

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Marina Karhula

Larissa Mykkänen

KOTIHOITO-OHJEET SILMÄPOHJAN LASERHOITON TULEVILLE
POTILAILLE

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala

KARHULA, MARINA

MYKKÄNEN, LARISSA

KOTIHOITO-OHJEET SILMÄPOHJAN LASERHOI-
TOON TULEVILLE POTILAILLE

Projektityö

28 sivua +3 liitesivua

Työn ohjaaja

Kristiina Mettälä, Anja Roikonen

Toimeksiantaja

Kymenlaakson Keskussairaalan Silmätautiyksikkö

Syksy 2010

Avainsanat

diabetes, retinopatia, laserhoito, hoito-ohjeet

Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö. Tarkoituksena oli laatia Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön laserhoitoon tuleville diabetespotilaille kirjallinen ohje. Siitä olisi hyötyä potilaille ennen heidän tuloaan toimenpiteeseen. Ohje sisältää tietoa retinopatiasta ja laserhoidosta, jota Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikössä annetaan näille potilaille.

Opinnäytetyön teoriaosassa kerrotaan diabeteksen aiheuttamasta verkkokalvosairaudesta eli retinopatiasta sekä potilaan ohjauksesta että ohjauksen merkityksestä hoitotyössä. Lisäksi selitetään diabeetikon retinopatian laserhoitoa.

Projektilla on tilaajana Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikkö. Opinnäytetyön tuotoksena ovat teoriaosuuden lisäksi perustiedot silmäyksiköstä ja hoito-ohjeet. Silmätautiyksikön työntekijät sekä ohjaavat opettajat arvioivat kotihoito-ohjeet. Projektissa esitellään diabeetista retinopatiaa sekä siihen johtavia syitä, oireita ja laserhoitoa.

Hoito-ohjeisiin sokeritaudin aiheuttaman retinopatian laserhoitoon tuleville oli selkeä tarve, koska kirjallisia kotihoito-ohjeita ei ollut olemassa. Sen osoitti myös Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikköön antama panostus opinnäytetyöhön. Kotihoito-ohjeiden kehittäminen laserhoitoon tuleville diabetespotilaille on ajankohtaista ja tärkeää koska tällaisia ohjeita silmäpohjan laserhoidosta ei ole aikaisemmin tehty Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikössä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Social- and Health Care

KARHULA, MARINA

MYKKÄNEN, LARISSA

Home care instructions for the patients coming to laser photocoagulation of damaged retinal blood vessels

Bachelor's Thesis

28 pages + 3 pages of appendices

Supervisors

Kristiina Mettälä, MNSc

Anja Roikonen, MNSc

November 2010

Keywords

diabetes, retinopathy, laser photocoagulation treatment, home care instructions

This graduation thesis was a production. The purpose of this study was to produce the written home care instructions for the diabetes patients coming to laser photocoagulation treatment to Kymenlaakso Central Hospital Ophthalmology unit. From this written guide patients could benefit before coming to the operation procedure. The written guide is given by Ophthalmology department to the patients and it includes the information about retinopathy and laser treatment.

The theory part of this graduation thesis tells about diabetes caused retinopathy or disorder in retinal blood vessels, about patient's guidance as well as about the importance of the guidance in nursing. In addition to that was explained the photocoagulation treatment of the diabetes retinopathy by the laser beam.

This project was commissioned by Kymenlaakso Central Hospital Ophthalmology unit. The result of this graduation thesis was written patient guide as well as basic information about Ophthalmology department. Home care written patient guide was revised by the Ophthalmology department nursing staff and by this graduation work supervisors. In this project presented the reasons of diabetic retinopathy's development, retinopathy symptoms and retinopathy laser treatment.

Home care instructions for diabetes retinopathy patients coming to laser photocoagulation treatment were of high demand, because written home care instructions for this group of patients were not previously produced for Kymenlaakso Central Hospital Ophthalmology Unit. That is the reason why this graduation thesis was of current interest.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO	6
2	DIABEETTISEN RETINOPATIAPOTILAAN HOITO	8
	2.1 Lisäsairauksien kehittyminen	8
	2.2 Retinopatian luokitus	9
	2.3 Retinopatian riskitekijät	10
	2.4 Diabeettisen retinopatian hoidon tavoitteet	11
	2.5 Seulontasuositus	11
	2.6 Omahoidon merkitys	12
3	RETINOPATIAN LASERHOITO JA SEN TOTEUTUS	13
4	DIABEETTISEN RETINOPATIAN LASERHOITO KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALAN SILMÄTAUTIEN YKSIKÖSSÄ	15
5	DIABEETTISEN RETINOPATIAPOTILAAN OHJAUS	16
	5.1 Ohjauksen merkitys hoitotyössä	16
	5.2 Yksilöllinen ohjaustilanne	17
	5.3 Kirjalliset potilasohjeet	21
6	KOTIHOITO-OHJEIDEN PERUSTEET	24
7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	25
8	PROJEKTIN ETENEMINEN JA TOTEUTUS	25
9	ARVIOINTI JA POHDINTA	26
	9.1 Luotettavuus	29
	9.2 Jatkotutkimukset	30

LIITEET

Liite 1. Diabeettisten silmnpohjamyutosten laserhoito

Liite 2. Hakemus / lupa

1 JOHDANTO

Diabetes on krooninen sairaus, johon sairastuneiden lukumäärä kasvaa koko ajan sekä Suomessa että maailmalla. Diabeteksen seurauksena ovat lisäsairaudet, kuten munuaissairaus eli nefropatia, hermoston toimintahäiriöitä eli neuropatia, silmäpohjamuutoksia eli retinopatia. Suomessa on arviolta lähes 500 000 diabeetikkoa. Heistä joka toisella on 1 tyypin diabetes lieväasteisia retinopatiamuutoksia ja 2 tyypin diabetesta sairastavilla joka neljännellä on retinopatiamuutoksia. (Diabeettinen retinopatia 2006, 1388–1389; Laatikainen & Summanen 2008, 831.)

Sokeritasapainon ollessa epätasainen se on tärkein altistava tekijä lisäsairauksien syntymisessä. Elämäntavoilla ja perintötekijöillä on suuri merkitys lisäsairauksien tai komplikaation syntymisessä. Lisäsairauksien syntymistä voi ehkäistä hoitamalla hyvin yleissairaus, diabeteksen sokeritasapaino. Jos sokeriarvo pidetään normaalina tasona, niin lisäsairauden syntymisen vaara pienenee. (Seppänen 2008.)

Diabeteksen omahoitoon henkilö tarvitsee tietoja sairaudesta ja sen hoidosta. Lisäksi tarvitaan motivaatio diabeetikon omahoidon onnistumiseen ja omahoitoon sitoutumiseen. Sitoutuminen omahoitoon ja yleissairaudenhoitoon onnistuu silloin, kun annetaan selkeät ohjeet, joiden lähtökohtana ovat yksilöllisyys ja kohtaaminen tavallisena ihmisenä eikä vain sairastuneena diabeetikkona. (Marttila 2006, 32–33.)

Tavoitteena on kehittää ohjausta, minkä jälkeen diabeetikko itse pyrkii parantamaan yleissairauden hoitoa, käy säännöllisesti silmätutkimuksissa ja näin ehkäisee retinopatian esiintymistä, etenemistä ja näkövammaisuuden kehittymistä. Ohjauksessa annetaan henkilölle tietoa sairaudesta, selkeät ohjeet ja opetetaan häntä elämään sairauden kanssa niin, että diabeetikon tulisi hallita diabetes eikä diabeteksen häntä.

Mutta mikäli silmässä kehitty retinopatiamuutoksia, niitä voidaan hoitaa tehokkaasti laserhoidolla tai lasiaisverkkokalvoleikkauksella. Kummassakin tapauksessa hoitotulokset ovat parempia silloin, kun hoito on tehty riittävän varhaisessa vaiheessa. Laserhoito ei paranna näkökykyä, vaan estää näkövammaisuuden kehittymistä. Laserhoidolla pyritetään rajoittamaan diabeettisen retinopatian vaikutusta näkökykyyn. (Diabeettinen retinopatia 2006, 1388–1400.)

Päätimme tehdä opinnäytetyön Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön kanssa, he antavat laserhoitoa diabeettiseen retinopatiaan. Opinnäytetyön teoriaosassa kerromme, miten diabetes vaikuttaa elimistöön. Käsitlemme diabeteksen retinopatian syntymekanismit, siihen vaikuttavat että riskitekijät, syyt ja ehkäisykeinot. Sen lisäksi on tietoja puhjenneen diabeteksen retinopatian laserhoitomenetelmästä: mitä siinä tapahtuu ja mitä seuraa. Kehitämme kotihoito-ohjeet laserhoitoon tuleville potilaille.

Projektin tavoitteena on lisätä tietoa diabeettisen retinopatiaan sairastuneille retinopatian ehkäisemisestä, sen taustatekijöistä ja jo todetun sairauden hoidosta. Projektin kohderyhmänä ovat diabeetista retinopatiaa sairastavat aikuispotilaat ja heidän omaiset. Sidosryhmänä on Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön henkilökunta ja ohjaavat opettajat.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat diabeettinen retinopatia ja sen ennaltaehkäisy jo puhjenneen taudin hoito ja kotihoito-ohjeiden kehittäminen laserhoitoon tuleville potilaille, joilla on taustalla diabeettinen retinopatia. Kotihoito-ohjeiden pitäisi olla selkeät ja niiden tulisi olla kirjoitettu yksinkertaisella kielellä, koska ne sisältävät hoidon keskeisiä asioita. Pääasia on, että potilas ymmärtää hoito-ohjeet. Suunnitellamme, että kotihoito-ohje sisältää lyhyen teoriaosan retinopatiasta ja sen laserhoidosta. Ohjeessa kerrotaan myös miten laserhoito toteutetaan silmätautiyksikössä: millä tavalla lääkäri ja sairaanhoitaja toimivat, miten potilaan tulee toimia. Mitä tapahtuu laserhoidon aikana? Lisäksi käsitlemme toimenpiteen jälkeiset mahdolliset lisäsairaudet/komplikaatiot, kipulääkityksen, jälkihoidon ja yhteystiedot.

Meidän opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opetusta, opastamista sekä toiminnan järjestämistä. Se koostuu kahdesta osasta: raportista ja produktista eli tuotoksesta. Opinnäytetyön raportti on teksti, josta saa selville, mitä, miksi ja miten on tehty. Siitä myös selviää, millainen työprosessi on ollut sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin opiskelija on päätenyt. Raporttiin kuuluu myös teoreettisia tietoja opinnäytetyön aiheesta ja lisäksi se miten tehty työ on onnistunut. Produktio on työn tuote, joka on usein kirjallinen: opas, kirja, portfolio jne. Se voi olla myös tapahtuma, esine tai näyttely. Siitä seuraa, että toiminnallinen opinnäytetyö on kaksijakoinen. Tekijän pitää yhdistää niitä osia luonnollisesti ja järkevästi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 65.)

Opinnäytetyömme rakenne muodostuu kahdesta kokonaisuudesta. Ensimmäisessä kerromme diabeteksestä, diabeetisesta retinopatiasta, sen hoidosta ja jo puhjennun taudin hoidosta. Myös selittämme, mitä pitää olla hoito-ohjeessa ja mikä on hyvä potilasohje. Samalla käsittelemme sairaanhoitajan roolia laserhoidossa. Toisessa kokonaisuudessa kehitämme hoito-ohjeet laserhoitoon tuleville, joilla on taustalla diabeettinen retinopatia.

2 DIABEETTISEN RETINOPATIA-POTILAAN HOITO

Retinopatia on verkkokalvontauti. Yleisin silmäsairaus diabeetikoilla on retinopatia, joka liittyy verkkokalvoon eli retinaan ja joka voi aiheuttaa näön heikkenemisen ja sokeuden. Retina on silmän osa, jossa sijaitsevat valo aistivat solut. Diabetes vaurioittaa silmän hiusverisuonia, mikä johtaa silmän hapenpuutteeseen ja turvotuksiin. Lievä retinopatia eli taustaretinopatia on kaikkein yleisin diabeteksen elinmuutoksista. 90%:lla potilaista, joilla on ollut diabetes yli 20 vuotta, esiintyy retinopatiaa. Tyypin 1 sekä tyypin 2 diabeteksissä retinopatian syntymiseen tarvitaan vuosia aikaa. Retinopatiamuutokset todetaan ottamalla silmäpohjan valokuvia. Niitä voidaan ottaa erilaisien laitteiden avulla mm. oftalmoskooppilla ja silmäpohjakameralla. Joskus käytetään varjoainekuvausta (ns. fluoreseiiniangiografia). (Rönnemaa 2003, 352.)

2.1 Lisäsairauksien kehittyminen

Insuliini oli keksitty vuonna 1921. Silloin ajateltiin, että diabeteksen ongelmat on ratkaistu. Mutta jo 1930-luvulla tuli esille se, että insuliinihoidosta huolimatta diabeetikoille kehittyi muutoksia eri elimistön osissa. Niitä kutsutaan yhteisnimellä lisäsairaudet. Osa niistä esiintyy vain ainoastaan diabeetikoilla. (Rönnemaa 2003, 348.)

Elinmuutokset käytännössä syntyvät seuraavalla tavalla: veren ylimääräinen sokeri kiinnittyy valkuaisaineisiin ja käynnistää monimutkainen kemiallisten reaktioiden sarjan. Sen seurauksena valkuaisiin syntyy ns. poikittaissidoksia ja normaali toiminta häiriintyy. Toinen tärkeä selitys on se, että sokeri aktivoi erän entsyymien toimintaa. Kolmas selitys on se, että diabeetikoilla on liikaa happiradikaaleja. Neljäs selitys on, että sorbitoli-nimistä sokeria kertyy esim. hermoihin. (Rönnemaa 2003, 350–351.)

Elinmuutokset voivat esiintyä erilaisissa elimistön osissa mm. silmissä, munuaisissa, hermostossa, sydämessä ja jaloissa. Yleensä nämä muutokset syntyvät vasta kuin dia-

betes on kestänyt 15 vuotta ja yli ja ollut huonossa tasapainossa. Toisaalta tyypin 2 diabeetikoilla muutoksia voivat syntyä jo toteamishetkellä, koska aika usein diabetes on diagnosoitumatta. Elinmuutoksia voidaan välttää kahdella ehdolla. Ensimmäinen on se, että diabeetikon hoitotasapaino on hyvä ja verenpaine- ja veren rasva-arvot ovat kunnossa eikä potilas tupakoi. Toinen tärkeä asia on pyrkimys löytää elinmuutoksia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sitä varten pitää tehdä säännöllisiä määrääikaistarkastuksia. Tällöin voidaan aloittaa hoitoa riittävän ajoissa. (Rönnemaa 2003, 348 – 349.)

2.2 Retinopatian luokitus

Diabeettinen retinopatia jaetaan eri vaikeusasteisiin tiettyjen silmän verkkokalvolta löytyvien muutosten ja niiden laajuuden ja vaikeuden mukaan. Silmänpohjamuutoksissa on kyse verkkokalvon pienempien verisuonien eli hiussuonien toiminnan ja rakenteen muutoksista. Kun hiussuonen seinämät vahingoittuvat, niihin syntyy paikallisia pullistumia eli mikroaneurysmia. Mikroaneurysmien ensimmäinen merkki on silmänpohjamuutokset, jotka eivät välttämättä ole pysyviä. Kun suonen seinämät heikkenvät, niiden läpi alkaa tihkua verta ja veren aineosia (plasma ja rasva-aineita) verkkokalvoon. Tällöin verkkokalvo turpoo ja kun plasma imeytyy pois, verkkokalvoon voi jäädä rasvakertymiä. Hiussuoneen voi myös syntyä tukkeuma, mikä saattaa näkyä verkkokalvossa valkeana mikroinfarktialueena. Kaikki nämä muutokset eli mikroaneurysmat, verenvuodot, turvotus, rasvakertymät ja muutamat mikroinfarktut ovat ominaisia taustaretinapatialle. (Diabetes ja silmänpohjamuutokset 2004, 5–6.)

Taustaretinapatian alkuvaiheessa valokuvasta voidaan nähdä pieniä paikallisia pullistumia hiussuonissa eli mikroaneurysmia sekä pistemäisiä pieniä verenvuotoja verkkokalvossa. Ne eivät vielä vaikuta näkökykyyn, mutta ne ovat selvä merkki lääkärille sekä potilaalle siitä, että sokeritasopaino pitää hallita ja pitää se tavoitearvossa. Jos tasapaino paranee, niin taustaretinapatiamuutokset voivat korjautua itsenäisesti. (Rönnemaa 2003, 352.)

Jos taustaretinopatia vaikeutuu edelleen, retinan hiussuoniin tulee tukoksia, joiden takia syntyy kuolioalueita. Sen lisäksi sieltä voidaan löytää laajentuneiden kapilaarien verkkoja. Tämä sairauden vaihe on vaikea taustaretinopatia. (Rönnemaa 2003, 354.)

Jos taustaretinopatiamuutoksia on makulassa, eli sillä alueella, jolla ihminen näkee tarkimmin, puhutaan makulopatiasta. Makulopatia heikentää näkökykyä sekä värien erottamiskykyä. Se voi vaikuttaa työkykyyn jossain ammateissa, mutta ei se vaikuta esim. liikkumista. Yleensä makulopatia esiintyy tyypin 2 diabeetikoilla. (Rönnemaa 2003, 352.)

Retinopatian vaikein vaihe on nimeltä proliferatiivinen eli leviävä retinopatia. Tyypin 1 diabeetikoista, joiden sairaus kestää 20 vuotta ja yli, joka neljäs on sairastunut tähän. Aikuistyyppin diabeetikolla tämä retinopatia esiintyy harvoin, vaikka sairaus kestäisi yli 20 vuotta. Proliferatiivisessa retinopatiassa verkkokalvo on häiriintynyt, sen takia verkkokalvo kärsii hapenpuutteesta. Elimistö pyrkii korjaamaan tätä ja kehittää uusia suonia. Mutta tämä toiminta ei auttaa, koska suonia kasvaa myös verkkokalvon pinnasta ulospäin lasiaiseen. (Rönnemaa 2003, 354.)

Hoidossa otetaan huomioon, että vaikeassa taustaretinopatiassa liian nopean sokeritasopainon korjaaminen voi johtaa retinopatian muutoksen vaikeutumiseen. Siksi sokeritasopaino korjataan asteittain. Silloin kun sokeritasopaino paranee liian nopeasti, silmäpohjan tarkastelu suoritetaan normaalia useammin, jolla pystytään tarvittaessa ajoissa aloittamaan laserhoito. (Rönnemaa & Summanen, 2007.)

2.3 Retinopatian riskitekijät

Sokeritasapainolla on todella suuri vaikutus elinmuutoksiin. Erilaiset tutkimukset toteavat, että mitä suurempi sokeripitoisuus on veressä, sitä suurempi on todennäköisyys saada lisäsairauksia. Sen lisäksi perintötekijällä on merkitys, vaikka tällä hetkellä tästä ei ole riittävästi tietoa. Siksi keskeisenä tavoitteena on diabeteksen hoidossa elinmuutosten ja lisäsairauksien ehkäiseminen. Jotta vaurioita voidaan ehkäistä, on tärkeä pitää verensokeritaso niin lähellä normaalia kuin mahdollista. (Rönnemaa 2003, 350; Himanen, Huhtanen, Poukka, Ruuskanen, & Turku 2006, 15–16.)

Retinopatiaa vaikuttavat tekijät ovat krooninen hyperglykemia eli korkea verensokeritaso, sairauden kesto, sairastuminen varhaisiässä, korkea verenpaine eli hypertensio, dyslipidemia eli veressä häiriintynyt rasvatasopaino sekä hormonaaliset tekijät: puberteetti ja raskaus. Muita riskitekijöitä ovat anemia, obesiiteetti eli liikalihavuus, keskivartaloliihavuus ja diabeettinen retinopatian esiintyvyys perheessä. (Diabeettinen retinopatia 2006, 1392.)

Hienosen ym. (2005) mukaan tupakointi vaikeuttaa diabeteksen hyvää hoitoa ja lisää kaikkien diabeteksen lisäsairauksien vaaraa. Tupakointi muun muassa kohottaa veren rasva-arvoja, lisää verisuonitukosten esiintymistä ja nopeuttaa verisuonten ahtautumista. (Heinonen, Heinonen, Huhtanen, Kallioniemi, Kokkonen, & Turku 2005, 36.)

2.4 Diabeettisen retinopatian hoidon tavoitteet

Hoidon ensisijainen tavoite on vähentää näön heikkenemistä ja näkövammaisuutta (Diabeettinen retinopatia 2006, 1392–1393). Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön työntekijän kertomuksen mukaan diabeettisen retinopatian laserhoidon tavoitteena on hidastaa tai pysäyttää taudin etenemistä sekä mahdollisesti säilyttää sen hetkinen näkö.

Laserhoito ei varsinaisesti paranna diabeteksen aiheuttamia muutoksia vaan hidastaa ja jopa pysäyttää diabeteksen liittyviä silmävaurioita. Näin pystytään pitämään kurissa diabeteksen aiheuttamat suonimuutokset. Varhainen laserhoito estää silmäpohjanvaurioiden etenemistä sekä sokeutumista. Retinopatian hoidossa on tärkeä seulonta sekä tehdä säännöllinen väliaikainen näön seuranta. Jotta näköä uhkaavat muutokset todetaisiin varhaisessa vaiheessa ja hoito voitaisiin aloittaa riittävän aikaisin seulonta ja seuranta ovat tärkeät hoitomuodot näkövammaisuuden estämiseksi. (Palokari 2000, 23; Diabeettiset silmänpohjamuutokset ja hoidonohjaus 2002; Diabeettinen retinopatia 2006, 1392–1393.)

Hoidon tavoitteena on sekä hyvä verensokerin tasopaino että riskitekijöiden hoito. Se ehkäisee tai vähentää lisäsairauksien esiintymistä. Hoidon tavoitteet määritetään aina yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa. Niissä pyritään glukoositasopainoon, oikeaan ruokavalioon, liikunnan lisäämiseen, painonhallinnan jne. (Diabeettinen retinopatia 2006, 1392–1393.)

2.5 Seulontasuositus

Diabeettisen retinopatian näkövammaisuuden ehkäisemiseksi on tärkeää, jotta silmässä olevia muutoksia todetaan ajoissa. Retinopatiassa on yleensä pitkä oireeton aika. Sen vuoksi on laadittu seulonta- ja hoitosuosituksia, joita ovat silmänpohjan oftalmoskooppinen tutkimus ja silmänpohjan valokuvaus. Lisäkeinona voidaan käyttää silmänpohjan varjoainekuvausta. (Pajunpää 1999.)

Silmänpohjamuutoksia kehittyi verkkokalvoille usein vasta vuosien kuluttua sairastumisesta. Siksi tilannetta seurataan yleensä säännöllisin väliajoin, jotta voisi ajoissa löytää uudissuonimuutokset ja verenvuodot ja todetta retinopaattiset muutokset. Seulonnan tehtävä on todeta näköä uhkaavat muutokset silmässä. Näitä ovat proliferatiivinen retinopatia, vaikea taustaretinopatia ja makulopatia eli verkkokalvon keskiosan sairaus. Syntyneitä muutoksia voidaan nykyaikana hoitaa tehokkaasti laserhoidoilla. (Vauhkonen 2005, 378.)

Summasen (2006) mukaan alle 10 vuotiailla lapsilla, jotka sairastavat tyyppi 1 diabetes, silmissä muutoksia ei esiinny. Mutta 10 vuoden iästä lähtien tilannetta seurataan joka toinen vuosi, kunnes todetaan muutoksia. Kun muutoksia todetaan, silmät tarkistetaan vuosittain. Tyyppi 1 diabeteksessa lapsilla, joilla sairastumisikä yli 10 vuotta: silmät tarkistetaan diagnosointivaiheessa ja sen jälkeen joka toinen vuosi, kunnes todetaan muutoksia. Kuin muutoksia havaintaan, seulotaan vuosittain. (Summanen 2006, 16.)

Sekä Diabeteksen Käypä hoito -suosituksen (2007) että Summanen (2006) mukaan 2 tyyppin diabetekseen sairastuneella seulonnassa silmät tarkistetaan diagnosointivaiheessa ja sen jälkeen kolmen vuoden välein ja niin kauan kun löydös on normaali. Normaalisti on seulonta kahden vuoden välein, jos ihmisillä silmissä on vähäisiä muutoksia. Silloin, kun muutoksia on enemmän, seulotaan vuosittain. Myös jos henkilöllä on useita retinopatian riskitekijöitä (verenpaineentauti, dyslipidemia, huono hoitotasapaino, tupakointi), pitää tehdä tiheämpi seulonta. (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2007; Summanen 2006, 16.)

2.6 Omahoidon merkitys

Diabetes on vakava sairaus, joka vaatii elinikäistä hoitoa. Hoidon tärkein tavoite on, että potilas osallistuu hoitoonsa. Tällainen osallistuminen on tärkeä osatekijä, jotta saavutetaan hoidon tavoitteet eli päivittäinen hyvinvointi, normaaliarvoinen verensokerin tasapaino, vältetään ketoasidoosia (happomyrkytys) sekä ehkäistään lisäsairauksia. (Heikkilä, Eskola-Manneri, Välimäki, & Hupli 1998, 29.)

Diabeteksen hyvä ja tasapainoinen hoito edellyttää säännöllistä seuranta. Seuranta koostuu omaseurannasta, määräaikaikäynneistä sekä vuositarkastuksista. Omaseuranta diabeetikko toteuttaa päivittäin ja 3–4 kuukauden välein hän käy määräaikaikäyn-

neillä sekä vuosittain vuositarkastuksissa. Seurannan tavoitteena on ehkäistä lisäsairauksien syntyminen ja edistää niiden varhaista toteamista ja hoitamista. (Himanen & Nikkanen 2005, 373.)

Hyvien hoitotulosten kannalta on hyvä, kun diabeetikko tuntee oman sairautensa ja elimistönsä toiminnan mahdollisimman hyvin. Hoidon seurannassa keskeistä on verensokerin ja painon omaseuranta. Omaseurannan tärkeimpiä asioita on verensokerin seuranta. Omaseurannan tavoitteena on, että diabeetikko osaa sovittaa insuliiniannoksensa ruuan hiilihydraattimäärään ja rasitukseen sekä ylläpitää riittävän hyvää hoitotasapainoa. (Himanen ym. 2006, 25–33; Himanen & Nikkanen 2005, 373.)

Omaseurannan lisäksi ja tueksi tarvitaan käyntejä diabetesvastaanotolla ja lääkärin määräaika- ja vuositarkastuksissa. Määräaikaikäynteillä tutkitaan ja käydään läpi muun muassa paino ja verenpaine, omaseurannan tulokset ja laboratoriokokeet. Vuositarkastuksen tavoitteena on kokonaistilanteen kartoittaminen. Vuositarkastukseen kuuluvat samat asiat kuin määräaikaikäyntiin. Lisäksi tutkitaan ja käydään läpi muun muassa silmänpohjien tila, veren rasva-arvot, munuaisten toiminta, jalat, suun ja hampaiden yleiskunto ja sydämen kunto. Hoidon seurannan tavoitteena on lisäsairauksien ehkäisy, niiden varhainen toteaminen ja hoito sekä hyvän omahoidon saavuttamisen ja ylläpitämisen tukeminen. Hoidon ja ohjauksen pitää olla perusteena ongelmanratkaisuun. Hoidolle pitää tehdä lyhyen tähtäimen tavoitteita ja niihin liittyviä realistisia sopimuksia. Esimerkiksi voidaan tehdä potilaan kanssa sopimus, jonka mukaan hän pitää kontrolloida verensokeri kerran viikossa. Diabeetikko tarvitse hoidossa ammattilaisten tukea. (Heinonen, K. ym. 2005, 44–50; Himanen & Nikkanen 2005, 368–369; Heikkilä ym. 1998, 29.)

3 RETINOPATIAN LASERHOITO JA SEN TOTEUTUS

Laser-nimi oli tullut englanninkielisen määritelmän alkukirjaimista: Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation. Laser on näkyvän ja näkymättömän valon kiihdytettyä elektromagneettista säteilyä. Valo on energian muoto, joka syntyy materiaassa ja koostuu aalloista. Valolla voi olla lyhyt tai pitkä aallonpituus. Valonlähde normaalisti tuottaa eri aallon pituista valoa – valospektriä. Laser on puhdas valonlähde, joka tarkoittaa, että laser on saman aallonpituutta valonsäteitä, eikä kokonainen

spektri. Lasersäteily on valonsäteily, mutta paljon voimakkaampaa, ja etäisyyden kasvaessa sen teho ei juuri heikkene kuten tavallisella valolla. Toisin sanoin laserhoito on korkeaenergistä yhdensuuntaista valoa. (Pöntinen 1988, 17–22; Vauhkonen 2005, 378.)

Lasersäde aiheuttaa silmän verkkokalvolle palovamman ja sen parantuessa arven. Sen avulla voidaan polttaa haluttuja kohtia. Tällä tavalla verkkokalvolle syntyy paikallisia arpia, jotka ”leikkaavat” ylimääräisiä suonia. Seurauksena syntyy vaurioituneiden verisuonien ja verkkokalvon terveiden aistimien välille tasapainotilanne. Verkkokalvon hapentarve vähentyy, myös riski lasiaisivuotoihin pienenee. Toisen sanoin laserhoito vähentää uudissuonten muodostus verkkokalvolla. Se johtaa näkökyvyn säilymiseen. (Vauhkonen 2005, 378; Rönnemaa 2003, 355 – 356.)

Lievässä taustaretinopatiassa laserhoitoa tehdään vain ainoastaan tietylle alueelle. Proliferatiivisessa retinopatiassa hoitoa annetaan koko verkkokalvon alueelle. Tässä tapauksessa hämäränäkökyky voi heikentyä pysyvästi. Makulopatiassa hoitoa annetaan vain tarkan näkemisen alue. (Rönnemaa 2003, 356.)

Laserhoito ei paranna diabeteksen aiheuttamia muutoksia vaan hidastaa ja jopa pysäyttää diabeteksen liittyviä silmävaurioita. Laserhoito vähentää näön heikkenemistä joka toisessa tapauksessa. Sitä yleensä tehdään useana hoitokertana. Laserhoitoa tehdään polikliinisesti ja se ei edellytä sairaalaan jäämistä. (Palokari 2000, 23; Rönnemaa 2003, 356.)

Potilaat tulevat silmätautiklinikalle silmälääkärin läheteellä. Sitten silmätautiklinikan lääkärin tekemän kiireellisyysarvion perusteella potilaalle lähetetään ajanvarauskirje ja ohjeet laserhoidosta. Olkkosen (2004) mukaan laservalo häikäisee ja joskus jotkut voi tuntea silmässä kipua varsinkin jos hoito tehdään isolla tehoilla ja hoidetaan laajoja alueita. Yleensä potilaat jännittävät, ja sen lieventämisessä sairaanhoitaja kertoo potilaalle tulevista toimenpiteistä. Samalla potilasta kehoitetaan hengittämään normaalisti koko laserhoidon aikana ja hänen on pidettävä silmän rennosti auki. (Olkkonen 2004, 4–6.)

Seuraavaksi laajennetaan mustuainen laajennustippoina Oftan Tropicamidia, tarvittaessa Minims Cyklopentolate tai Minims Phenylephrine. Ennen toimenpiteitä asiakkaan silmän pinta puudutetaan tippapuudutuksella nimeltä Minims Oxybuprocainena

ja annetaan kipulääkettä tarvittaessa. Samalle suositellaan myös silmää kostuttavien tippojen käyttämistä. (Laser-Argon 2007; Diabeettinen retinopatia 2006, 1396.)

Asiakas istuu silmämikroskoopin ääressä. Silmiin asetetaan räpyttelyn välttämiseksi peililasi, joka pitää silmä auki ja sen välityksellä lasersäde ohjataan verkkokalvon haluaman kohtaan. Toisin sanoin lääkäri valitsee linssin: Kolmipeili Transequator tai Quadraspherie. Seuraavaksi linssin pinnalle laitetaan linssigeeli nimeltä Viscotears. (Olkkonen 2004, 4–6; Laser-Argon 2007.)

Hoitaja tarkkaile potilasta ja potilaan vointia koko hoidon aikana. Samalla tarkkaillaan, että potilas istuu oikein ja pitää otsansa ja leukansa kiinni otsatuessa ja leukatelineessä. Jos potilaalla on vaikeuksia pitää päätä kiinni telineessä, niin hoitaja tukee päätä takaa. Yleensä asiakas ei tunne mitään kipua, mutta verkkokalvon eri kohdat vaihtelevat tuntoherkkyydeltään, ja siksi joskus kipua voi esiintyä. Potilas kokee laseroinin valoistimuksena, sille lasersäde häikäisee. Potilasta pyydetään katsomaan pientä vilkkuva valopistettä ja kirurgi käynnistää laserin. Hoitaja suojaa koko laserhoidon ajan omat silmät suojalaseilla välttyäkseen hajasäteistä. (Olkkonen 2004, 6.)

Laserhoidon jälkeen silmä on noin vuorokauden ajan häikäistynyt. Lääkäri kertoo potilaalle jälkihoidosta ja siitä, mitä asioita pitää välttää. Hoitaja vielä toistaa kotihoito-ohjeet ja antaa mukaan kirjalliset hoito-ohjeet. Myös potilasta lääkitään tarpeen mukaan ja kerrotaan jälkihoidokäytännöstä. (Olkkonen 2004, 6.)

Laserhoidon jälkeen näkö ei välttämättä parane, mutta hoidon ansiosta retinopatian eteneminen hidastuu ja jopa pysähtyy. Sen teho säilyy vuosikymmeniä. Hoidon loppullinen vaikutus voidaan havaita hoitojakson päätyttyä vasta viikkoja myöhemmin, vasta silloin kun silmäpohjassa muodostuu arpi (Diabeettinen retinopatia 2006, 1396; Olkkonen 2004, 6).

4 DIABEETTISEN RETINOPATIAN LASERHOITO KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALAN SILMÄTAUTIEN YKSIKÖSSÄ

Kävimme tutustumassa Kymenlaaksoon keskussairaalan silmätautiyksikköön helmikuun 19. päivänä. Meidät vastaanottivat silmätautiyksikön sairaanhoitajat Piia Uusiheimala ja Piritta Martikainen. Aluksi keskustelimme silmäyksikön tavoitteista sekä silmän anatomiasta ja eri toimenpiteistä. Sitten oli silmätautiklinikan tutustumiskier-

ros, jossa katsoimme odotustilat ja kansliaan, josta organisoitiin poliklinikan toiminta. Tutustuimme myös tutkimushuoneisiin. Sairaanhoitajat näyttivät meille tutkimusvälineet ja laitteet, jonka olivat nykyaikaisia ja laadukkaita. Samalla ne kertoivat meille silmäklinikan historiasta sekä klinikaan toiminnasta.

Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikkö oli avattu joulukuussa vuonna 2000. Silmäyksikössä työskentelee osastonhoitaja, 5 sairaanhoitajaa, 2 perushoitajaa sekä 1,5 sihteeria, 2 erikoistuvaa lääkäriä ja 2 erikoislääkäriä, joista toisen työaika on 80 %. Silmätautiyksikön sairaanhoitajat kertovat että potilaat tulevat silmätautiyksikköön läheteellä ja heidän kontrollinsa järjestettiin myös sinne tarpeen mukaan. Silmätautiyksikössä hoidetaan silmänsairauksia, joissa laserhoidolla on tarkoitus estää näön huononeminen. Silmäyksikössä tehdään diabeetikoiden pohjalaserhoitoja, glaukoomapotilaiden laserhoitoja, jälkikaihen poistolaserhoitoa ja retinareikälaserhoitoa. Silmäyksikön omassa leikkaussalissa tehdään seuraavat toimenpiteet: kaihileikkaukset, paineenalennusleikkaukset, kyynelpussinpoistot, kryohoidot, ja eri lasiaisinjektiot. Nukutusta vaativat toimenpiteet tehdään päiväkirurgian yksikössä. Kaihileikkaukset tehdään silmätautien yksikössä ultraäänitekniikalla elleivät ne vaadi nukutusta.

Laserhoito tehdään Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön toimenpiteenhuoneessa, ja siihen kuuluu aikaa esivalmisteluineen noin kaksi tuntia hoitokertaa kohti. Asiakkaalta hoito vaati kärsivällisyyttä, koska hänen pitää jaksaa istua liikkumatta ja hiljaa. Jos laserhoito tehdään silmän laajoille alueille, hoito tehdään usealla eri kerralla. Laserhoitoa annetaan vähintään kahdessa osassa kahden neljän viikon välein. Lisähoitoa ja seuranta annetaan tilanteen mukaan. Toimenpidehuoneessa tehdään muita silmänalueen pientoimenpiteitä esim. diabeettisen retinopatialasertoimenpiteitä; panfoto (silmänpohjan laser), paineenalennuslasereita ja niin edelleen.

5 DIABEETTISEN RETINOPATIAPOTILAAN OHJAUS

5.1 Ohjauksen merkitys hoitotyössä

Terveystieteiden ammattihenkilöllä on velvollisuus ohjata ja antaa tietoa potilaalle hänen hoidostaan ja hoitotoimenpiteistä. Potilaalla on tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus sekä lupa osallistua hoitotoimenpiteen suunnitteluun. Riittävän tiedon perustella potilas itse päättää, mihin hoitotoimenpiteisiin hänen tulisi suostua. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Ohjausmenetelmän valinta on tärkeä asia. On arvioitu, että ihminen muistaa 75 % siitä, mitä hän näkee, ja vain 20 % siitä, mitä hän kuulee. Toisaalta hän muistaa 90 % siitä, mitä hänen kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Tämä osoittaa, että ohjauksen vaikutusten parantamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Toisaalta kirjallista materiaalia on annettava vain siinä tapauksessa, jos sitä käydään läpi ohjauskeskustelussa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 73.)

Yleensä sairaalan tai terveyskeskuksen henkilökunnan näkökulmasta monet asiat ovat itsestään selviä. Monet hoidot ja toimenpiteet ovat jopa rutiinia. Mutta asiakaan näkökulmasta asia voi olla täysin päinvastoin. Sairaalan rutiinitoimenpide voi olla asiakkaalle aivan uutta, outoa ja pelottavaa. Tästä seuraa se, että asiaa pitäisi aina katsoa potilaan näkökulmasta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 14.)

Potilasohjeiden tärkein tehtävä on vastata potilaan kysymyksiin ja vasta sen jälkeen välittää valmistautumisohjeita ja muita neuvoja. Muut vähäpätöiset asiat voi jopa jättää pois. Potilaan hoidossa keskeinen asia on potilasneuvonta. Sen takia koko henkilökunta, joka osallistuu hoitoon, suunnittelee ja kehittää kirjalliset ohjeet. Samalla ei saa unohtaa itse potilasta. Kirjallisia potilasohjeita pitää kehittää niin, että ne olisivat suunnitelmallisia ja kirjattuja. (Torkkola ym. 2002, 15; Marttila & Piekkola 1996, 66.)

Tietoa ei saa antaa potilaalle yhdellä kertaa liian paljon eikä liian vähän. Tiedon pitää olla riittävän henkilökohtaista, jota potilas voi käyttää jokapäiväisessä elämässä. On tärkeää myös selittää, miten sairaus voi vaikuttaa päivittäiseen elämään, esimerkiksi voiko potilas säilyttää aikaisemmat elämäntapansa, työpaikkansa ja harrastuksensa. (Heikkilä ym. 1998, 29.)

5.2 Yksilöllinen ohjaustilanne

Kirjallisten ohjeiden antamisessa tulee huomioida muutama tärkeä asia: yleensä kirjalliset ohjeet ovat liian vaikeita, ja potilaat eivät niitä ymmärrä tai ymmärtävät niitä väärin. Vaikeasti ymmärrettävä kirjallinen ohje voi synnyttää potilaassa pelkoja tai huolestuneisuutta. Sen lisäksi sisältö on usein liian laaja ja yleinen. Jos kirjallinen ohje on hyvin tehty, se on hyvin suunniteltu, se sisältää tärkeää tietoa, sekä jos sen kieli on yksinkertaista, niin potilas voi käyttää sitä itseopiskeluun esim. kotona. Myös ulkoasulla rakenteella on tärkeä merkitys. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Liika ammattisanaston käyttö estää ohjeiden omaksumista, eikä se edistä potilaan oppimista. Myös sanaton eli nonverbaalinen viestintä on otettava huomioon. Katseet, eleet ja ilmeet säätelevät ja tehostavat potilaan-hoitajaan välistä viestintää. Vuorovaikutuksella, jonka pitäisi olla kunnioittava, ystävällistä ja luotettavaa, on enemmän merkitystä kuin ohjauksen määrällä ja sisällöllä. Ohjauksessa hoitaja on potilaan tiedonlähde. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 75; Nikunen 1997, 136–139.)

Preoperatiivisessa vaiheessa (ennen toimenpiteitä) potilaan pitää saada kotihoito-ohjeita oikean ajan kohdalla. Heinon (2004) tutkimuksen mukaan ne, jotka olivat saaneet ohjaukset 1 tai 3 viikkoa ennen toimenpiteitä, olivat hyvin valmistuneet toimenpiteeseen. Silloin kuin ohjauksen ja toimenpiteen väli on enemmän kuin kaksi kuukautta, niin ohjaukset unohtuvat helposti. Toisaalta potilas toivoo ohjausta ennen toimenpiteitä, jotta voisi selvittää itselleen tärkeät asiat ja tehdä tai varautua hoidon jälkeiset tarvittaviin muutoksiin. Potilas, joka saa tietoa etukäteen tulevasta toimenpiteistä, kokee hoidon hyväksi. (Heino 2004, 35, 99; Heino 2000, 8–9.)

Mattilan (2001) tutkimuksen mukaan ohjaustilanteessa tulee huomioida ohjausympäristö. Rauhallinen, kiireetön ohjausympäristö voi vaikuttaa vuorovaikutussuhteessa joko tukien tai heikentäen sitä. Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksella pyritään edistämään potilaan hoitoon sitoutumista. Anttilan ym. (1999) mukaan vuorovaikutukseen syntymiseen vaikuttaa juuri fyysinen ympäristö. Ohjaus onnistuu hyvin rauhallisessa, kiireettömässä ympäristössä, valoisassa, äänieristetyssä huoneessa. Hoitajan tuli istua samalla tasolla potilaan kanssa sopivaan keskustelun välimatkassa. Huoneen liiallinen lämpötila tai auringon häikäisy saattaa rasittaa sekä hoitajaa että potilasta. (Mattila 2001; Anttila, Kaila-Mattila, Puska, Vihunen & Virolainen 1999.)

Sairaalaan tullessa ihminen pääsee vieraan paikkaan, jossa hänellä voi syntyä turvattonta oloa. Tietämättömyys ja epävarmuus sairaudesta voivat lisätä merkittävästi turvattomuuden ja avuttomuuden tunnetta sekä aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta. Potilas vieraassa ympäristössä kokee itsensä avuttomaksi, siksi on tärkeää, että hänelle osoitetaan, että häntä kunnioitetaan ja hänen mielipiteistä ollaan kiinnostuneita. (Rajala 1995, 28; Hietanen, Pitkänen & Vilmi 1995, 123.)

Sairastumisen alkuvaiheessa ihminen huomaa, että hänen tiedot sairaudesta ovat vähäisiä. Silloin hänelle syntyy uusia tunteja ja kysymyksiä. Hyvä sairaanhoitaja ensin

arvioi potilaan tietoisuutta sairaudestaan sekä hänen fyysisestä ja psyykkisestä olost. Näitä tietoja hoitaja käyttää hyväksi ohjauksessa. Tällöin hoitaja on enemmän ohjaaja ja tutkija kuin tiedon jakaja. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 42.)

Kun potilas tulee silmätutkimukseen tai silmälaserhoitoon, on tärkeä antaa täydelliset ja tarkat tiedot tulevasta toimenpiteistä. Tietämättömyys voi aiheuttaa erilaisia pelkoja, tämä on varsinkin muistettava lapsipotilaan kohdalla. Tietämättömyyden vuoksi hoitajan tulee huolehtia potilaasta, osata rauhoittaa ja ymmärtää häntä. Hoitaja täytyy osata kohdata ihminen eikä vain keskittyä hänen sairauteensa. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 17.)

Hoitaja täytyy osata antaa hoito-ohjeetta, neuvot ja motivoida asiakkaita. Pitää kertoa tulevasta toimenpiteistä: mitä, miksi ja miten hoidetaan. Silmä ja silmän seutu ovat erittäin herkäät ja kosketukselle arat. Rauhallinen työskentelytila ja rauhalliset puheet voidaan helpottaa potilaan hätää. Hoitajan täytyy opettaa asiakkaalle silmän oikea lääkitseminen, lääkitsemisjärjestys, ajankohta, sekä oikea tiputusasento. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 138–139.)

Silmätautien hoidossa on tavoitteena näkökyvyn säilyttäminen. Silmätautien hoidossa asiakas kokee pelkoa näön menestyksen vuoksi. Hiljalleen etenevät silmätaudit vaativat asiakkaalta paljon henkisiä voimavaroja. Sekä potilasta että mahdollisesti hänen läheisiään pitää informoida ja ohjata niin, että he ymmärtävät diabetekseen liittyviä muutoksia silmissä ja niiden vakavuudet. On myös ymmärrettävä se, että sokeripitoisuuden hallinta voi laskea riskiä retinopatian ilmaantumiseen sekä sen etenemiseen ja kehitykseen. (Iivanainen ym. 2006, 138; Hietanen ym. 2005, 94.)

Potilas tarvitsee ohjeita voidakseen ymmärtää ja sopeutua omaan tilanteeseen sekä osallistua hoitoon. Ohjauksella voidaan helpottaa potilaan ahdistusta. Ohjauksen aikana annetaan potilaalle mahdollisuus kertoa omia mielipiteitä, jotta hän voisi osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Hietanen ym. 1995, 123.)

Ohjauksen tarkoituksena on antaa vastuuta hoidosta potilaalle ja samalla tukea hänen itsenäistä selviytymistä. Ohjauksella rohkeastaan häntä itsenäisen toimintaan. Ohjeet annetaan sekä kirjallisesti että suullisesti. Ohjaaminen lähtee yksilön halusta ja hänen elämäntilanteesta. Ohjeet voi sisältää tietoa sairauden ehkäisemisestä, sairaanhoidosta,

rajoituksista ja terveyden edistämisestä. (Iivanainen, Jauhiainen & Korhonen 1995, 51.)

Kaikki potilaat eivät voi ottaa vastaan informaatiota samalla tavalla. Sen takia sairaanhoitajan pitää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen oikein. Ohjauksen aikana sairaanhoitaja voi saada myös asiakkaalta palautetta, joka on arvokasta hoitotyön kehittymisen näkökulmasta. Luottamuksellinen suhde hoitajan ja potilaan välillä edesauttaa potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Vuorovaikutukseen sisältyy tiedon antaminen sairaudestaan, tiedon välittäminen, ohjaaminen, kannustaminen, tukeminen. Vuorovaikutuksen tehtävänä on auttaa potilasta saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä, saavuttaa hoidon tavoitteita sekä antaa potilaalle hyvää oloa. (Ohtonen 2006, 3; Janhonen ym. 1993, 130.)

Yleensä sairaanhoitajan viestintätaidot kehittyvät hitaasti, silloin hoitaja oppii tuntemaan potilaan käyttäytymistä ja yksilöllisiä tarpeita. Pätevä hoitaja osaa havainnoida ja tulkita asiakkaan mielialaa, vaikka hän on hiljaa. Jokaisella ihmisellä on oma käsitöksensä turvallisuudesta, kuitenkin hoitajat joutuvat usein hyvinkin läheisiin ja hyvin intiimeihin tilanteisiin asiakkaan kanssa. Kun ollaan lähekkäin, sanoja todennäköisesti tarvitaan vähemmän ja kosketus voi korvata monet viestit. Kosketuksen avulla hoitaja voi osoittaa, että hän tuntee potilasta ja ymmärtää häntä. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat oleellisesti hoitajan empaattisuus ja vuorovaikutustaidot. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 57–59.)

Vahteriston tutkimuksen (2004) mukaan hoitajat kokivat tärkeimmiksi ominaisuuksikseen potilaan ohjaajana hoitajan ammattitaitoa, potilaan huomioon ottaessa, hoitajan ystävällisyyden, ohjauksen selkeyden ja rauhallisuus, hoitajan kokeminen luotettavana ja turvallisena ja asioiden selvittäminen ohjaustilanteessa loogisessa järjestyksessä. Potilaiden ohjaukselle tärkeät ominaisuudet ovat potilaan sairauteen liittyvän tiedon antaminen, potilaan voimavarojen huomioon ottaminen sekä potilaan kokonaisvaltainen huomiointi, ohjauksessa käsiteltävien asioiden havainnollistaminen, kivun huomiointi, hoitohenkilökunnan itselleen asettamat tavoitteet ja hoidon suorittaminen onnistuneesti. (Vahteristo 2004, 116.)

5.3 Kirjalliset potilasohjeet

Nykyaikana potilaat viettävät sairaalassa lyhyitä aikoja. Sen takia suullisiin ohjauksiin ei ole riittävästi aikaa. Tällöin nykyisin käytetään kirjallisia ohjeita. Yleensä ne ovat lyhyitä, yhden sivun mittaisia. Osa ohjeista annetaan henkilökohtaisesti. Tässä tapauksessa ohjeeseen voidaan lisätä yksilöllistä tietoa sekä potilaalla on mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Mutta toinen osa ohjeista lähetetään potilaille kotiin postitse. Tässä tapauksessa ohjeen loppuun täytyy kirjoittaa lähettäjän yhteystiedot, joista potilas saa vastauksia syntyviin kysymyksiin. (Kyngäs ym. 2005, 124; Torkkola ym. 2002, 25.)

Kirjallinen ohje toimii hyvänä suullisen ohjeen tukena, sen potilas voi palauttaa mieleensä ohjaukseen sopivana ajankohtana. On myös tärkeää, etteivät suulliset ja kirjalliset ohjeet olisi ristiriidassa, vaan niiden pitää olla samansuuntaisia ja toisiaan täydentäviä. Tieto auttaa potilasta ymmärtämään mitä tapahtuu, mitä tulee tapahtumaan sekä orientoitumaan erilaisiin tilanteisiin. Kotiin lähetettävien ohjeiden etuna on se, että potilaalla on mahdollisuus lukea niitä kodin rauhassa. Ohjeissa asiat ilmaistaan ytimekkäästi ja täsmällisesti, jopa luettelomaisesti. Tällä tavalla tärkeät asiat saadaan hyvin esiin. Tällöin ohje toimii myös potilaan muistilistana. Sen avulla on helppo tarkistaa, onko valmistautuminen tehty oikein. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon toimenpiteet vaativat potilaalta huolellista valmistautumista. Ilman ohjeita tällainen valmistautuminen on epävarmaa. (Torkkola ym. 2002, 25, 29.)

Kirjallisissa ohjeissa on oltava tietoja tulevasta hoidosta ja siihen liittyvistä asioista. Siitä tulee olla asiakkaalle sopivaa, ymmärrettävää ja tarpeidensa mukaista. Sen lisäksi potilaat tarvitsevat tietoa etenkin omasta sairaudestaan sekä sen hoidosta että komplikaatioista. Lisäksi tietoa tarvitaan sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, sairauden etenemisestä tai uusiutumisesta sekä riskeistä että lääkityksestä. Potilaalla pitää olla mahdollisimman laajasti tietoa tulevasta hoidostaan. Silloin hän voi todella itse päättää, onko tämä hoito sopiva hänelle ja suostuuko hän siihen. Toisaalta tarvittavan tiedon laajuus ja yksityiskohtaisuus vaihtelee potilaittain. Jokainen potilas on yksilö. Siitä seuraa se, että toiset potilaat haluaisivat lukea pitkää selostusta hoidosta, vaikuttavista tekijöistä ja toiset potilaat taas eivät. Joskus on vaikea sanoa, mitä yksityiskohtaisia tietoja kyseinen potilas tarvitsee. Tietojen määrä ja tarkkuus ovat ikuisuuskysemyksiä ja niiden ratkaisemista varten pitää tehdä kompromisseja. (Kyngäs ym. 2007, 124; Torkkola ym. 2002, 13–14.)

Torkkolan ym. (2002) mukaan Raappanan tutkimuksessa (Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana 2001) saatiin selville, että potilaat haluavat enemmän tietoa kivun ja pahoinvoinnin hoidosta toipumisesta yleensä. Myös on huomattu, että käytännön hoitotyössä potilasohjeita ja tietoa ei ole riittävästi. Sairaanhoidajat ovat arvioineet käytössä olevia ohjausmenetelmiä ja – materiaaleja ja todenneet ne riittämättömiksi. Ohjeet eivät ole lopullisesti valmiita. Ohjeita pitää jatkuvasti verrata potilaiden tarpeisiin ja muuttuviin hoitokäytäntöihin ja pohtia, vastaavatko ne toisiaan. (Torkkola ym. 2002, 24–25.)

Hyvä ohje ilmoittaa, kenelle se on tarkoitettu ja missä tapauksessa. Konkreettisen esimerkin ja/tai kuvan avulla voidaan selkeyttää asiaa. Konkreettisuus helpottaa ymmärtämistä esimerkiksi miten potilaan tulee toimia. Sisällöltään kirjalliset ohjeet voivat olla hyvin erilaisia. Mutta jokaisen kirjallisen ohjeen pitää vastata kysymyksiin: mitä? miksi? miten? milloin? ja missä? Sen lisäksi ohjeessa pitää huomioida se, että potilas on kokonainen yksilö. Se tarkoittaa sitä, että fyysisen sairauden lisäksi on vielä psyykinen olo. Sen takia ohjeessa tulisi olla myös se, miten sairaus ja/tai sen hoito voi vaikuttaa potilaan mielialaan, sosiaalisiin suhteisiin ja työkykyyn. (Kynäs ym. 2007, 126.)

Potilasta voivat auttaa ohjeissa olevat perustelut ja selitykset, miksi tietyt menettelytavat ovat suositeltavia ja toiset eivät ole. Vaikka perustelujen kirjoittaminen on paljon vaativampaa ja työläämpää kuin käskyjen luettelon kirjoittaminen, se on silti suositeltavaa. Tällaiset ohjeet antavat potilaalle mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. Vaikka potilasohje on selvä ja ymmärrettävä, se ei automaattisesti tee siitä toimivaa. Ohjeeseen kuuluvat myös merkitysten ja yhteisyyden rakentumisen ulottuvuudet. (Torkkola ym. 2002, 38, 14.)

Potilasohjeet eivät ole vain ainoastaan tietojen siirtoa sairaalalta tai terveyskeskukselta asiakkaalle. Tärkeää on se, mitä sanotaan, ja sen lisäksi se, miten sanotaan. Kaikki tekstit ovat merkityksiä täynnä. Toisaalta tekstin luoja ei voi ladata tekstiin kaikkea, mitä hän haluaa. Tekstin merkitykset rakentuvat lukijan ja tekstin kohdatessa. Ohjeen tekijä tuottaa tekstiin halutun merkityksen. Merkitykset eivät kuitenkaan ole tekstissä valmiina, vaan ne syntyvät vasta potilaan lukiessa tekstiä. (Torkkola ym. 2002, 16–17.)

”Ohjeen tulkintaa ohjaavat paitsi lukijoiden yksilölliset tulkintakoodit myös konteksti ja kulttuuri. Kontekstilla tarkoitetaan ensinnäkin tekstin lajityyppiä.” Lajityypillä muun muassa tarkoitetaan lukijan odotuksia tekstiin suhteen. Potilasohjeelta odotetaan selkeästi kirjoitettuja, asiallisia ja tarpeellisia neuvoja. Kontekstilla tarkoitetaan tekstin lukutilannetta. Lukutilanteeseen voivat vaikuttaa lukemisen aika ja paikka, potilaan fyysinen ja psyykinen kunto jne. Sairaalassa luetaan ohjeita eri tavalla kuin kodin rauhassa. Kotiin lähtiessä potilaalle on selvää, mutta kotona syntyy kysymyksiä, joita sairaalassa ei edes tullut ajatelleeksi. Ihanteellista olisi, jos potilaalla olisi mahdollisuus saada vastauksia näihin kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002, 18–19.)

Kulttuuri on laaja tulkintaan vaikuttava taustatekijä. Yhteinen kulttuuri on välttämätön ainakin asian ymmärtämiseksi. Siis tekstin tekijän ja lukijan pitää puhua samaa kieltä. Kulttuuri voidaan ymmärtää myös edellisistä suppeammin, esimerkiksi terveystu-
tuuriksi. Terveystu-
tuurilla tarkoitetaan niitä käsityksiä ja odotuksia, joita ihmisellä on muun muassa terveydestä, sairaudesta ja potilaana olemisesta. (Torkkola ym. 2002, 19.)

Hyvä ohje alkaa otsikolla, josta saadaan selville tekstin aihe. Mutta hyvä, mielenkiin-
non herättävä alku ei kuitenkaan automaattisesti johda koko tekstin lukemiseen. Tekstissä pitää olla selkeä kappalejako. Jokaisessa kappaleessa pitäisi olla vain yksi asia-
kokonaisuus. Jo yhden silmäyksen jälkeen ihmisillä pitää olla jonkinlainen käsitys
tekstistä ja sen aiheesta. Tämä helpottaa ohjeen ymmärrettävyyttä. Ohjeen lopussa pi-
tää olla tekijän yhteystiedot ja viittaukset lisätietoihin. Hyvä ohje kertoo, mihin potilas
voi ottaa yhteyttä, jos hän ei ole ymmärtänyt annettua ohjetta tai hänellä on muuta ky-
syttävää. Yhteystiedot on hyvä erotella omaksi osakseen väliotsikolla. Tällä tavalla
potilaalla on mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteyttä ja tiedustella epäselviä asioita.
(Kynäs ym. 2007, 127; Torkkola ym. 2002, 39, 43–44.)

Ohjeen kielelläkin on suuri merkitys. Sen pitää olla selkeää. Termien ja sanojen pitää
olla yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. Sanojen ja lauseiden tulisi myös olla lyhyi-
tä. Jos tekstissä on käytetty lääketieteellisiä termejä, niiden merkitys pitää selittää. Sen
lisäksi passiivista parempi on käyttää aktiivimuotoa. Tekstin lisäksi kuvat voivat vaikut-
taa lukijaan. Selkeät, tekstiä täydentävät kuvat sekä herättävät mielenkiintoa että aut-
tavat ymmärtämään tietoja. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa on selkeä, luettava kirjasin-
tyyppi, kirjaimet ovat riittävästi isoja (kirjasinkoko minimissä 12) ja teksti on selkeästi

ja loogisesti jaoteltu ja aseteltu. Kirjallisen ohjeen sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvioden ja taulukoiden avulla. Niiden pitää olla tarkkoja, objektiivisia ja mielenkiintoisia. Tärkeitä asioita voidaan korostaa mm. alleviivauksella, kursivoinnilla ja lihavoinnilla. Sen lisäksi voidaan käyttää värityksiä, jotka kiinnittävät huomiota. Valmiit kirjalliset ohjeet ovat yleisluonteisia. Parhainkaan kirjallinen ohje ei voi sisältää vastauksia jokaiseen potilaan kysymykseen. Siksi ohjeita pitää käyttää potilaan tarpeiden mukaan. Potilaat haluavat käytännönläheisiä ja tilannekohtaisia ohjeita, joiden avulla he selviävät kotihoidossa. (Kyngäs ym. 2007, 127; Torkkola ym. 2002, 32, 40.)

6 KOTIHOITON-OHJEIDEN PERUSTEET

Diabeteksen hyvästä tasapainosta huolehtiminen on tärkeä retinopatian ja sitä aiheuttavan näkövammaisuuden ehkäisyssä. Merkittävin asia retinopatian ehkäisyssä sekä hoidossa on hyvä sokeritasapaino. Toisin sanoen, suurin retinopatian aiheuttaja on pitkään liian korkealla ollut verensokeritaso (hyperglykemia). Verensokerin tasapainoon vaikuttavat monet eri tekijät, kuten ruokavalio, liikunta ja painonhallinta. Lisäksi tupakattomuus, alkoholin käytön välttäminen, päivärytmi, veren huonot rasva-arvot, lääke- ja insuliinihoitoa vaikuttavat veren sokeritasapainoon. (Rönnemaa & Summanen 2006, 395 – 397.)

Verenpainetason tulisi pysyä normaalina. Diabeteksen Käypä hoito suosituksen mukaan diabetekseen sairastuneiden verenpaineen tavoitearvo pitäisi olla 130/80 mmHg (elohopeamillimetriä). Tärkeä diabeettisen retinopatian hoidossa on hyvä perushoito sekä korkean verenpaineen hoito. (Diabeettinen retinopatia 11/2006, 1392.)

Pitää säännöllisesti käydä seulonnassa eli silmätutkimuksessa, koska ainoa keino huomata vielä hoidettavissa olevat näköä uhkaavat silmäpohjanmuutokset on säännöllinen ja huolellinen seulonta ja seuranta. Diabeettisessa retinopatiassa silmäpohjan muutokset ovat oireettomia hyvin pitkään. Diabetesta sairastavat huomaavat muutokset silmäpohjassa vasta silloin, kun näön tarkkuus on heikentynyt pysyvästi. (Diabeettinen retinopatia 11/2006, 1392).

Heti laserhoidon jälkeen autolla ei voi ajaa, koska laajennustippa huonontaa etäisyyksien arviointia. Lisäksi näkökenttään voi ilmestyä sokeita kohtia ja hämäränäkö voi heikentyä. Laserhoidon jälkeen saattaa joillakin esiintyä lievää päänsärkyä. Päänsär-

kyyn voi käyttää ilman reseptiä saatavia kipulääkkeitä. Suositellaan silmää kostuttavien tippojen käyttöä. (Olkkonen 2004, 6; Aho, Summanen & Komulainen 2006.)

Diabetesliittoon mukaan henkilölle, jolla on jo retinopatia kannattaa välttää kirkasta valoa, jota tavallisesti saa rannoilla ja lumisilla vuorilla. Suositellaan aurinkolasien käyttöä. Vaikeissa silmäpohjanmuutoksissa pitää välttää tiettyjä urheilulajeja, kuten nyrkkeilyä ja raskaiden painojen nostoa. (Diabeettiset silmänpohjamuutokset ja hoidonohjaus 2002.)

Selitettään potilaalle milloin välittömästi on otettava yhteyttä silmätautiyksikköön laserhoidon jälkeen. Jos potilas kokee nokisade, varjo näkökentällä tai kova särky, silloin syytä ottaa yhteyttä silmäyksikköön. Samalla selitetään potilaalle, mikä on normaali tunne silmissä, esimerkiksi silmässä saattaa olla pientä värinää ja vääristymiä, sokeita kohtia näkökentässä jopa päivien ajan, näkökenttä voi myös kaventua ja hämäränäkö heiketä. (Olkkonen 2004, 6).

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia toimiva, selkeä kirjalliset kotihoito-ohjeet diabetisen retinopatiaan sairastuneille, jotka tulevat laserhoitoon Kymenlaaksoon keskus-sairaalan silmätautiyksikön. Kotihoito-ohjeiden tarkoituksena on antaa tietoa asiakkaille ja tukea heitä selviytymään toimenpiteen jälkeen kotona, lisäksi on tarkoitus motivoida diabeettiseen retinopatiaan sairastuneita hyvään yleissairauden hoitoon. Kirjalliset kotihoito-ohjeet voivat hyödyntää diabetisen retinopatian sairastuneita ohjauksessa, ja ne voivat olla tueksi ja avuksi sairaanhoitajille suullisen hoito-ohjeiden antamisesta.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että diabetespotilaat saavat tietoa silmäpohjan laserhoidosta kirjallisten kotihoito-ohjeiden avulla. Tämä auttaa asiakkaita ymmärtämään laserhoidon tarkoitusta, auttaa vähentämään heidän pelkoa ja tekemään hoitoa koskevia päätöksiä.

8 PROJEKTIN ETENEMINEN JA TOTEUTUS

Projektintyöntekijät ovat sairaanhoitajaopiskelijat Karhula Marina ja Mykkänen Larissa. Kohderyhmänä ovat laserhoitoon tulevat aikuisdiabetespotilaat, joilla on todettu

silmäpohjamuutoksia. Sidosryhmänä ovat Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön sairaanhoitajat, sekä ohjaavat opettajat.

Projektin aihe löydettiin Kymenlaakson sairaanhoitopiirin nettisivustolta. Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksiköllä oli selvä tarve kehittää kirjalliset kotihoito-ohjeet laserhoitoon tuleville potilaille. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta. Työ jaettiin seuraavalla tavalla: toinen tutki ja kirjoitti teoriaosan ja toinen kuvasi laserhoidon toteuttamisen, kehitti kotihoito-ohjeet ja piti yhteyttä projektin tilaajan kanssa.

Projektin olemme toteuttaneet suunnitellun aikataulun mukaan. Sen toteuttaminen aloitettiin tammikuussa 2009. Helmikuussa 2009 pohdimme aiheita ja kävimme tutustumassa Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikköön. Samoin helmikuussa oli projektin sisällön suunniteltu. Suunnittelu alkoi tietojen keräämisellä ja kohderyhmän selvittämisellä. Maalis-huhtikuussa oli projektin väliarviointi. Toukokuun 18 päivänä saimme luvan opinnäytetyön tekemiseen Kymenlaaksoon keskussairaalan silmätautiyksiköstä. Kesällä kirjoitimme teoriaosan ja pidimme useita suunnittelupalavereita. Työn etenemisestä olimme raportoineet tilaajalle Kymenlaaksoon keskussairaalan silmätautiyksikköön, sieltä samalla meitä ohjattiin ja annettiin palautetta sähköpostitse.

9 ARVIOINTI JA POHDINTA

Projektin tuote arvioidaan asiantuntija-arvioiden avulla. Asiantuntijoita ovat Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön henkilökunnan jäsenet. Heidän arviointia pidämme luotettavana, koska heillä on käytännön kokemuksia. Ensimmäisen palaute työstämme olemme saaneet elokuun alussa, siinä silmätautiyksikön sairaanhoitajat totesivat, että teksti on hyvä muutamia kielellisiä virheitä lukuun ottamatta. Muutimme sekä teoriaosassa että kotihoito-ohjeessa sisältöä ja laajensimme sitä samalla. Syyskuussa saimme toisen väliarvioinnin, jossa meiltä pyydeltiin kertomaan enemmän diabeteksen aiheuttamista muutoksista silmänpohjaan, jotta potilaat ymmärtävät hoidon tarpeellisuuden. Koska tätä kotihoito-ohjeetta on tarkoitus käyttää myös potilaan valmistamiseen, se lähetetään heille kotiin jo kutsun yhteydessä. Myös itse kotihoito-ohjeessa oli korjattavia kohteita. Piti poistaa lauseita aurinkolasien käytöstä, ja ummetusten ja tietyn urheilunlajin välttämistä, koska ne olivat tarpeettomia. Korjasimme ja kehitimme taas työtämme.

Lokakuussa saimme heiltä projektistamme palautetta. Heidän mielestä työmme vaikutti oikein hyvältä, mutta lähteeksi emme voi laittaa heidän nimiään. Marraskuun alussa olemme saaneet ohjaavan opettajilta palaute työstämme, minkä seurauksena teimme muutoksia. Marraskuun 25. päivänä saimme Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksiköstä väliarvioinnin, jossa henkilökunta kertoi omista mielipiteistä. Heidän mukaansa teoria osa on hyvä, ohjeessa hyvä yleinen osio, koska siitä potilas saa hyvää perustietoa. Samalla he antoivat korjauksia kotihoito-ohjeeseen. He toivat, että muutamme otsikon nimen seuraavaksi: ”Diabeettisten silmänpohjamuutosten laserhoito”. Kappaleista ”yleistä” ja ”jälkihoidossa” poistetaan muutama lauseet. Ja kappaleesta ”Kipu” muutamme yhden lauseen. Samalla toivoivat, että kiinnettämme huomiota oikeinkirjoitukseen.

Joulukuussa saimme loppuarvioinnin Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön henkilökunnalta:

”Ohje vastasi hyvin meidän asettamia tavoitteita kotihoito ohjeelle.

Ohjeesta on varmasti paljon hyötyä diebeetikoille. Siinä tulee hyvin ja selkeästi esille minkälaisesta sairaudesta on kysymys ja kuinka se vaikuttaa silmiin.

Ohjeessa korostettiin hyvin myös sokeritasapainon tärkeyttä, joka varmasti motivoi potilasta diabeteksen hoitoon.

Ohje antaa potilaalle myös hyvin kuvan tulevasta toimenpiteestä sekä jälkihoidosta. Siinä oli otettu myös hyvin huomioon yleisimmät ongelmatilanteet kuten autolla ajo, koska usein potilaat tulevat omilla autoilla eikä pois mennessä ole varauduttu saattajaan.

Tulemme varmasti hyödyntämään tekemäänne ohjetta.

Olisimme tyytyväisiä, jos tulisitte joku kerta esittämään työnne meidän yksikköön.”

Mielestämme myös kotihoito-ohjeiden laatiminen onnistui hyvin. Olemme koonnettu sinne tärkeät asiat, jotka liittyvät diabetekseen retinopatiaan ja sen laserhoitoon. Kotihoito-ohjeiden alku painottuu enemmän sokeritasapainon ja seulonnan merkitykseen diabeteksen retinopatian hoidossa. Mielestämme kotihoito-ohjeiden sisällöstä tekstistä tuli helppolukuista, ymmärrettävää ja siitä tuli vaatimuksen mukaan sopivan kokoinen eli yhden sivun mittainen.

Päätarkoituksena oli kehittää kotihoito-ohjeet laserhoitoon tuleville, minkä vuoksi olemme opinnäytetyössämme kuvanneet diabeettinen retinopatian, sen ennaltaehkäisyn, sen luokituksen, riskitekijät, jo puhjenneen taudin hoidon, hoidon tavoitteet ja itse laserhoidon, jossa kuvaamme, mitä tapahtuu laserhoidon aikana. Toimenpiteen jälkeiset tapahtumat, uudet mahdolliset komplikaatiot, kipulääkityksen, jälkihoitoja yhteystiedot ovat oleellisia. Samalla käsitelimme sairaanhoitajan osuutta laserhoidossa, ohjauksen merkitystä hoitotyössä sekä sitä, millainen on hyvä kirjallinen ohje.

Projektimme pääaiheeksi otimme diabeteksen aiheuttaman lisäsairauden retinopatian, mikä voi aiheuttaa näkövammaisuutta. Lisäksi käsitelimme sen ehkäisyä ja hoitoa. Pääaiheen perustella olemme kehittäneet kotihoito-ohjeet laserhoitoon tuleville asiakkaille. Käsittelemämme diabetisen retinopatian hoidon tavoitteena on asiakkaan oman aktiivisuuden tukeminen, mikä tarkoittaa hänen osallistumista omaan hoitoonsa sekä säännöllisin väliajoin tapahtuvaan seulontaan ja seurantaan. Tavoitteena on myös elinmuutosten ja lisäsairauksien ehkäiseminen. Kotihoito-ohjeiden tavoitteena oli saada diabeetista retinopatiaa sairastavia ajattelemaan hoidon suunnittelemista sekä motivoitumaan siitä ja innostumaan sen suunnittelemisesta ja pitämään huolta omasta terveydestään. Mielestämme oli tärkeää, että valitsimme tämän aiheen, koska se oli ajankohtainen sekä oli vähän tutkittu. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Sen tekeminen oli opettanut meidät projektityöhön. Olemme löytäneet toistamme vahvuuksia ja ymmärsimme toistemme tarpeellisuuden projektissa.

Erityisesti olemme pitäneet opinnäytetyön tekemisestä parityönä. Meillä oli useita eri näkökulmia asioihin sekä erilaisia mielipiteitä työn tekoprosessiin, joista keskustelun avulla olemme löytäneet yhteisiä näkemyksiä. Suunnittelupalavereissa, joita oli useita, opimme toisen ihmisen mielipiteen kunnioittamista sekä työn että vastuun jakamista. Siitä on hyötyä meille tulevaisuuden työssämme. Hoitotyössä vastuullisuus ja toisen ihmisen kunnioittaminen korostuvat jokapäiväisessä sairaanhoitajan ammatissa.

Tämä opinnäytetyön tekeminen kasvatti meitä ammatillisesti, olemme saaneet itsellemme paljon tietoa hoidon ohjauksesta sekä kirjallisen ohjeiden tekemisestä tulevaisuuden ammattiamme varten. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään toimenpiteitä odottavia potilaita, ja työhön kuuluu potilasohjausta. Sairaanhoitajan työhön kuuluu taito ohjata potilaita yhdenmukaisesti. Kirjalliset kotihoito-ohjeet on yksi potilasohjauksen

muoto, jonka avulla asiakkaiden tiedollisia ja henkisiä valmiuksia lisätään sekä toimenpiteen jälkeen selviytyminen ja sopeutuminen helpottuvat.

Tehdessämme työmme olemme syventäneet koulussa oppimaamme ja löytäneet monia lähteitä, joista olemme saaneet tarvitsemamme tietoa. Tutustuessamme paremmin teoriaosaan se on avautunut meille, ja se on osaltaan vahvistanut käsitystämme siitä, mitä laserhoito on. Työn tekemisessä olemme päässeet tutustumaan diabeettinen retinopatian hoitoketjuun, mikä on tuonut meille paljon uutta tietoa moniammatillisesta hoitotyöstä. Myös hoito-ohjeen työstäminen kehitti meidän kirjoitustaitoa. Koska suomen kieli on meille vieras kieli, oli vaikea muodostaa selkeitä lauseita.

9.1 Luotettavuus

Retinopatiasta ja sen hoitoa käsittelevää materiaalia löytyi riittävästi. Mutta oli vaikea löytää laseriin ja laserhoitoon liittyvää kirjallista materiaalia. Tämän vuoksi koimme työn alkuvaiheet hankalaksi. Laserhoidosta on vähän tietoa, ja sekin on pelkästään lääketieteellistä. Tiedot laserhoidosta löysimme erilaisista lehtien artikkeleista. Lisäksi tutkimme tilannetta ja yritimme löytää meidän aiheesta aiemmin tehdyt opinnäytetöitä, pro gradu -tutkimuksia. Tutkimme myös nettisivustot, mutta tietoa meidän aiheestamme löytyi melko vähän. Olemme yllättyneitä, että aiheesta ei ollut tehty aikaisempia tutkimuksia.

Opinnäytetyön tekemisessä olemme käyttäneet luotettavaa lähdemateriaalia. Hankimme kirjat, joita silmäyksikössä suositeltiin ja samoin hankimme enemmän syventävää ja laajentavaa teoriatietoa aiheestamme. Opinnäytetyön materiaalit keräsimme useista kirjastoista, kirjastotietokannoista, artikkeleista, joissa on aiheena diabetes ja sen komplikaatiot, silmätautiyksikön perehdytyskansiosta, silmätautiyksikön toimintakertomuksesta ja Internet-sivustojen viitetietokannoista sekä Diabetesliiton oppaista ja Diabetesliiton nettisivuilta. Kaikki käytetty lähteet olemme kirjoittaneet lähdeluetteloon. Sähköpostia pidämme luotettavana, koska saamme viestit Kymenlaaksoon keskussairaalan silmätautiyksiköstä. Meille on jäänyt paljon positiivisia kokemuksia työnteosta, joten uskomme, että olemme onnistuneet koko projektin toteutuksessa. Kymenlaaksoon keskussairaalan silmätautiyksikkö on ollut erittäin suureksi avuksi tarkistamalla kaikki kotihoito-ohjeet ja laserhoitoon tuleville liittyvät kohdat.

9.2 Jatkotutkimukset

Opinnäytetyön tekeminen on osoittanut, että on asioita, joita pitäisi kehittää. Olisi mielenkiintoista selvittää laserhoitoon tulevien potilaiden kokemukset saamasta ohjauksen laadusta ja se, ovatko meidän kotihoito-ohjeet mahdollisesti auttaneet heitä. Olisi hyvä myös tietää, millaiseksi henkilökunta kokee antamansa ohjauksen laadun. Lisäksi kotihoito-ohjeet olisi hyvä tehdä myös muilla kielillä, esimerkiksi englanniksi ja venäjäksi.

Kiitokset onnistuneesta opinnäytetyöstä kuuluu itse projektin tilaajalle Kymenlaaksoon keskussairaalan silmätautiyksikölle, erityisesti silmätautiyksikön sairaanhoitajille Piia Uusiheimalalle ja Piritta Martikaiselle. Osoitamme myös kiitoksemme meidän projektin ohjaaja-opettajillemme Kristiina Mettälälle ja Anja Roikoselle. Ilman heidän ohjausta tätä opinnäytetyötä ei olisi koskaan kirjoitettu. He ovat ohjanneet meidät syventämään tietojamme sairaanhoitajan näkökulmasta. Kiitämme heitä kaikkia.

LÄHTEET

- Aho, T., Summanen, P. & Komulainen, J. 2006. Diabeettinen retinopatia. Käypä hoidon potilasversiot. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00059. [Viitattu 5.8.2009].
- Anttila K., Kaila-Mattila T., Puska E-L., Vihunen R. & Virolainen S. 1999. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY.
- Diabeettinen retinopatia 2008. Saatavissa: <http://www.tohtori.fi/?page=5537537&id=4949616>. [Viitattu 5.8.2009].
- Diabeettinen retinopatia. 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Silmälääkäriyhdistyksen ja Diabetesliiton lääkärieneuvoston asettama työryhmä. Duodecim- aikakauskirja 11/2006, s. 1388–1400.
- Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2007. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkärieneuvoston asettama työryhmä. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50056#s22>. [Viitattu: 10.9.2009].
- Diabetes ja silmämöyhämuutokset 2004. 2. painos. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.
- Diabeettiset silmämöyhämuutokset ja hoidonohjaus. 2002. Diabetesliiton Internet-sivut. Päivitetty 18.5.2005. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=652. [Viitattu: 5.8.2009].
- Hautakangas, A., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, H., Eskola-Manneri, S., Välimäki, M. & Hupli, M. 1998. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijalla selkeä tehtäväalue. Sairaanhoitajalehti 9/1998, s. 29.
- Heino, T. 2004. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf>. [Viitattu 9.11.2009].

Heino, T. 2000. Potilaan ohjaus koko hoitajakson ajan. *Pinsetti-lehti* 4/2000, s. 8–9.

Heinonen, K., Heinonen, L., Huhtanen, J., Kallioniemi, V., Kokkonen, L. & Turku, R. 2005. *Tyypin 2 diabetes. Opas aikuistyyppin diabeetikoille*. Jyväskylä: Suomen Diabetesliitto ry.

Hietanen, K., Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. 1995. *Potilaan ja omaisten ohjaus. Teoksessa: Hoitotyö päivystyspoliklinikalla*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, s.123.

Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. *Silmähoidon käsikirja*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Himanen, O., Huhtanen, J., Poukka, P., Ruuskanen, E. & Turku, R. 2006. *Tyypin 1 diabetes. Opas nuoruustyyppin diabeetikoille*. Jyväskylä: Suomen Diabetesliitto ry.

Himanen, O. & Nikkanen, P. 2005. *Insuliinihoidon ohjaus tyypin 1 diabeteksessä*. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim, s. 371–372.

Hirvonen, E., 1992. *Potilasopetus hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma*. Tampereen yliopisto.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korhonen, L. 1995. *Ohjaaminen ja opettaminen*. Teoksessa: *Hoitotyön käsikirja*. 6., tarkistettu painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, s. 51.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M., & Pikkarainen, P. 2006. *Silmäpotilaan hoitotyö*. Teoksessa: *Sairauksien hoitaminen*. 2006. 1. painos. Helsinki: Tammi, s. 138- 139.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. *Hoitamisen taito*. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S., & Matikka, S-L. 1993. *Kehittyvä hoitotyö*. Toinen painos. Porvoo: WSOY.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2005. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Laatikainen, L. & Summanen, P. 2008. Diabeettinen retinopatia. Teoksessa: Kunnamo, I., Alenius, H., Hermanson, E., Jousimaa, J., Teikari, M. & Varonen, H. (toim.) Lääkäriin käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, s. 831.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laser - Argon 2007. Toimintaohje. Kymenlaakson keskussairaalan silmätautiyksikön perehdytyskansio.

Marttila, J. 2006. Miten kaiken uuden oppii hallitsemaan? Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.). Diabetes. 4-5 uudistettu painos. Helsinki: Duodecim ja Suomen Diabetesliitto, s. 32–33.

Marttila, M. & Piekkola, S. 1996. Kirjallinen materiaali potilasneuvonnan tukena. Teoksessa: Munnukka, T. & Kiikkala, I. (toim.) Teoriaa käytännössä. Helsinki: Kirjayhtymä, s. 64–66.

Mattila L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista: potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väistökirja. Tampereen yliopisto.

Nikunen, S. 1997. Miten pärjää hoitaja? Teoksessa: Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. STAKES raportteja 210. Jyväskylä: Gummerus.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja-lehti 10/2006, s. 3.

Olkkonen, E. 2004. Laserpotilaan neuvonta. Silmähoitaja-lehti 3/2004, s. 4–6.

Pajunpää, H. 1999. Diabeettisen retinopatian valokuvaseulonnan kustannukset ja hyödyt sekä näkövammaisten elämänlaatu ja kuolleisuus. Tutkimus. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514252470/isbn9514252470.pdf>. [Viitattu 12.8.2009].

Palokari, S. 2000. Valoisampi tulevaisuus näkyvissä. Diabetes – lehti 10/2000, s. 22–23.

- Pekkonen, L. 2008. Hoidonohjauksen erityiskysymyksiä. Teoksessa: Rintala, T.-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi, s.119.
- Pöntinen, P.J. 1988. Laser lääketieteellisenä hoitomuotona. 1. painos. Pietarsaari: Invarmex Oy.
- Rajala, R. 1995. Turvallisen fyysisen hoitoympäristön järjestäminen. Teoksessa: Tähtiö, R. (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Helsinki: WSOY, s. 128.
- Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2007. Retinopatian ehkäisy. Terveyskirjaston kotisivut. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01704&p_haku=retinopatia. [Viitattu 25.8.2009].
- Rönnemaa, T. & Summanen, P. 2006. Diabeteksen vaikutukset elimistössä. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Karpio A.E. & Rönnemaa T. (toim.) Diabetes. 4–5. painos. Helsinki: Duodecim ja Suomen Diabetesliitto, s. 388–397.
- Rönnemaa, T. 2003. Diabeteksen vaikutukset elimistössä. Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Karpio A.E. & Rönnemaa T. (toim.) Diabetes. 2–3. painos. Helsinki: Duodecim ja Suomen Diabetesliitto, s. 348–356.
- Saari, K. M. 2001. Yleistaudit ja silmä. Teoksessa: Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, s 361–370.
- Seppänen, M. 2008. Diabeteksen silmänsairaus (diabeettinen retinopatia). Lääkärikirja Duodecim. 4.3.2008. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=retinopatia. [Viitattu 25.3.2009].
- Summanen, P. 2006. Diabeettisen retinopatian Käypä hoito -suositus korostaa perustaudin hyvää hoitoa ja vastaa seulonnan ja hoidon tärkeisiin kysymyksiin. Diabetes ja lääkäri- lehti 6/2006, s. 12–19.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Uusiheimala, P. & Martikainen, P. Sairaanhoidajat. Haastattelu 19.2.2009. Kotka: Kymenlaakson keskussairaalan silmäyksikkö.

Vahteristo, S. 2004, Röntgenhoitajaopiskelijoiden potilaan ohjausvalmiudet. Teoksessa Hupli, M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turku: Turun yliopisto, s. 105–116.

Vauhkonen, I. 2005. Diabetekseen liittyvät liitännäissairaudet. Teoksessa: Vauhkonen, I. & Holmström, P. Sisätaudit. Helsinki: WSOY, s. 375–378.

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

DIABEETTISTEN SILMÄNPOHJAMUUTOSTEN LASERHOITO

- Yleistä** Vuosia kestänyt diabetes aiheuttaa silmänpohjanmuutoksia, joiden nimi on diabeettinen retinopatia. Muutokset johtuvat hiussuonten vaurioitumisesta. Liian korkea verensokeri vahingoittaa hiussuonten seinämiä. Jotta vaurioita voidaan ehkäistä, on tärkeä pitää verensokeritaso niin lähellä normaalia kuin mahdollista. Retinopatian alkuvaiheessa ensimmäiset muutokset ovat hiussuonten laajentumia, jotka eivät ole pysyviä. Tässä vaiheessa muutoksen kehittymistä voidaan estää hyvällä sokeritasapainolla. Lievät silmänpohjamuutokset ovat pitkään oireettomia, joten niitä ei voi huomata itse. Siksi on tärkeä tutkia ja seurata silmänpohjamuutoksia säännöllisesti silmänpohjakuvauksen avulla, näin voidaan ajoissa löytää retinopatiamuutoksia.
- Toimenpide** Silmäpohjien vaurioita hoidetaan laserilla eli valopolttohoidolla. Laserhoito estää silmäpohjanvaurioiden etenemistä ja ihmisen sokeutumista. Laserhoito tehdään silmätautien poliklinikoilla. Potilaan ei tarvitse jäädä sairaalaan yöksi.
- Esivalmistelut** Tarvittaessa ennen toimenpidettä hoitaja antaa särkylääkettä. Hoidettavaan silmään tiputetaan laajennustipat. Hoidon alussa silmän pinta puudutetaan tippapuudutuksella.
- Kipu** Yleensä hoito on kivuton, mutta joskus kuumuuden tunteesta saattaa aiheutua kipua. Toimenpide kestää noin puoli tuntia riippuen silmänpohjamuutosten laajuudesta. Jos muutokset ovat laajat, niin hoidot joudutaan jakamaan usealle eri käyntikerralle.
- Jälkihoito** Heti laserhoidon jälkeen autolla ei voi ajaa muutamaan tuntiin, koska laajennettu mustuainen huonontaa etäisyyksien arviointia ja hoidettu silmä voi olla häikäistynyt. Näön tarkkuus tulee hieman vaihtelemaan laserhoidon jälkeisenä päivänä. Siksi on syytä huolehtia saattajasta ja kotiinkuljetuksesta.
- Suihkussa ja saunassa voitte käydä normaalisti suojaamatta silmää.
- Jos hoidetun silmään ilmestyy nokisade tai varjo, ja/tai kova särky, niin silloin ottakaa välittömästi yhteys silmätautiyksikköön.
- Jälkitarkastus** Jälkitarkastuksesta sovitaan lääkärin kanssa erikseen.
- Sairausloma** Sairauslomaa toimenpiteen jälkeen ei yleensä tarvita.
- Yhteistiedot** Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä:
MA-TO klo 8.00- 9.30 ja 13.00- 14.00 sekä **PE** klo 13.00–14.00
 jono/ja ajanvaraus puh. 220 4530.
Arkisin klo 7.30- 15.30 **päivystys** puh. 220 4541
Muina aikoina: Oman paikkakunnan terveyskeskukseen

Lisätietoa aiheesta on saatavissa:

Mykkänen, L & Karhula, M. 2009. Kotihoito-ohjeet silmäpohjan laserhoitoon tuleville potilaille. Opinnäyte-työ. KyAMK, Kuusankoski.

Sekä Internet-sivut: <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00059>

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00826

KYMENLAAKSON SAIRAANHOITOPIIRI

HAKEMUS / LUPA
Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

1 (2)

(Hoto- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskelu- tai koulutukseen liittyvä tutkimus)

Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat KYMSHP:n salassa pidettäviin potilais/asiakasrekisteritietoihin.

Dno TUTKIMUS	Päätös § / 20
--------------	---------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot

Opinlaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kymenlaakson ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala Hoitotyön koulutusohjelma	Opinlaitoksen osoite Sairaalanukuja 6 45750 Sairaalamäki
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi KOTIHOITO-OHJEIDEN KEHITTÄMINEN SILMÄPOHJAN LASERHOITON TULEVILLE POTILAILLE.	
Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamispvm joulukuu 2008	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättämispvm joulukuu 2009
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Tarkoituksena on opinnäytetyönä laatia Silmätautiyksikön laserhoidon diabetespotilaille suunnattua kirjallista ohjausmateriaalia. Kirjallisesta ohjausmateriaalista olisi hyötyä potilaille ennen heidän tuloaan toimenpiteeseen. Ohje sisältää tietoa retinopatiasta ja laserhoidosta, jota Kymenlaakson Keskussairaalan Silmätautiyksikössä laserhoidossa suoritetaan.	

2. Hakija / hakijat

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Karhula Marina	Kuntalantie 9 A 5 45700 Kuusankoski	marina.karhula@ student.kyamk.fi	050 535 90 48
Mykkänen Larissa	Naavakaari 11 45700 Kuusankoski	larissa.mykkanen@ student.kyamk.fi	044 5031663

3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava

<input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> KYMSHP:n tulosyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi) kanssa (hankesopimus liitteenä?)
<input type="checkbox"/> Joku muu, mikä	

4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / raportti toimitetaan ylihoitajalle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous / koulutus	<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä

1/2009 alustava malli

KYMENLAAKSON SAIRAANHOITOPIIRI

HAKEMUS / LUPA

2 (2)

Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskelun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovi. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkioita.

5. Allekirjoitukset

Oppilaitos

Ohjajan allekirjoitus ja nimeselvitys

Kristina Ulltala
KRISTINA ULLTALA

Puhelin / sähköposti

044-7028833

KRISTINA.ULLTALA@KYMSP.FI

Tulosalueyksikkö

Yhteyshenkilön/työelämäohjajan allekirjoitus ja nimeselvitys

P. Mäkelä *Piiritta Markkainen*
P. Mäkelä Piiritta Markkainen

Puhelin / sähköposti 220 4530

piiritta.markkainen@kymshp.fi

Osastonhoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimeselvitys

Piia Vuorheimo *Piia Vuorheimo*
Piia Vuorheimo Piia Vuorheimo

Puhelin / sähköposti 220 4536

piia.vuorheimo@kymshp.fi

Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimeselvitys

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

Myönnetty lupa opinnäyte- ja tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti *Seuravesi**

Lupa edellyttää osittaisen toimikunnan käsittelyn

Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä

Hakemus hylätty

Perusteet / pyydettävät lisäselvitykset

* Kivestä yhdistys kuuluu ohjeeseen ja työelämäohjeeseen kanssapotilasohjeen nimisessä. Kriteerit oikeat ja kohdennettu sisältö sekä potilasohjeen muutokset

Aika ja paikka

Kolme 18.5.09

Allekirjoitus ja nimeselvitys, arvo / tehtävänimike

Lea Lehto-Salmonen vt. ylitarkastaja

Tulosyksikkö ja yhteystiedot

Lea Lehto-Salmonen

Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimeselvitys, arvo / tehtävänimike

Tulosyksikkö ja yhteystiedot

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksyty oppilaitoksessa)
 Hankkeistamissopimus
 Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
 Muut liitteet, mitkä:

7138/09

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

- yksikön osastoneitoille/esimiehille + työelämäohjeen Piiritta Markkainen
- koulutuskoordinaatorille