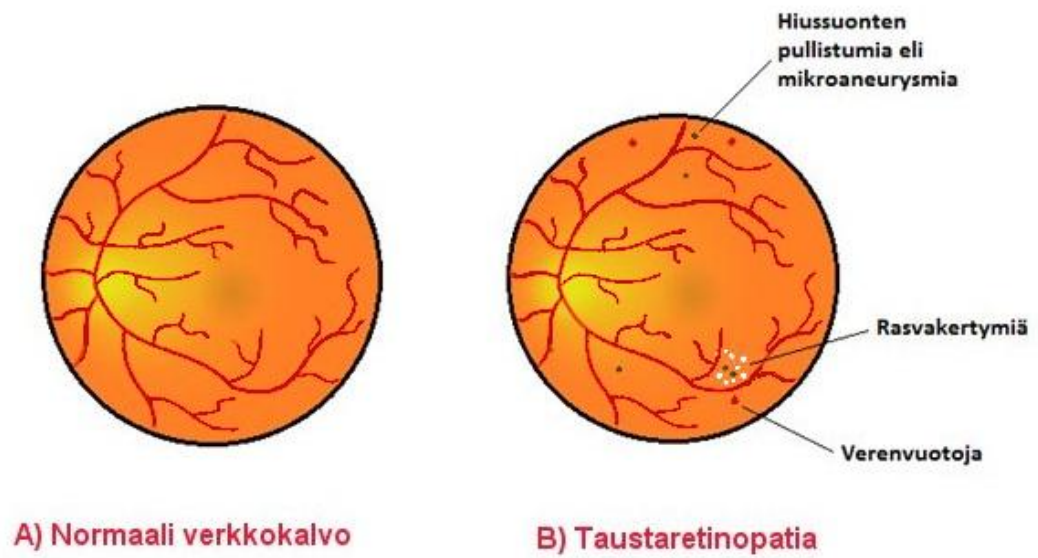
Latinan kielestä tuleva retina sana tarkoittaa verkkokalvoa. (Diabetes ja silmämöyhjännmuutokset 2008, 4.) Retinopatia on yleisin diabeteksen elimistön muutoksista. Tyypin 2 diabetesta sairastavilla esiintyy 40 % jonkinasteista retinopatiaa diagnosointi vaiheessa. Lähes kaikilla diabeetikoilla, joilla on ollut sairaus vähintään 20 vuotta, esiintyy retinopatiaa. Tämän vuoksi esiintymisfrekvenssi onkin suoraan verrannollinen sairauden keston. (The University of York 1999, 2; Saari 2011, 400.) Hannu Pajunpään tutkimuksen (1999, 62) mukaan kuluu keskimäärin 13 vuotta diabeteksen toteamisesta retinopatian diagnosointiin.

Etiologisia tekijöitä retinopatialle on mittavasti tutkittu. Hyperglykemia on todettu ensisijaiseksi syyksi retinopatian kehittymiselle. Altistuminen pitkittyneelle hyperglykemialle aiheuttaa ensin parannettavissa olevat ja myöhemmin peruuttamattomat muutokset verkkokalvolla. Syinä retinopatian kehittymiselle on myös hormonaaliset, geneettiset, immunologiset ja ympäristölliset vaikutukset. (Loukovaara 2003, 10.)

Retinopatiassa verkkokalvon verisuonten seinämien vaurioituminen alkaa hiussuonista ja etenee ajan kuluessa suurempiin verisuoniin. Solumuutosten seurauksena hiussuonten seinämiin aiheutuu pullistumia eli mikroaneuryasmia, jota kutsutaan taustaretinopatiaksi (kuvio 2. a ja b). Vahingoittuneet hiussuonet ja mikroaneuryasmat voivat vuotaa verkkokalvolle plasmaa tai verta, jonka seurauksena tulee turvotusta ja vuotoja. Jatkuva turvotus ja tihkuminen aiheuttavat kovia rasvakertymiä verkkokalvolle. Muutoksien tullessa verkkokalvolla tarkannäön eli makulan alueelle on kyseessä diabeettinen makulopatia (kuvio 2. c). Sen seurauksena värien erottamiskyky ja kontrastiherkkyys huononee. (Hietanen ym. 2005, 92; Saari 2011, 400.)

Sairauden edetessä hiussuonten tukkeutuminen johtaa verkkokalvon hapenpuutteeseen, jolloin elimistö muodostaa uudissuonia korjatakseen tilanteen. Tätä tilaa kutsutaan proliferatiiviseksi retinopatiaksi (kuvio 2. d). Hauraat uudissuonet vuotavat helposti plasmaa ja verta verkkokalvon pinnalle ja lasiaiseen. Se aiheuttaa lasiaisen rakenteessa muutoksia ja vetää uudissuonia kohti lasiaistilaa. Verenvuodot lasiaisessa aiheuttavat näön samentumista, jotka häviävät yleensä itsestään. Mikäli vuodot uusiutuvat, voi se aiheuttaa näön pysyvää heikkenemistä. Lisäksi useat lasiaisverenvuodot ja uudissuonten

arpeutuminen voivat aiheuttaa verkkokalvon irtauman. Uudissuonten arpeutumien voi aiheuttaa kammionesteen ulosvirtauskanavan tukkeutumisen, jolloin silmänpaine kohoaa. (Hietanen ym. 2005, 92; Ilanne-Parikka ym. 2009, 416–418; Saari 2011, 400–405.)



KUVIO 2. Verkkokalvon muutokset

3.2.2 Ehkäisy ja seulonta

Oleellista retinopatian ehkäisyssä on hyvä sokeritasapaino, alhaiset veren rasva-arvot ja hyvä verenpaine. Terveelliset elämäntavat ylläpitävät hyvää hoitotasapainoa. Ruokavalio, liikunta, tupakoimattomuus ja päihteetön elämä edesauttavat retinopatian ehkäisyssä. (Hietanen ym. 2005, 92.) Hannu Pajunpään tutkimuksen (1999, 64) mukaan retinopatian syntyyn vaikuttavat diabeteksen hoitotasapaino sekä kesto ja diabeteksen hoitomuoto. Tavoiteltuja arvoja diabeteksen hyvän hoidon ylläpitämisessä on:

- Verenpaineen ylläpitäminen 130/80mmHg tai vähemmän
- Veren kokonaiskolesteroli alle 4,5 mmol/l
- HDL-kolesteroli yli 1,1 mmol/l
- LDL-kolesteroli alle 2,5 mmol/l
- Triglyseridi alle 1,7 mmol/l

(Hietanen ym. 2005, 92; Diabetes ja silmänpohjanmuutokset 2008, 10.)

Retinopatian seulonnassa kustannus-vaikuttavuus on hyvä, koska hoitokustannukset ovat pienemmät kun sairaus saadaan havaittua ajoissa. Seulonnan toteutuminen ja retinopatian havaitseminen riippuvat seulantamenetelmästä, seulojan ammattitaidosta ja seulantavälistä. (The University of York 1999, 2-3.)

Diabeetikon silmänpohjanmuutoksia seurataan säännöllisesti, jotta mahdolliset muutokset huomataan ajoissa. Lapsilla silmänpohjia seurataan 10 vuoden iästä lähtien. Seurantaväli on 2-3 vuotta, jos muutoksia ei ole vielä havaittavissa. Muutoksien ilmaantuessa silmänpohjia seurataan kerran vuodessa tai tarpeen mukaan useammin. Raskaana olevan diabeetikon silmänpohjat on hyvä tutkia raskauden alussa. (Aho, Summanen & Komulainen 2006; Diabetes ja silmänpohjanmuutokset 2008, 11.)

Säännöllinen verenpaineen mittaus, sekä perusterveydenhuollossa tehdyt silmänpohjan kuvaukset kuuluvat seurantaan. Tärkeää on myös potilaan oma näön tarkkailu. Diabeetikon tulee myös itse pitää huolta silmänpohjan seurantatutkimusten toteutumisesta ajallaan. Seulonnassa havaitut suuremmat silmänpohjanmuutokset tutkitaan ja hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Silmänsairauksiin erikoistunut lääkäri tekee perusteellisen silmäntutkimuksen, sekä tarvittaessa silmänpohjan verisuonten väriainekuvauksen. (Hietanen ym. 2005, 92–93; Ilanne-Parikka ym. 2009, 420.)

3.2.3 Silmän tutkiminen

Silmän perustutkimuksessa selvitetään potilaan esitiedot ja tehdään silmäntutkimus. Esitiedot ovat perusta silmän tutkimiseen ja helpottavat diagnosointia. Esitiedoissa kyseellään oireiden alkamisesta ja kestosta sekä kivun luonteesta. Perussairaudet, lääkitys sekä suvussa esiintyvät silmäsairaudet tulee myös selvittää. (Hietanen ym. 2005, 21.)

Silmätutkimus aloitetaan näöntarkkuuden tutkimisella. Näöntarkkuus tutkitaan kauko-lasien kanssa tai ilman. Kumpikin silmä tutkitaan sekä erikseen että yhdessä. Tutkimuk-sen kirjaukseen merkitään mahdollinen silmälasien käyttö. Jos näöntarkkuustesti ei on-nistu jonkin syyn takia, niin tutkitaan potilaan mustuaisreaktiot kynälampun avulla. Mustuaisen supistuessa aivohermo toimii normaalisti. Kynälampun avulla voidaan myös tutkia silmän etuosan rakenteita, joihin kuuluu esimerkiksi silmää ympäröivä iho, silmäluomet, kovakalvo, sarveiskalvo sekä värikalvo. Kynälampun avulla pystytään tutkimaan etuosan rakenteet tarkasti. Tutkimuksessa voidaan tutkia myös silmän side- ja sarveiskalvot. Perusteellisessa tutkimuksessa selvitetään myös potilaan silmänpaine. (Hietanen ym. 2005, 22–23.)

Punaheijastetta tutkimalla voidaan selvittää silmän taittavien väliaineiden, kuten kyy-nelneesten, sarveiskalvon, etukammion, mykiön ja lasiaisen kirkkaus sekä tila. Oftalmo-skooppiä käytetään silmänpohjan tutkimiseen. Ennen tutkimusta potilaalle laitetaan laa-jentavat tropikamidi-silmätipat. Oftalmoskoopilla nähdään tärkeitä yksityiskohtia kuten näköhermon pää, tarkan näkemisen alue ja verkkokalvon reunaosat. (Hietanen ym. 2005, 24.)

Erikoislääkärin vastaanotolla on käytössä biomikroskooppi, epäsuora oftalmoskooppi ja erikoislinssit, joilla pystytään diagnosoimaan useimmat silmäsairaudet. Biomikroskoo-pilla voidaan eri apuvälineiden avulla tutkia tarkemmin silmän rakenteita. (Hietanen ym. 2005, 24; Saari 2011, 67.)

3.2.4 Laserhoito

Lääkärin tekemien tutkimustulosten pohjalta keskustellaan potilaan kanssa eri hoitovaihtoehtoista. Tällä hetkellä laserhoito on käytetyin ja tehokkain hoitomuoto retinopatian hoitoon. Erilaisia lääkehoitoja tutkitaan ja kehitellään, mutta niiden vaikuttavuudesta ei ole saatu yhtä hyviä tuloksia kuin laserhoidosta. (Hietanen ym. 2005, 93.)

Verkkokalvon tiettyihin kohtiin saadaan polttovaikutus korkeaenergisellä yhdensuuntaisella valolla eli laserilla. Laserin vaikutuksesta verkkokalvolle syntyy arpia ja hapentarve verkkokalvolla vähenee sekä verkkokalvo pysyy elinkykyisenä käsittelemättömiltä alueilta. Lasiaisvuotojen ja verkkokalvon irtautumisriski pienenee kun uudissuonet kuitistuvat laserhoidon vaikutuksesta. (Ilanne-Parikka ym. 2009, 420.)

Laserhoidolla voidaan käsitellä laajoja verkkokalvon alueita tai pieniä kohtia makulassa ja sen lähiympäristössä. Makulopatiaan kohdistuvassa hoidossa ovat kohteena tihkuvat hiussuonet, jolloin turvotus ja kovat rasvakertymät vähenee. Hapenpuutteesta kärsivät verkkokalvon alueet käsitellään laserilla, jolloin saadaan hapen tarve ja kulutus vähemmän kyseisillä alueilla. Tämän avulla uudissuonten kasvaminen ja lasiaisvuodot vähenevät. (Hietanen ym. 2005, 93.)

Proliferatiivisessa retinopatiassa hoidetaan melkein koko silmänpohjaa, makula-aluetta ja aivan perifeerisempiä alueita lukuun ottamatta. Laserpolttoja tehdään tällöin toistuvilla hoitokerroilla yhteensä 2000–3000. Laaja-alainen hoito annetaan 1-4 viikon välein. (Hietanen ym. 2005, 93, Saari 2011, 407.)

Laserhoitoa annetaan yleensä useamman kerran ja se tehdään silmätautien poliklinikalla. Potilaalle tiputetaan ennen toimenpidettä mustuaista laajentavia silmätippoja sekä silmää puuduttavia tippoja. Hoito voi olla kivuliasta ääreisosia käsitellessä. Tarvittaessa potilaalle voidaan antaa ennen toimenpidettä kipulääkettä ja/tai rauhoittavaa lääkettä. Toimenpide tehdään silmämikroskoopin edessä istuen. Laserhoidon kesto riippuu hoidettavasta alueesta ja suunnitelluista laserpolttojen määrästä. Ajallisesti puhutaan muutamista minuuteista puoleen tuntiin ja potilaat pääsevät kotiin saman päivän aikana. (Hietanen ym. 2005, 93, Ilanne-Parikka ym. 2009, 420.)

3.2.5 Jälkihoito

Silmää saattaa häikäistä toimenpiteen jälkeen enimmillään vuorokauden ajan. Joillekin potilaille voi voimakas valo saada aikaiseksi migreenikohtauksen ja joillakin voi esiintyä silmä- tai päänsärkyä. Näkö saattaa myös heikentyä tilapäisesti tai siinä voi esiintyä värinää tai pieniä vääristymiä, jotka johtuvat ohimenevästä turvotuksesta tarkkanäkemisen alueella. Niistä on hyvä mainita potilaalle ennen kotiin lähtöä. (Hietanen ym. 2005, 93, Diabetes ja silmänpohjamuutokset 2008, 14.)

Potilaalle laitettavat mustuaista laajentavat silmätipat vaikuttavat silmän mukautumiskykyyn. Silmätippojen vaikutus mustuaisessa häiritsee lähinäköä ja syvyyseroja. Kirkkaat valot häikäisevät helpommin, jolloin aurinkolasien käyttö on suositeltavaa. (Hietanen ym. 2005, 35.)

3.3 Potilasohjaus

Nykypäivänä potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet terveydenhuollossa. Potilaiden tarvitsee kuitenkin saada tarvittava tieto siitä miten he pystyvät hoitamaan itseään. Hyvällä ohjauksella potilas saadaan ottamaan vastuu omasta tilanteestaan. Tämän takia potilasohjaus ja sen kehittäminen on hyvin tärkeää. Laadukas potilasohjaus edellyttää hoitajalta tietoa ja taitoa sekä hoitotyöstä että ohjauksesta. Hänen täytyy ylläpitää ja kehittää jatkuvasti omaa ammatillista tietämystään sekä ohjausvalmiuksiaan. (Lipponen ym. 2008, 121–122.)

Ohjauksen tavoitteena on, että kumpikin osapuoli ymmärtäisi käydyn ohjauksen sisällön. Hoitajan on tärkeä ottaa potilas mukaan ohjaussuhteen rakentamiseen. Ensimmäisenä tulee selvittää ohjattavan ja ohjaajan taustatekijät. Toisena vaiheena on ohjaussuhteen rakentaminen tavoitteiden saavuttamiseksi ja viimeisenä vaiheena on ohjauksen arviointi. Lähtökohtana ohjaussuhteen rakentamisessa ovat potilaan sekä hoitajan taustatekijöiden tunnistaminen, joita on esimerkiksi ikä, sukupuoli, terveydentila, potilaan kokemukset, tarpeet, odotukset sekä omat oppimistavat. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristöön liittyviin taustatekijöihin. Ohjaus määritellään hoitajan ja potilaan aktiiviseksi sekä tavoitteelliseksi toiminnaksi, jo-

hon vaikuttavat heidän taustatekijänsä. Ohjauksessa molemmat osapuolet ovat asiantuntijoita, potilas oman elämänsä ja hoitaja oman ammattinsa. (Kyngäs ym. 2007, 25, 39; Kyngäs & Hentinen 2008, 81, 99.)

Potilaan tarpeet määrittelevät hoitotyön tavoitteet. Jokaisella potilaalla on yksilölliset lähtökohdat, joista käsin hoitoa suunnitellaan. On tärkeää, että potilas tietää sairaudesta ja mahdollisista hoitotoimenpiteistä kaiken olennaisen, jotta voi tehdä hoitoaan koskevat päätökset. Hänelle on selvitettävä nykyinen terveydentila, hoidon merkitys, eri hoitovaihtoehdot ja niiden vaikutukset sekä muut hoitoon vaikuttavat seikat. Hän voi kieltäytyä hoidosta, jolloin potilaan kanssa on yhteisymmärryksessä yritettävä löytää jokin muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoito. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 § 5, § 6; Anttila ym. 2002, 45.)

Keskeistä hoitoon sitoutumisessa on potilaan motivaatio. Riittävä tieto ohjaa potilasta itse arvioimaan mikä on hänelle parhaaksi. Hoitaja tukee potilasta päätöksenteossa, mutta potilaan tulisi itse löytää ratkaisu tilanteeseensa. Yhteinen näkemys hoidosta potilaan ja hoitajan välillä takaa potilaan tyytyväisyyden ja hoitoon sitoutumisen. Tavoitteen asettaminen yhdessä motivoi potilasta omaan hoitoonsa. Potilasohjauksella pyritään parantamaan potilaan elämää hänen haluamallaan tavalla ja samalla pyritään edistämään hänen omaa kykyä ja aloitteellisuutta. Hoitajan tulee tunnistaa lähtökohdat ohjaukselle, jolloin hän kykenee kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. (Kyngäs ym. 2007, 25, 27–28, 31–35, 47; Kyngäs & Hentinen 2008, 100.)

Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä tulee olla tasa-arvoista. Vuorovaikutus voi olla sanallista tai sanatonta viestintää. Sanallinen viestintä ohjauksessa on hyvin pieni osa vuorovaikutusta. Vuorovaikutus voi ilmentyä ilmeinä, eleinä, asentoina, liikkumisena, äänenpainoina ja äänensävyinä. Ohjauksessa täytyy ottaa huomioon, että samat sanat voivat merkitä eri ihmisille eri asioita. (Laine ym. 1999, 262; Kyngäs ym. 2007, 25, 38–39.) Eeva Härkösen tutkimuksessa (2005, 36) potilaat kokivat, että hoitajan kertoma tieto oli ymmärrettävämpää kuin lääkärin kertoma. Lääkärit käyttivät vieraita termejä useammin. Lisäksi potilaat jännittivät usein lääkärin vastaanotolla, jolloin potilailla oli vaikea sisäistää tietoa hoidostaan eivätkä he uskaltaneet kysyä lääkäriltä vieraista termeistä. (Härkönen, 2005, 36.)

Hoidon jatkuvuus on tärkeää hoidon onnistumiselle. Tämä turvataan suullisella potilasohjauksella, kirjallisilla ohjeilla ja huolellisella kirjaamisella. Tärkeää on potilaan hoidon onnistumisen kannalta, että hoidon tavoitteet kulkeutuvat hoitopaikasta toiseen. Potilaan tulee myös itse tietää hoidostaan, jotta hoito jatkuisi samanlaatuksena. Kirjallisilla ja suullisilla ohjeilla voidaan opastaa potilasta ja näin saadaan varmistettua hoidon jatkuvuus potilaan kohdalla. (Kassara ym. 2004, 15.)

3.3.1 Kirjallisten potilasohjeiden antaminen

Suullinen ohjaus tukee kirjallisia potilasohjeita. Pelkkien suullisten ohjeiden varassa potilas saattaa unohtaa ohjeet tai muistaa ne väärin. Kirjallisten ohjeiden avulla hoito-ohjeet saadaan ymmärrettäviksi varsinkin jos suullisen ohjauksen aika on lyhyt. Tietoa tulevasta toimenpiteestä voidaan välittää ohjeiden avulla. Lisäksi kirjallisia ohjeita käytetään kotiutumisasiässä. Ohjeiden ollessa kirjallisena potilas voi tarkastaa hoito-ohjeet ja saa niistä tukea hoitoonsa. Kirjalliset hoito-ohjeet tulisi olla jokaisen potilaan hoidon tarpeen mukaiset. Potilaalla tulisi olla tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, komplikaatioista, sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, sairauden etenemisestä tai uusiutumisen riskistä sekä lääkityksestä. (Kyngäs ym. 2007, 124; Iivanainen & Syväoja 2009, 539–540.)

Potilaan kanssa käydään läpi kirjalliset ohjeet, jonka jälkeen potilaan on vielä hyvä lukea ohjeet itse ohjaustilanteessa. Hänen on hyvä saada ajoissa kirjalliset ohjeet, että voi saada käsityksen tulevasta hoidosta. Tarvittaessa potilas voi kysyä hoitoon liittyviä epäselviä asioita. Kirjalliset ohjeet voivat olla paperilla tai internetissä ja ne olisi hyvä saada kotiin, jossa myös omaiset ja läheiset pystyvät tutustumaan niihin. Potilaan jatkohoitopaikassa myös ammattilaiset saavat hoito-ohjeet tietoonsa, jolloin hoito jatkuu samanaikaisesti. (Iivanainen & Syväoja 2009, 540.)

3.3.2 Kirjallisten ohjeiden vaatimukset

Kirjallisten ohjeiden lähtökohtana ovat hoitavan yksikön tarpeet sekä potilaan tarpeet. Potilaan tavoitteena on saada tarvittava tieto ja hoitavan yksikön tavoitteena on saada potilas toimimaan ohjeistuksella oikein. Hyvässä potilasohjeessa kuuluu kiinnittää huomiota ohjeen sisältöön, tekstin ymmärrettävyyteen ja sujuvuuteen sekä ohjeen ulkoasuun. Lähtökohdat potilasohjeen kirjoittamiselle tulevat käytännön hoitotyöstä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35; Lipponen 2006, 67.)

Hyvän potilasohjeen tulisi puhutella potilasta niin, että hän ymmärtää ohjeen olevan tarkoitettu hänelle. Otsikon sekä ensimmäisen virkkeen täytyy kuvata mitä ohje pitää sisällään. Lukijan huomion kiinnittäminen on hyvin tärkeää varsinkin silloin, kun kyseessä on käytännön toimintaohjeita esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumista. (Torkkola ym. 2002, 36.)

Potilasohjetta tehdessä täytyy miettiä sinutellaanko vai teititelläänkö potilasta. Jos ei tiedä miten potilasohjeen lukijat suhtautuvat sinutteluun, tulisi tällöin suosia enemmän teitittely muotoa. Teksti täytyy olla hyvin perusteltua, näin potilas osaa toimia oikein ja välttää virheellisen toiminnan. Hyvät perustelut potilasohjeessa tuovat mahdollisuuden itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen. (Torkkola ym. 2002, 37–38.)

Potilasohjeessa täytyy olla tärkein tieto ensin, jolloin ohjeesta vain alun lukeneet saavat myös oleellisen tiedon. Hyvässä ohjeessa otsikko kertoo ohjeen aiheen ja herättää potilaan kiinnostuksen. Vaikka otsikko olisi mielenkiintoinen, ei se takaa aina koko potilasohjeen lukemista. Väliotsikot ohjeessa jakavat tekstiä sopivasti ja selventävät alakohdan olennaisen tiedon sisältöä. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Ohjeessa olevat kuvat auttavat ymmärtämään tekstin sisältöä sekä herättävät mielenkiintoa. Hyviä kuvia ovat esimerkiksi ihmisen anatomiaan tai toimenpiteeseen liittyvät kuvat. Kuvissa täytyisi olla myös tekstit, jotka selventävät niitä. Kuvateksti kertoo myös sen mitä kuvasta ei suoranaisesti heti näe. Ohjeissa kuva on usein välttämätön. Tekijänoikeuslaki suojaa kuvat ja piirroksia. Kuvan tai piirroksen tekijälle kuuluu kuvan tekijänoikeus. (Torkkola ym. 2002, 40–41.)

Varsinainen tekstin sisältö ohjeessa tulee vasta otsikoiden jälkeen. Ohjeen aihe määrittelee sen millainen tekstin rakenne tulisi olla. Potilasohjeessa olisi hyvä kertoa asiat tapahtumajärjestyksessä. Yksi asiakokonaisuus tulee esille yhdessä kappaleessa, tämä selventää ohjeen sisältöä. Tekstin sisältöä miettiessä kannattaa ottaa huomioon se miten kertoisi potilaalle asiat kasvotusten. Tekstin tulisi olla yleiskieltä ja siinä tulisi välttää sairaalaslantia. Lisäksi pitkiä virkkeitä ei tulisi käyttää, sillä ne vaikeuttavat tekstin ymmärrettävyyttä. (Torkkola ym. 2002, 42–43,48–49.)

Lopussa tulisi olla yhteystiedot sekä tiedot ohjeen tekijöistä ja tietoa siitä mistä saa lisätietoa. Ohjeissa, joissa potilasta kehoitetaan toimimaan tietyllä tavalla, ovat yhteystiedot välttämättömät. Potilas voi tarvittaessa kysyä neuvoja puhelimitse. Tarvittavaa lisätietoa varten ohjeeseen voi lisätä vinkkejä lisätiedoista, jotka ovat luotettavia. Potilaan itse etsiessä tietoa Internetistä voi jotkin lähteet olla epäluotettavia ja niissä oleva tieto väärää. (Torkkola ym. 2002, 44.)

3.3.3 Potilasohjeen sisältö

Ennen toimenpidettä annettavan ohjeen tulee olla hyvin yksityiskohtainen, koska se lähetetään yleensä kirjeitse kotiin. Laitoksen nimi ja logo olisi hyvä olla ohjeen yläkulmassa, jolloin lukija yhdistää heti mistä kirje tulee. Samaan kohtaan laitetaan myös yhteystiedot, osoite ja puhelinnumero. (Torkkola ym. 2002, 62–63.)

Otsikoksi sopii hyvin toimenpiteen tai tutkimuksen nimi. Sen jälkeen tulee tervetulo-osio, josta käy ilmi mihin ja minne potilas on menossa. Yleensä on myös kerrottu se miksi toimenpide tehdään. Tämä osio on hyvä laittaa omaksi kappaleeksi. (Torkkola ym. 2002, 63.)

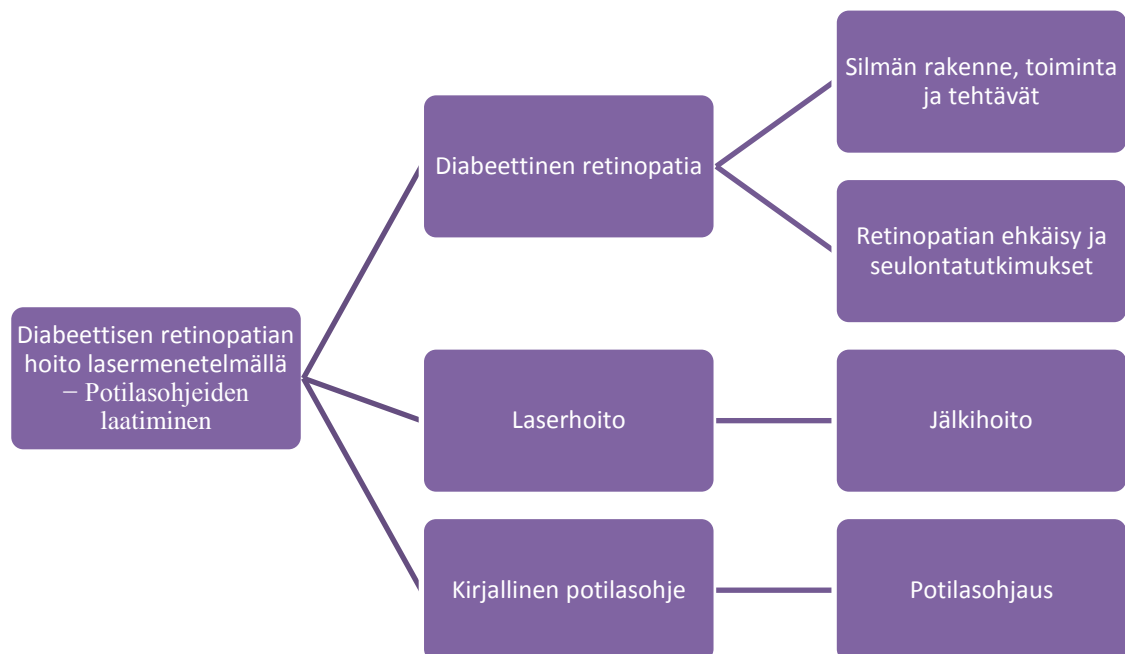
Esivalmisteluista kertovassa kappaleessa on valmistautumisesta toimenpiteeseen. Toimenpiteestä kertovasta osiossa selvitetään toimenpiteen kulku ja sen kesto. Tässä osiossa tulisi mainita toimenpiteessä käytettävät lääkkeet. (Torkkola ym. 2002, 63–64.)

Jälkihoito-ohjeessa on kotiutukseen ja kotihoitoon liittyviä ohjeita. Siinä voidaan kertoa esimerkiksi kotiutumisaikajankohdasta ja miten toimenpide rajoittaa normaalia arkielämää. Lisäksi ohjeessa tulee kertoa mahdolliset jälkioireet sekä jälkitarkastuksen tai hoidon ajankohta. Ohjeessa tulisi olla maininta siitä miten potilas pystyy helpottamaan jälkioireita. Jos potilaalle tulee kysyttävää tai poikkeavia jälkioireita on ohjeessa oltava tieto mihin hän ottaa yhteyttä. (Torkkola ym. 2002, 64–65.)

3.4 Yhteenveto teorettisesta viitekehystä

Potilasohjeiden avulla potilas valmistautuu tulevaan toimenpiteeseen. Ohjeissa on tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Potilailla on usein aikaisempia käyntejä diabetekseen liittyen, joissa on käsitelty verkkokalvon muutoksiin liittyviä asioita. Vastaanotolle tullessa on potilaalla vielä mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa toimenpiteestä. Laserhoidon kesto riippuu sairauden aiheuttamista muutoksista verkkokalvolla. Toimenpiteen jälkeen potilas saa jälkihoito-ohjeen ja hoitaja kertoo jatkohoidosta.

Laatimassamme kuviossa (kuvio 3.) on koottuna opinnäytetyön keskeiset teoreettiset lähtökohdat. Keskeisiksi teoreettisiksi lähtökohdiksi muodostuivat silmän rakenne, toiminta ja tehtävät, jotka selventävät diabeettista retinopatiaa. Retinopatian ehkäisy ja seulontatutkimukset ovat olennaisia retinopatian hoidossa. Lisäksi keskeisenä lähtökohdana on laserhoito ja sen jälkihoito. Kerromme myös potilasohjeesta ja sen merkityksestä potilasohjauksessa.



KUVIO 3. Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Opinnäytetyössä käytimme tuotokseen painottuvaa menetelmää. Kyseinen menetelmä voi pohjautua toiminnan ohjeistamiseen, opastamiseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen. Tavoitteena tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä on työelämälähtöisyys, käytännön läheisyys ja tutkimuksellisella asenteella toteutus. Lisäksi siinä tulisi yhdistyä sekä käytännön toteutus että toteutuksen asiallinen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön toteutustapana voi olla kirja, kansio, vihko, opas, cd-rom, portfolio tai kotisivut. Työelämän toiveet ohjaavat sen millainen tuotos on. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tässä opinnäytetyössä toteutustapana käytetään ohjetta. Ohjeen sisällössä ja ulkoasussa olemme noudattaneet työelämän toiveita.

Opinnäytetyöaiheita miettiessämme kiinnostuksemme heräsi tuotokseen painottuvaan opinnäytetyömenetelmään. Halusimme tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska se poikkesi kvalitatiivisesta ja kvantitatiivisesta opinnäytetyöstä. Tässä toteutustavassa meillä on mahdollisuus luoda jotain konkreettista käytännön työelämään.

Kiinnostuksemme heräsi silmäyksikön opinnäytetyöaiheeseen, koska meillä oli mahdollisuus perehtyä hoitotyön erikoisosaamisalueeseen. Laadimme kaksi potilasohjetta työelämälle. Toisessa potilasohjeessa kerromme retinopatiasta ja laserhoidosta. Toisessa ohjeessa, jonka potilas saa toimenpiteen jälkeen kerromme jälkihoito-ohjeita.

4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen vaihe vaiheelta

Opinnäytetyön prosessi (kuvio 4.) alkoi aiheen valinnalla. Seminaarissa (elokuu 2011) emme saaneet opinnäytetyöaihetta. Olimme kuitenkin päättäneet, että haluamme tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyön. Esittelimme ideaseminaarissa syyskuussa 2011 tuotokseen painottuvan opinnäytetyön menetelmää. Yritimme saada yksityisiltä terveys- ja sosiaalialan yrityksiltä aiheetta. Lähetimme heille sähköpostia asiasta, mutta heillä ei ollut valitettavasti sillä hetkellä tarjota mitään aiheita, joten päätimme tutustua vielä uudelleen koulun kautta tarjottaviin opinnäytetyöaiheisiin. Löysimme sieltä vapautuneen aiheen syyskuussa 2011, joka liittyi potilasohjeen laatimiseen Tampereen kaupungin silmäyksikköön. Varmistimme koulumme opinnäytetyöasioista vastaavalta opettajalta aiheen saatavuuden.

Otimme yhteyttä opinnäytetyön ohjaavaan opettajaan ja hän alkoi järjestää työelämäpalaveria Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon korva- ja silmäyksikköön. Saimme sovittua työelämäpalaverin lokakuun loppuun 2011. Työelämäpalaverissa oli mukana silmäyksikön osastonhoitaja, sairaanhoitaja sekä ohjaava opettaja ja me itse. Saimme kuulla työelämäpalaverissa minkälainen potilasohje olisi kyseessä. Työelämätaho toivoi kahta potilasohjetta, jotka liittyisivät diabeettisen retinopatian hoitoon lasermenetelmällä. Heillä ei ollut käytössä tähän toimenpiteeseen liittyviä potilasohjeita. Sovimme tekemämme kaksi potilasohjetta, josta toinen lähetetään kutsun mukana kotiin ennen toimenpidettä ja toinen potilasohje annettaisiin toimenpiteen jälkeen. Kerroimme työelämäpalaverissa opinnäytetyön aikataulusta ja milloin potilasohjeet olisivat valmiit. Sovimme myös tutustumisesta silmäyksikköön, jolloin saisimme nähdä toimenpiteen kulun.

Tutustuimme teoriaan työelämäpalaverin jälkeen ja aloimme koota viitekehystä. Teoreettiset lähtökohdat saimme melko helposti rajattua, koska potilasohjeen sisältö oli määritelty hyvin työelämäpalaverissa. Aloimme kirjoittaa opinnäytetyömme teoreettisia lähtökohtia marraskuussa 2011. Suunnitelmaseminaariin tammikuu 2012 mennessä olimme saaneet teoreettisia lähtökohtia kirjoitettua hyvin. Kyseisessä seminaarissa saimme palautetta työstämme. Olimme edistyneet hyvin ja jossain kohdissa oli hieman korjailtavaa.

Aloimme laatia tutkimuslupaa Tampereen kaupungille. Saimme luvan työllemme helmikuussa 2012. Jatkoimme opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamista tosin työharjoittelumme aikana pidimme taukoa opinnäytetyöstämme. Tauon jälkeen palasimme opinnäytetyön ääreen uutta intoa täynnä. Opinnäytetyöstämme huomasimme tauon jälkeen korjailtavia kohtia, joihin emme olleet kiinnittäneet niin paljon huomiota prosessin alussa.

Maaliskuussa 2012 otimme yhteyttä silmäyksikköön ja sovimme käynnistä. Kävimme vierailulla huhtikuussa 2012, jolloin pääsimme seuraamaan toimenpiteen kulkua. Keskustelimme silmäyksikön sairaanhoitajan kanssa vielä potilasohjeen sisällöstä ja saimme tarkemmat ohjeet mitä ohjeeseen kuuluu tulla. Sillä hetkellä sairaanhoitaja ei ollut vielä määritellyt jälkihoito-ohjeen sisältöä ja lupasi palata asiaan sähköpostitse myöhemmin.

Huhtikuussa 2012 aloimme kirjoittaa potilasohjeen sisältöä. Kesällä pidimme taukoa opinnäytetyön tekemisestä. Lähetimme elokuussa alustavan version kotiin lähetettävästä ohjeesta silmäyksikköön. He tarkastelivat ohjeen sisältöä ja syyskuun alussa kävimme paikan päällä keskustelemassa muutoksista. Saimme käynnin aikana myös jälkihoito-ohjeen sisällöstä tarkempaa tietoa. Syyskuussa teimme potilasohjeet valmiiksi ja lähetimme ne vielä kerran tarkistettavaksi. Ohjeisiin tuli vielä pieniä korjausehdotuksia, jonka jälkeen ohjeet olivat valmiit.



KUVIO 4. Opinnäytetyön prosessi

4.3 Tuotoksen ulkoasu ja sisältö

Tuotoksemme tehdään Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon korva- ja silmäyksikköön potilaille, joilla on diabeettinen retinopatia ja he saavat laserhoitoa. Työelämätaho toivoi potilasohjeesta tiivistä ja selkeää, jossa on mukana kuvia. Kuvien tarkoituksena on havainnollistaa diabeettista retinopatian aiheuttamia muutoksia verkkokalvolla.

Tuotoksemme sisältöön vaikutti paljon työelämätahon toiveet. He toivoivat kotiin lähetettävään ohjeeseen tietoa diabeettisesta retinopatiasta, laserhoidosta ja retinopatian ete-

nemisen hidastamisesta. Ohjeessa kerromme diabeettisen retinopatian syyt sekä sen kolmesta eri tyypistä (taustaretinopatia, makulopatia, proliferatiivinen retinopatia). Laserhoidon osuus tulee tämän jälkeen ja siinä kerrotaan mitä laserhoito tarkoittaa. Lisäksi tässä osuudessa kerrotaan kuinka laserhoito tehdään. Kotiin lähetettävässä potilasohjeessa on kuvia, joiden tarkoitus on selkeyttää kolmen eri retinopatian tyyppien muutokset.

Potilasohjeen sisällön lähteenä olemme käyttäneet työelämätaholta saamaamme Diabetesliiton opaslehtistä ”Diabetes ja silmänpohjamuutokset”. Työelämätaho toivoi, että käytämme oman potilasohjeen laatimisessa kyseistä opaslehtistä mallina. Lisäksi käytimme potilasohjeen sisällön laatimisessa apuna Silmähoidon käsikirjaa (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005) ja Silmätautioppi-kirjaa (Saari 2011). Kuvien tekemiseen käytimme apuna Diabetesliiton opaslehtistä.

Vilkan ja Airaksisen (2003, 53) mukaan tuotoksen ensisijaisia kriteerejä ovat käytettävyys ja asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Osa kohderyhmän potilaista on iäkkäämpiä, joten halusimme tehdä potilasohjeesta mahdollisimman selkeän ja ymmärrettävän. Rajasimme potilasohjeisiin tärkeimmät asiat ja pyrimme käyttämään termejä, jotka potilaat ymmärtävät. Potilasohjeiden loppuun on laitettu yhteystiedot silmäyksikköön, jos potilailla tulee kysyttävää toimenpiteestä. Lisäksi laitoimme kotiin lähetettävään potilasohjeeseen luotettavia Internet-lähteitä, joista potilas voi hakea tarvittaessa lisää tietoa.

Asettelumallista aloitetaan ohjeen taiton suunnittelu. Asettelumallilla tarkoitetaan elementtien, otsikoiden, tekstien ja kuvien oikealle paikalle asettelemista. Se on potilasohjeen pohja, joka määrittelee esimerkiksi kirjasintyypit ja -koon, rivivälin, marginaalit ja tekstin korotukset. (Torkkola ym. 2002, 56.) Pohjan potilasohjeille saimme Tampereen kaupungin opetuskoordinaattorilta, missä oli valmiiksi määritellyt asetukset

Torkkolan ym. (2002, 42–43) kertovat teoksessaan, että potilasohjeen sisällön käsittelyjärjestyksen lähtökohtana voi olla esim. tapahtumajärjestys. Tämä esitystapa sopii hyvin potilasohjeisiin, jotka auttavat valmistautumaan toimenpiteisiin. Potilasohjeen esitysjärjestyksessä tulee olla selkeä kappalejako, jossa yksi asiakokonaisuus on yhdessä kappaleessa. (Torkkola ym. 2002, 42–43.) Potilasohjeissamme olemme käyttäneet loogista

järjestystä, jossa kerromme ensin retinopatiasta ja sen jälkeen hoidosta. Tällöin potilas pystyy paremmin ymmärtämään mihin hoito kohdistuu. Olemme yhdessä kappaleessa kertoneet tietyn asiakokonaisuuden. Laadimme potilasohjeet mahdollisimman lyhyiksi ja ytimekkäiksi, jolloin potilaat jaksavat lukea ne loppuun.

Luettavuuden kannalta potilasohjeessa tärkeintä ovat otsikot ja väliotsikot. Ne jakavat tekstin sopivan mittaisiin lukukappaleisiin. Hyvät otsikot kertovat kappaleen olennaisimman asian. (Torkkola ym. 2002, 39–40.) Potilasohjeissamme otsikot ovat informatiivisia. Laadimme otsikot kuvaamaan kappaleiden sisältöä, joka helpottaa ohjeiden lukemista.

Ulkoasu kirjallisissa potilasohjeissa selventää ohjeen sisältöä. Hyvän ohjeen lähtökohdina on kuvien ja tekstin asettelu paperille. Onnistuneessa potilasohjeessa kuvat ja teksti houkuttelevat lukijaa lukemaan ohjeen ja auttavat ymmärtämään ohjeen sisältöä. Oikeanlaiset kuvat ja piirroksot tekevät ohjeesta luettavan, kiinnostavan ja ymmärrettävän. (Torkkola ym. 2002, 40, 53.) Olemme halunneet liittää potilasohjeeseen kuvia, jotta potilas ymmärtää verkkokalvon sijainnin ja muutokset siinä. Kuvat asettelimme ohjeeseen tekstin alle, koska ne auttavat ymmärtämään kuvien yllä olevaa tekstiä. Lisäksi potilaalla on käsitys mihin laserhoito kohdistetaan. Torkkolan ym. (2002, 42.) mukaan kuvien käytössä on kysyttävä tekijältä lupa. Kuvat olemme tehneet itse kuvankäsittely-ohjelmaa apuna käyttäen, jolloin tekijänoikeuksien kanssa ei syntynyt ongelmaa.

Potilasohje laaditaan yleensä pysty- tai vaaka-asentoon A4-arkille. Pystymalli on toimivien yksi- tai kaksisivuisissa ohjeissa. Pystymallisessa taitossa on kaksi palstaa, jossa toinen on otsikkopalsta ja toisessa otsikon sisältö. Tämä ratkaisu on yleensä toimivien potilasohjeissa. Leveät marginaalit tekevät taitosta ilmavan, jolloin sitä on helpompi lukea. Myös riittävän suuret rivivälit tekevät tekstin luettavammaksi. Pienaakkosia käytetään tekstin sisällössä ja suuraakkosia otsikoissa. Kursivoinnilla ja lihavoinnilla voidaan korostaa tekstiä. (Torkkola ym. 2002, 55–59.) Kotiin lähetettävä potilasohje on A5 kokoinen vihkonen, jonka saa helposti taitettua mukaan kirjekuoreen. Jälkihoito-ohje on A4 kokoinen sivu, jossa on ytimekkäästi tärkeimmät asiat. Kotiin lähetettävän ohjeen sekä jälkihoito-ohjeen olemme tehneet Microsoft Word -ohjelmalla ja kuvat on tehty

kuvankäsittelyohjelmalla. Työelämätaho toivoi ohjeista mahdollisimman lyhyitä, joten olemme prosessin aikana karsineet tiettyjä kohtia pois.

Sovimme työelämätahon kanssa, että lähetämme potilasohjeet heille välillä arvioitavaksi. Kävimme syyskuussa 2012 paikan päällä keskustelemassa potilasohjeista ja saimme sieltä korjausehdotukset. Muokkasimme korjausehdotusten pohjalta potilasohjeita ja näin saimme ne toimivammaksi sekä työelämätahon tarpeita vastaavaksi.

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen teossa täytyy noudattaa hyvää eettistä käytäntöä. Tutkijan täytyy miettiä monia eettisiä kysymyksiä tutkimukseen liittyen. Tutkimuksen tekemiseen vaikuttavat valinnat ja niihin liittyvät perustelut on tutkijan omalla vastuulla. Hyvä tutkimus noudattaa tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu tutkimuksen kysymysasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely. Täytyy ottaa myös huomioon, että tutkimus ei loukkaa tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimuksessa täytyy noudattaa myös voimassa olevaa lainsäädäntöä sillä tutkimukset sisältävät sekä yksityisyyttä että tekijänoikeuksia sisältäviä asioita. Tutkimuksen tekijän tulee noudattaa aina lainsäädäntöä ja tutkimusetiikkaa, koska säännöt ovat kaikille samat, oli tutkija opinnäytettään valmisteleva opiskelija tai ammattitutkija. (Vilkkä 2007, 90–92; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23.)

Teimme opinnäytetyösuunnitelman, jossa kuvasimme teoreettiset lähtökohdat, tutkimuksen tavoitteet, tehtävät ja tarkoituksen. Tämän lisäksi teimme tutkimuslupahakemuksen, jonka lähetimme opinnäytetyösuunnitelman kanssa Tampereen kaupungille. Tutkimuslupa hyväksyttiin ja saimme luvan opinnäytetyöllemme.

Lähteiden täytyy olla mahdollisimman tuoreita, koska nykypäivänä tutkimustieto muuttuu nopeasti. Olisi hyvä suosia alkuperäisiä julkaisuja, sillä toissijaiset lähteet ovat alkuperäislähteen tulkintaa. Tällöin tieto saattaa olla muuttunut. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 72–72.) Olemme pyrkineet käyttämään tuoreita lähteitä, tämä lisää työmme luotettavuutta ja uskottavuutta. Osa lähteistämme on yli kymmenen vuotta vanhoja, koska niissä oleva tieto ei ole muuttunut ja uudempaa tietoa ei ollut saatavilla. Koemme ne siis eettisesti luotettaviksi lähteiksi.

Internetistä saadun tiedon tekijäsuoja on samanlainen kuin painetullakin materiaalilla vaikka Internetissä tekijää ei pystyittäisi määrittelemään. Myös Internet-aineistoa käytettäessä on otettava huomioon tutkimusetiikka ja voimassa oleva lainsäädäntö. Internetistä

käytettävää tietoa tulee tarkastella kriittisesti, siinä tulee ottaa huomioon Internet-aineiston sijainti. (Vilkkä 2007, 97.) Olemme käyttäneet opinnäytetyössämme luotettavia Internet-sivujen lähteitä, kuten esimerkiksi kansallisia hoitosuosituksia julkaisevaa Käypä hoito-sivustoa. Tietoa näillä sivuilla voidaan pitää tuoreena ja luotettavana.

Suomessa tekijänoikeuslaki (8.7.1961/404) suojelee tekijänoikeuksia. Opinnäytetyössämme emme käyttäneet muiden tekemiä kuvia ja tekstiä omanamme. Kuvat olemme itse suunnitelleet ja tehneet. Opinnäytetyön tekstissä olemme tuoneet lähteen esille, jos teksti ei ole ollut meidän omaa tuotosta.

Potilasohjeet on tarkastettu työelämän toimesta, jossa tarkastettiin niiden sisältö ja ulkoasu. Olemme tehneet potilasohjeista opinnäytetyön ja työelämäntahon tavoitteiden mukaiset. Lisäksi olemme antaneet potilasohjeet luettaviksi ihmisille, joilla ei ole terveysalan koulutusta. Tällä tavoin saimme varmistettua, että ohjeet ovat ymmärrettävät ja selkeät potilaalle.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyömme onnistui mielestämme todella hyvin ja sen tekeminen kehitti ammatitaitoamme hoitotyössä. Prosessin edetessä kehityimme ohjaustaidoissa sekä siinä kuinka huolehtia potilaan kirjallisesta ja suullisesta ohjauksesta. Harjoittelussa ja työelämässä olemme huomanneet ohjauksen tärkeyden. Potilasohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta potilas saa tarpeellisen tiedon ja osaa hoitaa itseään. Toivomme että tämän työn avulla hoitohenkilökunta huomioi entistä tarkemmin ohjauksen tärkeyden ja osaa ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet.

Laadimme kaksi laadukasta potilasohjetta, joista on varmasti hyötyä hoitohenkilökunnalle sekä potilaille. Potilasohjeiden avulla hoitohenkilökunnan työskentely on sujuvampaa. Lisäksi se helpottaa potilaiden toimenpiteeseen tuloa sekä lieventää pelkoa toimenpiteestä. Samalla potilasohje auttaa toteuttamaan hyvää omahoitoa. Tulevaisuudessa hoitohenkilökunnalla on myös mahdollisuus päivittää tekemiämme potilasohjeita.

Opinnäytetyöstämme lukija saa tietoa millainen on retinopatia ja kuinka sitä laserilla hoidetaan. Lisäksi työmme kertoo millaisia vaatimuksia on kirjalliselle potilasohjeelle ja mikä niiden merkitys on ohjaustilanteessa.

Kehittämisehdotuksena meillä on potilasohjeiden käytön seuranta, jossa potilaiden tyytyväisyyttä potilasohjeisiin ja ohjauksen sisältöön kartoitettaisiin. Toivomme myös hoitohenkilökunnan kiinnostavan enemmän huomiota potilasohjaukseen. Hoitoajat ovat nykyään lyhyitä ja siksi hyvällä ohjauksella saadaan turvattua potilaan hyvä omahoito.

5.3 Pohdinta

Opinnäytetyön alussa päätimme, että teemme työn yhdessä. Yhteistyömme on sujunut koko prosessin aikana todella hyvin. Olemme tehneet opinnäytetyötä yhdessä saman koneen äärellä, koska se on meille ollut opettavaista ja olemme saaneet jakaa mielipiteitämme. Samalla pystyimme tekemään johtopäätöksiä työn edistymiseksi.

Ohjaavan opettajan kanssa olemme nähneet riittävästi. Ohjausaikoja olisi toki voinut olla enemmänkin, mutta aikataulujen sovittelu meidän ja opettajan välillä oli haastavaa. Opinnäytetyön prosessi on sujunut ongelmitta ja ohjauksessa olemme saaneet tarvittavat parannusehdotukset. Prosessin aikana olemme olleet yhteydessä myös työelämätahoon. Sieltä on neuvottu ja ohjattu meitä mielellään potilasohjeiden laatimisessa. Olemme olleet heihin yhteydessä sähköpostilla sekä käyneet poliklinikalla. Olimme lisäksi seuraamassa päivän laserhoidon toteutusta poliklinikalla, joka lisäsi tietoa laserhoidosta.

Alussa olimme päättäneet, että haluamme tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyön. Aiheen saimme koulun kautta ja työn sisällön määritteli työelämätaho. Aihe oli meidän mielestämme todella mielenkiintoinen, jolloin tiedon etsiminen ja opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä. Työelämätahon hoitohenkilökunta halusi tietyt asiat potilasohjeisiin, jotka he olivat havainneet työtä tehdessään tärkeiksi. Miettiessämme teoreettisia lähtökohtia vaikutti niihin työelämätahon potilasohjeisiin toivomat asiat. Aihe oli mielestämme sopivan laaja, eikä sitä tarvinnut alkaa rajaamaan.

Retinopatiaan sekä laserhoitoon oli vaikea löytää lähteitä. Etsimme tietoa kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä Internet-lähteistä. Varsinkin tutkimuksia retinopatiasta oli todella vähän, kun taas potilasohjauksesta löytyi hyvin laajasti tietoa. Saimme kuitenkin opinnäytetyöhön mielestämme kattavasti tutkimuksia kaikilta osa-alueilta. Käytimme myös hyväksi kansainvälisiä lähteitä. Olemme pyrkineet löytämään luotettavia ja tuoreita lähteitä.

Potilasohjeilla on suuri merkitys potilaan hoidon toteuttamisessa ja siksi niiden laatimisessa tulee miettiä kuinka tieto saadaan ymmärrettäväksi potilaalle. Laatimissamme potilasohjeissa olemme ottaneet huomioon myös erilaiset potilasryhmät. Lisäksi jälkihoito-ohjeessa otimme potilaan yksilöllisyyden huomioon. Koemme opinnäytetyön lisänsännen ammattiosaamistamme potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa.

Kirjallisista potilasohjeista tuli työelämäntahon mukaiset. Ohjeiden sisällön laatimisessa käytimme teoreettista tietoa. Mielestämme ohjeista tuli selkeät ja ymmärrettävät. Saimme Tampereen kaupungin opetuskoordinaattorilta ohjeisiin valmiit pohjat, joihin pystyimme asettelemaan tekstit ja kuvat. Työelämäntaho oli tyytyväinen laatimiimme ohjeisiin.

LÄHTEET

Aho, T., Summanen, P. & Komulainen, J. 2006. Diabeettinen retinopatia – Käypä hoito. Luettu 19.12.2011. www.käypähoito.fi.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2002. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.

Budowick, M., Bjåjje, J. G., Rollstad, B. & Toverud, K. C. 1995. Anatomian atlas. Helsinki: WSOY.

Complications of diabetes: Screening for retinopathy, Management of foot ulcers. Effective Health Care, 1999; Vol 5 (Nr. 4). The University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination and The Royal Society of Medicine Press, UK. www.york.ac.uk.

DEHKO – Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010. 2008. Tampere: Suomen diabetesliitto ry.

Diabetes ja silmänpohjanmuutokset. 2008. Diabetesliitto. Tampere: Suomen diabetesliitto ry.

Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Toverud, K. C. 1994. Ihmisen fysiologia. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon poliklinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. 2009. Diabetes. Helsinki: kustannus Oy Duodecim.

Kassara, H., Palokoski, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Koivula, L. 2006. Diabetes ja muut sairaudet – älä sulje silmiäsi retinopatialta. Diabetesliitto. Luettu 18.4.2012 .

http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/diabetes_ja_muut_sairaudet/ala_sulje_silmiasi_retinopatialta.html

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
Laine, A., Rusihalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 1999. Opi ja ohjaa. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulu: Oulun yliopistonpaino.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2006. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 2008:45:121–135.

Loukovaara, S. 2003. Diabetic retinopathy and pregnancy. University of Helsinki. Departments of ophthalmology & obstetrics and gynaecology. Academic dissertation.

Niemi, M. & Winell, K. 2005. Diabetes Suomessa – esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakes. Raportteja 8/2005. Helsinki: STAKES.

Mustajoki, P. 2011. Diabetes (sokeritauti). Terveyskirjasto – Duodecim. Luettu 19.12.2011. www.terveyskirjasto.fi.

Pajunpää, H. 1999. Diabeettisen retinopatian valokuvaseulonnan kustannukset ja hyödyt sekä näkövammaisten elämänlaatu ja kuolleisuus. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos ja Taloustieteen osasto. Oulun yliopistollinen sairaala Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Tutkimus.

Saari, M. K. 2011. Silmätautioppi. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Suomen lääkärilehti. 2008. Diabetes ja silmä. Luettu 11.1.2012. www.laakarilehti.fi/potilaan_sivu

Tampereen kaupunki. 2012. Luettu 2.8.2012. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/erikoisvastaanotot/korvasilma.html>

Tekijänoikeuslaki. 8.7.1961/404.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tyypin 1 diabetes – Opas nuoruustyypin diabeetikolle. 2004. Tampere: Suomen diabetesliitto ry.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

1(5)

Liite 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Härkönen (2005) Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessä hoitotyössä erikoissairanhoidossa	Tarkoituksena on selvittää, kuinka tyytyväisiä erään sairaalan iho- ja sukupuolitautilien poliklinikoiden hoitajavastaanotolla käyneet potilaat ovat saamaansa hoitoon. Tutkimusongelmat ovat: - miten tyytyväisiä potilaat ovat saamaansa hoitoon hoitajavastaanotoilla? - miten potilaiden taustamuuttajat (ikä, sukupuoli, koulutus, työ ja toimi, aikaisemmat käynnit poliklinikalla, terveydentila, sekä asenteet tehtävänsiirtoihin ja odotusaikoihin) ovat yhteydessä potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen hoitajavastaanotolla? Tutkimuksen tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää toiminnan edelleen kehittämiseksi, sairaanhoitajien koulutuksessa ja hoitotyön johtamisessa arvioitaessa tehtävänsiirtojen onnistumista.	Kvantitatiivinen tutkimus Aineisto on kerätty erään sairaalan iho- ja sukupuolitautilien poliklinikoiden hoitajavastaanotoilta. N=288 Aineiston analyysi SPSS 11.5 for Windows tilasto-ohjelmalla	Tutkimuksesta syntyi tuloksena, että potilaat olivat pääosin tyytyväisiä käyntiinsä hoitajavastaanotolla. Kaikkein tyytyväisimpiä potilaat olivat hoitajan vuorovaikutustaitoihin ja palvelun sujuvuuteen vastaantotolla. Naiset olivat miehiä tyytyväisempiä, iältään nuoremmat vanhempaa ikäluokkaa tyytyväisempiä vuorovaikutustaitoihin ja vanhemmat hoitajan ammattitaitoon. Työssä olevat olivat työelämän ulkopuolella olevia tyytyväisempiä. Samoin ensimmäisellä käynnillä olevat vaikuttivat olevan tyytyväisempiä kuin aiemmin käyneet ja samana päivänä myös lääkärin tavanneet olivat tyytyväisempiä Ne, jotka olivat käyneet mielellään hoitajan vastaanotolla, olivat tyytyväisempiä kuin ne, jotka olivat tavanneet mieluummin lääkärin.

(jatkuu)

2(5)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola (2006)</p> <p>Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta kunnallisessa perusterveydenhuollossa sekä tehdä vertailuja taustamuuttujien suhteen.</p> <p>Tutkimustehtävät ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Millaiset ovat potilasohjauksen toimintaedellytykset perusterveydenhuollossa? - Miten potilasohjaus toteutuu perusterveydenhuollossa? <p>Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen laadusta ja kehittämistarpeista perusterveydenhuollossa tietyllä alueella Pohjois-Suomessa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto on kerätty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Kajaanissa.</p> <p>Kuntien terveydenhuollon henkilöstölle lomakekysely N = 703</p> <p>Tietoja ja taitoja arvioitiin 5-portaisella Likertasteikolla</p> <p>Tilastollisella analyysimenetelmällä SPSS.</p>	<p>Tämän tutkimuksen tulokset eivät tuoneet esille juuri uutta, vaan lähinnä toistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Henkilöstö asennoituu potilasohjaukseen myönteisesti, pitää henkilöstön välistä yhteistyötä toimivana ja uskoo omiin kehittämismahdollisuuksiinsa sekä toteuttaa ohjausta laadukkaasti.</p> <p>Tulosten mukaan kehitettävää on ohjausmenetelmien monipuolisessa käytössä, ohjauksen ajoittamisessa hoitoprosessin kaikkiin vaiheisiin sekä jossakin määrin henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Henkilöstö koki, että ohjaustoimintaa heikentävät ohjaukseen käytettävissä oleva vähäinen aika, epäasialliset tilat ja puutteellinen välineistö.</p>

3(5)

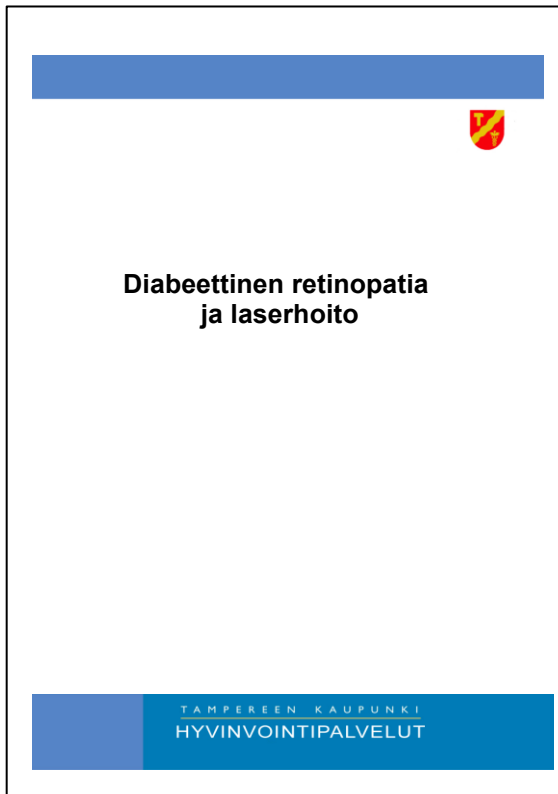
Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Lipponen Kyngäs Kääriäinen toim. (2006)</p> <p>Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit</p>	<p>Tarkoituksena on kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.</p> <p>Tutkimustehtävät ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oli luoda teoria-tietoon perustuva käytäntöön sovellettava malli tema-alueesta, testata sitä ja näin osoittaa miten potilasohjausta voidaan kyseisen teeman osalta kehittää. <p>Tavoitteena on rakentaa eräiden potilasryhmien ohjauksen alueellinen toimintamalli, kehittää ohjaukseen osallistuvien ammattilaisten ohjausvalmiuksia ja arvioida toiminnan muutoksia.</p>	<p>Kvantitatiivinen (kirjallisuus ja käsiteanalyysi)</p> <p>Aineisto on kerätty Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä ja Diakoniamattikorkeakoulun Oulun yksikön hoitotyön opiskelijoista</p> <p>Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2003&2004 potilaat N= 920 omaiset N= 341 terveydenhuoltohenkilöstö N= 1024</p> <p>Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2005 N= 56</p> <p>Diakoniamattikorkeakoulu hoitotyön opiskelijat N= 19</p> <p>Aineistot analysoitiin tilastollisesti ja sisällönanalyysilla.</p>	<p>-tutkimus on mahdollistanut potilaan ohjauksen systemaattisen kehittämisen sairaanhoitopiirissä</p> <p>-työryhmän kirjalliset tuotokset mahdollistavat tiedon jakamisen sairaanhoitopiirissä</p> <p>-hanke on edistänyt Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusyhteistyötä ja lisännyt tutkimustiedon systemaattista hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä</p>

4(5)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Loukovaara (2003)</p> <p>Diabetic retinopathy and pregnancy</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on päästä parempaan ymmärrykseen diabeettisen retinopatian ominaiselle ja patogeeniselle mekanismille raskauden aikana tyyppin 1 diabetesta sairastavalla</p> <p>Tutkimuksen tehtävänä ja tavoitteena on:</p> <ul style="list-style-type: none"> - päämääränä vertailla verkkokalvon kapillaarien verenkiertoa tyyppin 1 diabetesta sairastavilla naisilla, jotka ovat raskaana ja terveillä raskaana olevilla 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto on kerätty Helsingin yliopistollisesta sairaalasta 1998-2002 N=72</p> <p>Aineisto on analysoitu käyttäen SPSS.</p>	<p>Tutkimustulokset olivat seuraavanlaiset, voimakas verkkokalvon verenkierto voi olla roolissa retinopatian kehittymiselle raskauden aikana ja myös hiukan sen jälkeen.</p> <p>Systemiset vasoaktiiviset välittäjäaineet (Ang 2, Aldo, CNP, PM) eivät näytä olevan roolissa retinopatian kehittymiselle tai edistymiselle raskauden aikana</p>

5(5)

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Pajunpää (1999)</p> <p>Diabeettisen retinopatian valokuvaseulonnan kustannukset ja hyödyt sekä näkövammaisten elämänlaatu ja kuolleisuus.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia diabeettisen retinopatian silmänpohjakuvauksella tehtävän seulonnan kustannuksia, vaikuttavuutta ja hyötyä näkövammaisuuden ehkäisyssä.</p> <p>Tehtävät:</p> <ul style="list-style-type: none"> - selvittää diabeettisen retinopatian ilmaantuvuus - analysoida diabeettisen retinopatian aiheuttamasta näkövammaisuudesta johtuvia haittoja - arvioida näkövammaisten diabeetikkojen elämänlaatua sekä - verrata diabeettisen retinopatian vuoksi näkövammaisten kuolleisuutta laserhoitoa saaneiden näkönsä säilyttäneiden, muiden diabeetikoiden ja normaaliväestön kuolleisuuteen. <p>Tutkimuksen tavoitteena on tutkia diabeettisen retinopatian ilmaantuvuutta, verrata silmänpohjavalokuvauksen ja terveyskeskuslääkärin tekemän oftalmoskopian vaikuttavuutta ja kustannuksia diabeettisen retinopatian seulonnassa, verrata silmänpohjavalokuvausmenetelmällä tehtävän retinopatian seulonnan ja hoidon kustannuksia näkövammaisuuden aiheuttamiin kustannuksiin, kuvata diabeettiseen retinopatiaan liittyvän näkövammaisuuden aiheuttamia haittoja, selvittää näkövammaisuuden vaikutusta elämän laatuun ja tutkia näkövammaisten kuolleisuutta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto on kerätty Oulun kaupungin terveyskeskuksessa, Raahen seudun terveyskeskuksen alueen kunnissa, Oulun yliopistollisen sairaala sekä Pohjois-Pohjanmaan näkövammaiset</p> <p>Oulun terveyskeskus silmänpohjakuvaukset 1987 N = 1015/1228, 1991/1992 N = 1844/2519, 1993/1995 N = 1484 Raahen seudun terveyskeskuksen alueen kunnat sairaukertomukset 1991-93 N = 242/293 Oys sairaskertomukset 1983-94 N = 658/791, Silmätautien poliklinikka N = 553 Pohjois-Pohjanmaan näkövammaiset haastattelu N = 50/120</p> <p>Ristiintaulukointi, regressioanalyysi, kustannus-hyötyanalyysin laskelma ja herkkyysanalyysi, eloonjääntianalyysi</p>	<p>Tutkimuksen tulos vahvistaa muualla tehtyjen tutkimusten tulosten perusteella tehtyjä johtopäätöksiä: diabeettista retinopatiaa kannattaa seuloa järjestelmällisesti. Diabeettisen retinopatian seulonta silmänpohjavalokuvauksella osoittautui kannattavaksi.</p> <p>Seulonnan avulla toteutettava näkövammaisuuden ehkäisy on taloudellisesti kannattavaa diabeettisen retinopatian aiheuttamasta näkövammaisuudesta, vaikka se painottuikin heikkonäköisyyteen, on suurta haittaa näkövammaisen jokapäiväisessä elämässä, päivittäisissä toiminnoissa ja kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa.</p>



The cover features a blue header bar at the top. Below it, on the right side, is the coat of arms of Tampere. The title 'Diabeettinen retinopatia ja laserhoito' is centered in a bold, black font. At the bottom, there is a blue footer bar with the text 'TAMPEREEN KAUPUNKI HYVINVOINTIPALVELUT' in white capital letters.

Lukijalle

Diabetes voi aiheuttaa muutoksia silmän verkkokalvolle. Näistä muutoksista käytetään nimitystä diabeettinen retinopatia. Tällä hetkellä laserhoito on käytetyin ja tehokkain hoitomuoto vaikeassa retinopatiassa.

Tässä opaslehtisessä kerromme diabeettisesta retinopatiasta ja sen hoidosta.

Mistä diabeettinen retinopatia johtuu?

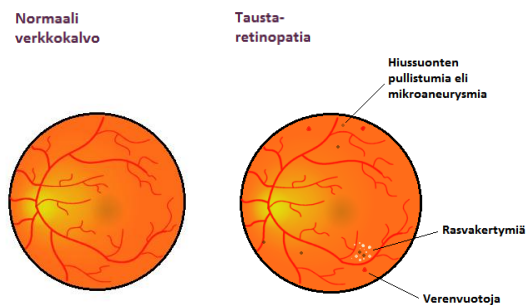
Silmänpohjamuutokset kehittyvät hitaasti vuosien kuluessa. Riskitekijöitä ovat pitkään kestänyt diabetes, korkea verensokeri, kohonnut verenpaine ja kolesteroliarvot sekä tupakointi.

Muutosten yleisyydestä huolimatta niitä ei tule kaikille.

Retinopatiaa on kolmenlaista tyyppiä: taustaretinopatia, makulopatia ja proliferatiivinen retinopatia.

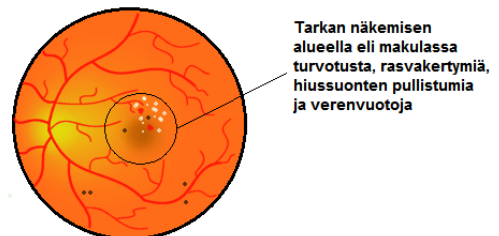
Taustaretinopatia

Retinopatiassa verkkokalvon verisuonten seinämien vaurioituminen alkaa pienistä verisuonista eli hiusverisuonista ja voi edetä ajan kuluessa suurempiin verisuoniin. Solumuutosten seurauksena hiussuonten seinämiin aiheutuu pullistumia eli mikroaneurysmia, verenvuotoja, turvotusta ja rasvakertymiä. Kyseistä tilaa kutsutaan taustaretinopatiaksi.



Makulopatia

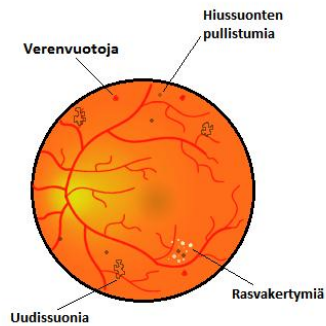
Muutoksien tullessa tarkan näön eli makulan alueelle on kyseessä diabeettinen makulopatia.



2 (2)

Proliferatiivinen retinopatia

Jos retinopatia etenee, hiussuonten tukkeutuminen johtaa verkkokalvon hapenpuutteeseen, jolloin elimistö muodostaa uudissuonia korjatakseen tilanteen. Tätä tilaa kutsutaan proliferatiiviseksi retinopatiaksi. Uudissuonet vuotavat helposti verkkokalvon pinnalle tai lasiaiseen ja tilanteeseen liittyvä verkkokalvon hapenpuute voi aiheuttaa näön heikkenemistä. Useat lasiaisverenvuodot ja uudissuonten arpeutuminen voivat aiheuttaa verkkokalvon irtauman.



Laserhoito

Laserhoito aloitetaan kun retinopatia on edennyt näköä mahdollisesti uhkaavaan ja heikentävään tilaan. Laserhoidolla voidaan käsitellä laajoja verkkokalvon alueita tai pieniä kohtia makulassa ja sen lähiympäristössä.

Vastaanotolle tullessa hoitaja tiputtaa potilaalle mustuaista laajentavia silmätippoja. Silmänpinta puudutetaan tipan avulla ja sille asetetaan linssi, joka samalla pitää silmän auki. Lasersäde suunnataan linssin välityksellä haluttuun kohtaan verkkokalvoa. Valo häikäisee ja joskus voi tuntua myös kipua. Toimenpide tehdään silmämikroskoopin edessä istuen. Käyntiin kuluu aikaa esivalmisteluineen 1-2 tuntia.

Toimenpiteen jälkeen silmä voi olla häikäistynyt. Yleensä sairastomaa annetaan toimenpidepäiväksi, laseroinnin laajuudesta ja työn raskaudesta riippuen tarvittaessa enemmän.

Jatkohoito-ohjeet saatte lähtiessänne silmä lääkäriin vastaanotolta.

Muistiinpanoja

Mistä saatte tarvittaessa lisää tietoa?

Diabeettiseen retinopatiaan sairastuminen voi herättää mielessäsi uusia kysymyksiä. Lisää tietoa saat tarvittaessa Tampereen kaupungin silmäyksiköstä sekä lisäksi voit hakea seuraavilta Internet-sivuilta: www.diabetes.fi, www.kaypahoito.fi

Korva- ja silmäyksikkö
Koulukatu 9 (2.krs)
33200 Tampere
p.03-56573849
ma-to 8-15, pe 8-13.45

Liite 3. Jälkihoito-ohje

LASERHOIDON JÄLKIHOITO

- Toimenpiteen jälkeen silmässä voi tuntua häikäisyä, tämän oireen kesto on yksilöllinen
- Laajennustippojen vaikutus voi kestää seuraavaan päivään
- Silmää ei saa hangata pariin tuntiin toimenpiteessä käytetyn pintapudutustipan vuoksi

Jatkohoito:

Silmänpohjakuvaus, johon tulee kutsu kotiin _____

Kontrolli silmälääkärille, johon tulee kutsu kotiin _____

Seuraava laserhoitoaika _____

Yhteystiedot

Ajanvaraus: puh. 040 – 8062822

ma – to 9 –11 ja 12 –14, pe 9 –11

Silmäyksikön neuvonta: puh.03 – 56573849