

Heta Laitinen, Susanna Tammi, Jeannet Åhlström

SILMÄNPOHJAN IKÄRAPPEUMA – AMD-POTILAAN OHJAUSMATERIAA- LIN KEHITTÄMINEN

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja (AMK)

Syyskuu 2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Heta Laitinen, Susanna Tammi, Jeannet Åhlström	Sairaanhoitaja	Syyskuu 2017
Opinnäytetyön nimi		
Silmänpohjan ikärappeuma – AMD-potilaan ohjausmateriaalin kehittäminen	51 sivua 27 liitesivua	
Toimeksiantaja		
Carea, Kymenlaakson Keskussairaala, Silmätautien yksikkö		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Engelhardt		
Tiivistelmä		
<p>Tämän työn tarkoituksena oli kehittää näyttöön perustuva opas potilaiden, omaisten sekä hoitohenkilökunnan käyttöön Carean Silmätautien yksikköön. Oppaan tavoitteena on auttaa silmänpohjan ikärappeumaa sairastavia potilaita ja heidän omaisiaan taudin tunnistamisessa ja hoitamisessa sekä kehittää ja yhtenäistää hoitohenkilökunnan antamaa potilasohjausta.</p>		
<p>Aihe valittiin, koska se on ajankohtainen ja Silmätautien yksikkö on havainnut, ettei potilailla ole riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Silmätautien yksikön hoitohenkilökunnalla ei ole ollut yhteistä kirjallista opasta käytössä potilaille annettavaksi.</p>		
<p>Opas sisältää tietoa silmänpohjan ikärappeuman kostean muodon tunnistamisesta, oireista, tutkimuksista, riskitekijöistä sekä ehkäisystä ja hoidosta. Oppaassa kerrotaan tarkemmin silmänsisäisestä injektiohoidosta ja sen toteuttamisesta Carean Silmätautien yksikössä.</p>		
<p>Kirjallisuus kerättiin Kaakkuri-Finnasta, Terveystietä, Pubmedistä, Medicistä, Melindasta ja Google Scholarista sekä manuaalisella haulla. Aikarajauksena käytettiin vuosia 2001–2017. Kehittämistyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Sisällönanalyysin avulla tiivistettiin teoriasta nousseet keskeisimmät asiat työhön. Luotettavuutta lisättiin käyttämällä yhteistyökumppania työn lukijana.</p>		
Asiasanat		
silmänpohjan ikärappeuma, terveyden edistäminen, opas, ohjaus		

Author (authors)	Degree	Time
Heta Laitinen, Susanna Tammi, Jeannet Åhlström	Bachelor of Health Care	September 2017
<p>Thesis Title</p> <p>Age-Related Macular Degeneration – Development of AMD-patient Guidance Material</p> <p>51 pages 27 pages of appendices</p>		
<p>Commissioned by</p> <p>Carea, Kymenlaakso Central Hospital, Ophthalmology Unit</p>		
<p>Supervisor</p> <p>Sari Engelhardt, Senior Lecturer</p>		
<p>Abstract</p> <p>This bachelor's thesis was a development task. The aim was to make an evidence-based guide to the use of patients, relatives and nursing staff for Carea, Ophthalmology Unit. The aim of this guide is to help patients with AMD and their relatives to identify and treat the disease, as well as improve nursing staff's patient guidance.</p> <p>This subject was chosen because it is topical and ophthalmology unit has noticed AMD-patients' lack of knowledge related to the disease and treatment. There has not been a common written guide for the patient to be given by the nursing staff.</p> <p>The guide contains information about wet AMD, its identification, symptoms, studies, risk factors, prevention and treatment. The guide provides more detailed information about intravitreal injection therapy and its implementation in the Carea Ophthalmology Unit.</p> <p>Literature was collected from Kaakkuri-Finna, Terveysportti, PubMed, Medic, Melinda, and Google Scholar and also with manual search. The time frame was used for years 2001–2017. A literature review was used to find information on development work. Content analysis summarizes the most important theories. Reliability was added by using a collaborator as a job reader.</p>		
<p>Keywords</p> <p>AMD, health promotion, guide, supervision</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	YHTEISTYÖTAHO JA KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET	7
3	TUTKIVA KEHITTÄMINEN.....	8
4	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	10
5	SISÄLLÖNANALYYSI.....	16
6	SILMÄN ANATOMIA.....	18
7	SILMÄNPOHJAN IKÄRAPPEUMA	19
7.1	Oireet ja toimintakyky	21
7.2	Riskitekijät ja ehkäisy	21
7.3	Hoito	22
7.4	Amslerin kartta	23
7.5	Silmänpohjan ikärappeuman kostea muoto.....	24
7.6	Silmänpohjan ikärappeuman kuiva muoto	26
7.7	Silmänpohjan ikärappeuman diagnostiikka	27
8	SILMÄNSISÄINEN INJEKTIOHOITO	28
8.1	Injektio pistoksen jälkeinen hoito.....	29
8.2	Injektiohoidon aiheuttama pelko.....	30
9	OHJAAMINEN POTILASTYÖSSÄ.....	31
9.1	Suunniteltu ohjaus	32
9.2	Vuorovaikutus	33
9.3	Kirjallinen ohjeistus	35
10	HOITON SITOUTUMINEN	38
10.1	Hoidon sitoutumisen arviointi	39
10.2	Lääkehoitoon sitoutuminen	40
11	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	40
12	OPPAAN LAADINTA	42
13	POHDINTA.....	43
13.1	Aikataulu ja työnkulku.....	43

13.2 Oppaan hyödynnettävyys työelämässä	44
13.3 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointi	45
13.4 Kehittämisehdotuksia	46
LÄHTEET	48

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Opas

Liite 3. PowerPoint-esitys

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa näyttöön perustuva opas silmänpohjan ikärappeumaa sairastaville potilaille, heidän omaisilleen sekä Carean, Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikön hoitohenkilökunnalle.

Silmänpohjan ikärappeumaa sairastaa yli 60-vuotiaista länsimaalaisesta väestöstä noin kymmenesosa. Yli 80-vuotiailla silmänpohjan ikärappeumaa esiintyy noin kolmasosalla väestöstä. Silmänpohjan ikärappeuma on ikääntyneiden yleisin näkökykyä heikentävä sairaus. Silmänpohjan ikärappeumaa on olemassa kahta muotoa, kuiva ja kostea muoto. Silmänpohjan ikärappeumaa sairastavista potilaista yli 80 prosentilla on kuiva muoto, johon ei ole olemassa hoitoa. (Terveysportti 2014.)

Kostean ikärappeuman hoidossa keskeisintä on sairauden aikainen diagnoosi ja hoito. Sairauden tietoisuuden lisääminen potilaiden ja omaisten keskuudessa on ensiarvoisen tärkeää, jotta sairaus voitaisiin tunnistaa nopeammin ja hoitoon pääsy nopeutuisi. (Terveysportti 2014.) Näkövammaliiton vastaava lääkäri Hannu Uusitalo muistuttaa ennaltaehkäisevän hoitotyön merkityksestä sairauden hoidossa, sillä jos ennaltaehkäisevä hoitotyö ei toimi, tulee näkövammaisten määrä lisääntymään merkittävästi tulevaisuudessa (Näkövammaliitto, 2015). Omaseurannan tärkeyttä ei tule myöskään unohtaa, sillä tehokkaalla omaseurannalla sairauden etenemistä pystytään ehkäisemään hakeutumalla ajoissa erikoissilmälääkärin vastaanotolle (Terveysportti 2014).

Silmänpohjan ikärappeuma on monille täysin tuntematon silmäsairaus. Carean Silmätautien yksikön hoitohenkilökunta on huomannut silmänpohjan ikärappeumaa sairastavien potilaiden keskuudessa tiedottomuutta sairauteen liittyen. Potilailla on havaittu olevan tiedonpuute itse sairaudesta, injektiohoitojen hyödyistä, niiden käyttötarkoituksesta, lääkeaineiden vaikutuksista sekä hoidon kulusta ja kestosta. Silmätautien yksikön hoitohenkilökunta toivoi meiltä kehittämistyönä opasta, jossa on tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Silmätautien yksikön hoitohenkilökunta toivoi myös pystyvänsä oppaan avulla kehittämään ja yhtenäistämään antamaansa potilasohjausta.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä silmänpohjan ikärappeuma on monille sitä sairastaville ja heidän omaisilleen täysin tuntematon. Oppaan avulla

lisäämme silmänpohjan ikärappeumaa sairastavien ja heidän omaistensa tietoisuutta sairaudesta. Samalla kehitämme kirjallista potilasohjausta. Oletamme oppaan parantavan potilasohjausta, sairauden ymmärtämistä ja sen hyväksymistä.

2 YHTEISTYÖTAHO JA KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on Kymenlaakson maakunnan alueella toimiva sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiiri järjestää kuntayhtymän asukkaille erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluita. Carean jäsenkuntia ovat Hamina, Kotka, Kouvola, Miehikkälä, Pyhtää ja Viro-lahti. Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikössä hoidetaan jokaisen jäsenkunnan potilaiden silmäsairaudet, joten konsernin kuormitus on suuri. (Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a.)

Silmätautien yksikön poliklinikka sijaitsee Kotkassa, Kymenlaakson keskussairaalassa toisessa kerroksessa. Ilmoittautuminen tapahtuu yksikön toimistossa, jossa vastataan esiin nousseisiin kysymyksiin. Toimistosta potilas ohjataan odotustiloihin. (Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a.)

Carean Silmätautien yksikössä on poliklinikka sekä leikkaussalit, joissa hoidetaan erikoissairaanhoitoa vaativat silmäsairaudet. Poliklinikalla on lääkärin ja hoitajien vastaanotot. Poliklinikkatoiminnan lisäksi Silmätautien yksikössä tehdään erilaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä. (Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a.)

Silmätautien yksikön yleisimpiä tutkimuksia ovat näkökenttätutkimukset, silmänpohjan valokuvaus, silmänpohjan verisuonten varjoainetutkimus sekä silmän verkkokalvon valokerroskuvaus. Yleisimpiä hoitotoimenpiteitä ovat ihomuutosten ja luomirakkuloiden poistot, virheasentojen korjaukset, kaihileikkaukset, silmänpainetta alentavat leikkaukset sekä silmänsisäiset injektiot. (Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a.)

Virka-ajan ulkopuolella silmäpäivystykset on keskitetty HUS silmätautien klinikalle. Päivystykseen lähetettävistä potilaista tulee aina konsultoida päivystä-

vää silmälääkärinä. (Carean, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa näyttöön perustuva opas silmänpohjan ikärappeumaa sairastaville potilaille, heidän omaisilleen sekä Carean, Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikölle hoitohenkilökunnan käyttöön. Seuraavana esittelemme tavoitteet kehittämistyölle sekä laati-
mamme omat oppimistavoitteet.

Tavoitteenamme on:

1. Parantaa potilaiden tietämystä silmänpohjan ikärappeumasta sairaute-
na ja sen hoitomuodoista
2. Kehittää ja yhtenäistää Silmätautien yksikön antamaa potilasohjausta
hoitotyöntekijöiden keskuudessa kirjallisen oppaan avulla

Laadimme omat oppimistavoitteet, joita ovat:

1. Oman tietämyksen syventäminen silmänpohjan ikärappeumasta
2. Oman tietämyksen syventäminen ohjaamisesta
3. Oman ammattitaidon syventäminen

3 TUTKIVA KEHITTÄMINEN

Tutkiva kehittäminen yhdistää sanalla "tutkiva" tutkimuksen, toiminnan sekä tavat ja asennoitumisen yksilön tai yhteisön tasolla. Sana "tutkiva" kiteyttää myös tieteellisen ajattelun. Sanalla "kehittäminen" tutkiva kehittäminen viittaa toimintaan, joka tavoittelee kehittymistä. Tutkivalla kehittämisellä tarkoitetaan toimintaa, jossa tiedon tavoittelulla ja tutkimustiedolla on keskeinen rooli toiminnan kehittämisessä. Tämä sisältää ajatuksen kehittämistoimintaa, kehittämiskohdetta, kehittämistapaa sekä kehittämistä tekeviä ihmisiä kohtaan. Kehittämiseen liittyy jossakin kehittämissä vaiheessa tutkimustoimintaa, jossa tutkimuksellinen asennoitumistapa on esillä koko työn ajan. (Heikkilä ym. 2008, 22–23, 25.)

Tutkivaa asennoitumista on mahdollista oppia. Se voi olla luontainen taipumus haluan ajatella kriittisesti ja tarkastella asioita. Kriittinen ajattelu voi kyseenalaistaa arvoja ja perusteita. Kriittinen ajattelu voi vaatia erottelu- ja arvostelukykyä, asioiden ymmärrystä sekä kannanottoa. (Heikkilä ym. 2008, 22.) Opin- näytetyömme tutkimuksellisuus sisältää tieteellisten tutkimusten ja näyttöön perustuvan tiedon etsimistä ja läpikäymistä.

Kananen (2015, 76) käyttää kirjassaan termiä ”kehittämistutkimus” ja korostaa, että kehittämistutkimus ei ole oma tutkimusotteensa. Kehittämistutkimuksen tavoitteena on aikaansaada muutosta ja se koostuu kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen yhdistelmästä tai pelkästään kvalitatiivisesta tutkimuksesta. Kananen (2015, 76) mukaan kehittämistyötä tehdään jatkuvasti. Kehittämistyö ei kuitenkaan ole kehittämistutkimusta. Kehittämistyö on toimintaa, jossa tutkimustulosten avulla pyritään luomaan uusia tai entistä toimintaa parempia palveluja sekä tuotantomenetelmiä ja -välineitä. Kehittämistyö on kehittämistoimintaa, jonka toiminnalla pyritään asioiden kehittymiseen. Kehitys ja kehittyminen voivat olla aktiivista toimintaa tai tapahtua itsestään. Kehittämistä voidaan tehdä myös ilman tutkimusta, mutta parhaiten ne toimivat yhdessä tutkimuksen tarjoamien perusteiden ansiosta. Näin ollen onnistumisen mahdollisuudet paranevat. (Heikkilä ym. 2008, 21.)

Tutkiva kehittäminen perustuu aiemmin tutkittuun tietoon, käytännön kokemuksiin, ammattilaisten kokemuksiin sekä heidän hiljaiseen tietoon. Tietolähteiden valinnassa on oleellista keskittyä siihen, mihin kysymyksiin tai ongelmiin halutaan saada vastauksia tai mitä työllä halutaan selvittää. Kehittämistyössä on tärkeää arvioida lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä ennen toiminnan aloittamista. Tietolähteet voivat ohjata kehittämistä ja tutkimusta tai jopa vinouttaa sitä. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Opinnäytetyössämme tutkimme silmänpohjan ikärappeuman syntyä, taudin muotoja sekä hoitoa. Työmme tiedonhaussa käytimme olemassa olevia tutkimuksia sekä muita luotettavia lähteitä ja tutkimuksia (ks liite 1).

Kehittämistyön käynnistämisen lähtökohtana terveydenhuollossa on yleisesti tarve ratkaista käytännön ongelma. Käytännön ongelman tarpeet voivat liittyä toiminnan sisällölliseen tai rakenteelliseen kehittämiseen. Kehittämistarpeet ja -ideat voivat saada alkunsa lukuisista eri organisaatioiden kehittämissuunni-

telmista tai käytännön työelämästä, mutta useimmiten kehittämisen käynnistäjänä toimivat asiakas- ja potilaspalautteet. (Heikkilä ym. 2008, 60.)

Tärkein kehittämisen onnistumiseen vaikuttava tekijä on suunnitteluvaihe. Hankkeen varsinainen suunnittelu alkaa, kun hankeideointi ja esisuunnittelu-vaihe on käyty läpi huolellisesti ja todettu hankkeen mahdollinen toteutuminen. Suunnitteluun panostamisella vältetään mahdollisilta ongelmatilanteilta. Hankkeen onnistuminen vaatii suunnitelman joustavuutta ja organisointia. Suunnittelmavaiheen tavallisin virhe on ajan väärinarviointi. Suunnittelussa arvioidaan etenemisen aikataulu ja resurssit sekä työskentelyn tehokkuus. Hyvässä hankesuunnitelmassa käy ilmi kehittämisen tavoitteet, kehittämisen tarkoitus, tarvittavat resurssit, hankkeeseen osallistujat sekä hankkeesta tiedottaminen hankkeen tilaajille. (Heikkilä ym. 2008, 68–69.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä tietoa valitusta aiheesta aikaisempien tutkimuksien avulla ja koota niistä yhtenäinen sekä kattava tiivistelmä. Kirjallisuuskatsauksessa valitaan tutkimukset valitun aiheen mukaan, jossa kootaan yhteen tutkimustuloksia, joita tutkija arvioi kriittisesti. (Salminen 2011, 6.)

Tämän tutkimustyylin avulla saadaan selville esimerkiksi, miten paljon tutkimustietoa on jo olemassa valitusta aiheesta ja millaista tutkimus on sisällöltään. Valitun aiheen haetut tutkimukset vastaavat omiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsaus jaetaan kolmeen perustyyppiin, joita ovat kuvaileva, systemaattinen ja meta-analyysi. Tässä opinnäytetyössä käytämme systemaattista kirjallisuuskatsausta, johon perehdymme tässä tarkemmin. (Johansson 2007, 3–4.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään löytämään mielenkiintoisia tutkimuksia valitusta aiheesta. Lisäksi pyritään poimimaan esiin tärkeimmät tutkimustulokset. Tutkija käy läpi monia eri tutkimuksia arvioiden ja tiivistäen niitä omaan kontekstiinsa. (Salminen 2011, 10.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimukset rajataan ja valikoidaan tarkasti. Tutkimuksen tekeminen etenee vaihe vaiheelta. Työ voidaan jakaa kolmeen osaan: katsauksen

suunnittelu, katsauksen tekeminen ja katsauksen raportointi. Jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjattu mahdollisten virheiden minimoimiseksi. (Johansson 2007, 4–5.)

Ensimmäisessä vaiheessa määritellään katsauksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma ohjaa kirjallisuuskatsauksen etenemistä ja siinä ilmenee tutkimuskysymykset. (Johansson 2007, 6.) Tutkimusongelman ratkaisemiseksi on mahdollista kääntää ongelma tutkimuskysymyksiksi. Näitä voi esiintyä yksi tai useampia. Opinnäytetyössä näihin kysymyksiin haetaan vastauksia. Tutkimuskysymyksiä vastaukset tulevat löytyä opinnäytetyöstä. (Kananen 2015.) Tutkimuskysymykset laaditaan mahdollisimman selkeiksi ja niitä voi olla yhdestä kolmeen. Kun tutkimuskysymykset on laadittu, valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Tähän liittyy hakutermin pohtiminen sekä tietokantojen valinta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teossa laadun takaamiseksi täytyisi olla vähintään kaksi tutkijaa, jotta valitut tutkimukset sekä niiden käsittely voidaan olettaa olevan pitävää. (Johansson 2007, 6.)

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Miten silmän sisäinen injektiohoito toteutetaan?
2. Miten silmänpohjan ikärappeuman kosteaa muotoa voidaan hoitaa?
3. Kuinka silmänpohjan ikärappeuman etenemistä tulisi ehkäistä?
4. Kuinka potilas otetaan huomioon ikärappeuman hoidossa?

Toisessa vaiheessa hankitaan ja valikoidaan tutkimukseen otettavat tutkimukset. Nämä analysoidaan tutkimuskysymysten sekä niiden laadukkuuden mukaan. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan ja tutkijat tekevät johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. (Johansson 2007, 6–7.)

Tiedonhaku

Olemme käyttäneet tässä opinnäytetyössä viittä eri digitaalista tietokantaa. Näiden lisäksi olemme etsineet manuaalisesti tietoa Hoitotieteen, Tutkivan Hoitotyön ja silmätautien alojen lehdistä. Valitsimme artikkelit, joiden otsikot liittyivät aiheeseemme. Selasimme artikkelien tiivistelmät ja karsimme pois ne artikkelit, jotka eivät sopineet aiheeseemme.

Näyttöön perustuvaa tietoa löytyy terveydenhuollon tietokannoista sekä vapaalla haulla Google Scholarista. Valitsimme ensimmäiseen tiedonhakuamme julkaisuvuodet 2007–2017. Päädyimme kuitenkin laajentamaan rajausta, jotta saisimme lisää tutkimuksia käyttöömme, sillä aiheesta on materiaalia niukasti. Täydentävässä haussa julkaisuvuodet rajoittuivat 2001–2017 aikavälille. Hyväksyimme kirjallisuuskatsaukseen kaikki kriteerit täyttävät tutkimukset sekä maksuttomat julkaisutyypit, jotka olivat suomen tai englannin kielellä.

Tutkimuksien ja kirjallisuuden sisäänottokriteereinä olivat:

- lähdejulkaisu vuonna 2001 tai sen jälkeen
- haetuilla hakusanoilla löytyvät tutkimukset ja kirjallisuus
- kyseessä tieteellinen lehti
- pro gradu- ja väitöstutkimukset
- ilmaiset julkaisut
- suomenkieliset tai englanninkieliset julkaisut

Tutkimuksien ja kirjallisuuden poissulkukriteereinä olivat:

- ennen vuotta 2001 julkaistu materiaali
- korkeakoulujen opinnäytetyöt ja ei tieteelliset artikkelit
- maksulliset julkaisut
- julkaisut muilla kuin suomen tai englannin kielellä

Laadimme tiedonhakutaulukon, josta ilmenee käyttämämme hakusanat ja tietokannat (taulukko 2). Taulukossa 1 on kerrottu tämän opinnäytetyön käytetyistä tietokannoista. Digitaaliset tietokannat sisältävät internetistä löytyneitä tutkimuksia ja luotettavia artikkeleita. Jokaisesta käytetystä tietokannasta on tehty lyhyt selostus.

Taulukko 1. Käytetyt digitaaliset tietokannat

PubMed	PubMed on internetissä vapaasti käy-
--------	--------------------------------------

	tettävä tietokanta. Sen on kehittänyt National Center for Biotechnology Information (NCBI).
Medic	Medic on kotimainen terveystieteiden viitetietokanta. Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko tuottaa tietokantaa.
Kaakkuri-Finna	Kaakkuri-Finna on Kymenlaakson ammattikorkeakoulun oma tietokanta. Sieltä on saatavilla Xamkin kirjastojen aineistojen sijainti- ja saatavuustiedot. Aineistoihin kuuluvat muun muassa kirjat, lehdet, asiasanastot, e-opinnäytteet sekä terveysalan Suomessa ilmestyneet julkaisut.
Melinda	Melinda on Suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo, joka sisältää kansalliskirjaston tietokantoihin sisältyviä aineistoja.
Google Scholar	Google Scholar on Googlen hakukone, jonka avulla voi hakea tietoja tieteellisistä ja akateemisista verkkotiedonlähteistä. Tietokanta sopeutuu hyvin vapaasti tehtäville hauille.
Terveysportti	Terveysportti on Duodecimin terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu sisältöpalvelu. Toiminta-ajatuksena on nopeuttaa ammattilaisten työtä tarjoamalla lääketieteellistä tietoa yhdestä paikasta etsittynä.

Taulukossa 2 on kerrottu aineiston hakuprosessista. Kokosimme taulukkoon käytetyt tietokannat, hakusanat ja sen, kuinka monta tutkimusta hyväksyimme kirjallisuuskatsaukseen. Hyväksytyt tutkimukset valittiin sisäänottokriteerien mukaisesti.

Taulukko 2. Tietokannoista haetun aineiston hakuprosessi

Tietokanta	Käytetty hakusana	Tutkimuksia yhteensä	Hyväksytyt tutkimukset
PubMed	amd fear	14	2
PubMed	wet amd	91	1
PubMed	amd early detection	24	1
PubMed	age denegeration macular	1	0
PubMed	amd treatment	5131	0
PubMed	age degeneration on macular	15674	0
PubMed	age related macular degeneration	26887	3
Medic	silmänpohjan ikärappeuma	86	7
Medic	yhteistyökykyinen AND potilas	20	1
Medic	silmänsisäinen injektio	177	1
Medic	silmänpohjan ikärappeuma AND kuiva muoto	2	0
Medic	silmänpohjan ikärappeuma AND pelko	0	0
Medic	hoito AND pelko	80	0
Medic	ohjaaminen hoitotyössä	50	0
Medic	ohjaaminen	28	0
Medic	hoitotyön ohjaus	4970	1
Medic	hoitoon sitoutuminen	100	1

Medic	lääkehoitoon sitoutuminen	15	0
Kaakkuri-Finna	silmänpohjan ikärappeuma	1	1
Kaakkuri-Finna	AMD	3	0
Kaakkuri-Finna	silmänpohjan ikärappeuma kuiva muoto	0	0
Kaakkuri-Finna	hoitotyön ohjaus	100	0
Kaakkuri-Finna	ohjaaminen potilastyössä	3	0
Kaakkuri-Finna	lääkehoitoon sitoutuminen	0	0
Kaakkuri-Finna	hoitoon sitoutuminen	10	0
Melinda	silmänpohjan ikärappeuma	22	1
Melinda	silmänpohjan ikärappeuman hoito	7	0
Melinda	amd	368	0
Melinda	amd wet	0	0
Melinda	ohjaaminen	10	0
Melinda	hoitotyö AND ohjaus	6	0
Melinda	hoitoon sitoutuminen	7	0
Google Scholar	silmänsisäinen injektio	19	0
Google Scholar	silmänpohjan ikärappeuma	214	0
Terveysportti	silmänpohjan ikärappeuma	54	1
Terveysportti	amd	37	0
Terveysportti	kosteaa muoto	10	1
Terveysportti	hoitoon sitoutuminen	111	2

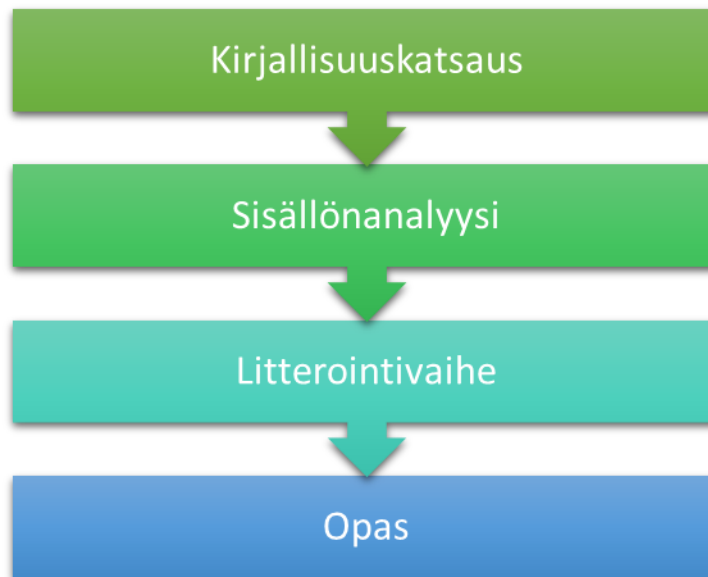
	nen		
Terveysportti	ohjaaminen	198	0
Terveysportti	hoitotyön ohjaus	21	0
Terveysportti	lääkehoitoon si- toutuminen	52	0
Yhteensä		54603	24

5 SISÄLLÖNANALYYSI

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla luodaan kompakti sanallinen aineisto. Sisällönanalyysillä etsitään tutkimuskohteesta oleellimmat ja merkittävimmät tiedot ilman, että kadotetaan sisällön informaatio. Kun kerätty aineisto on selkeämmässä muodossa, voidaan siitä muodostaa luotettavia johtopäätöksiä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan dokumentit voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumenteiksi luokitellaan esimerkiksi kirjat, artikkelit, haastattelut, puheet, raportit ja lähes mitkä tahansa kirjallisesa konseptissa olevat dokumentit. Sisällönanalyysi voi olla aineisto- tai teorialähtöistä ja se etenee vaiheittain. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–103.) Tuomi & Sarajärvi (2009, 92) toteavat, että Jyväskylän yliopiston filosofian laitoksen tutkijan Timo Laineen mukaan vaiheet etenevät seuraavasti:

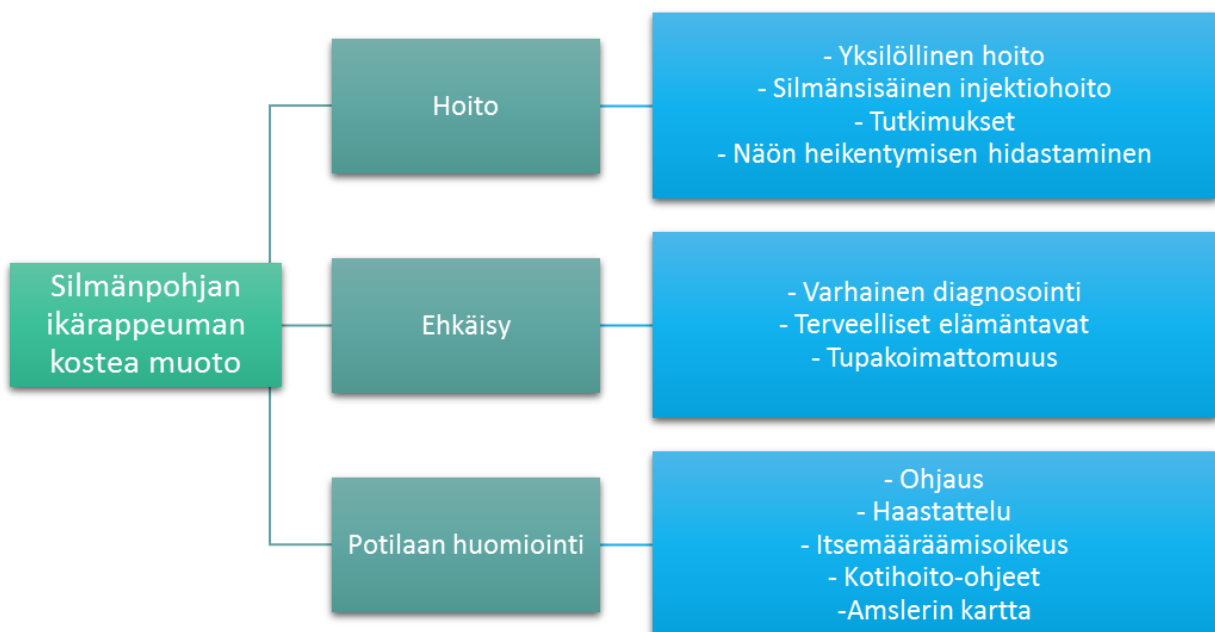
1. Päättää aineiston kiinnostuksen kohde
2. Aineiston läpikäyminen, erottelu, tiivistäminen -> kaikki muu jää pois ja kerätty aineisto jää erilleen (reduointi)
3. Aineiston luokittelu (kluserointi)
4. Yhteenveto

Opinnäytetyössämme sisällönanalyysi on ollut apuna teorian tietojen ja tutkimusten tiivistämisessä. Näiden tiivistettyjen tietojen pohjalta saimme laadittua oppaalle selkeän pohjan. Alla olevassa kuvasarjassa on kerrottu tämän opinnäytetyön työvaiheet (kuva 1). Ensimmäisenä aloitimme kokoamalla kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksen jälkeen kokosimme sisällönanalyysin ja tiivistimme oppaaseen tulleet tekstit (ks liite 2).



Kuva 1. Opinnäytetyön eri vaiheet

Ennen kuin sisällönanalyysiä aloittaa tekemään, on määriteltävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause tai asiakokonaisuus. Tätä vaihetta ohjaa aineistonlaatu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Kuvassa 2 näkyy sisällönanalyysi tässä opinnäytetyössä.



Kuva 2. Sisällönanalyysi tässä opinnäytetyössä

Tässä opinnäytetyössä on aineistosta ensimmäiseksi eroteltu ja kirjattu ylös keskeisimmät asiat, jotka ovat tärkeitä aineiston kannalta. Pääotsikot sisältävät sisällön analysoinnissa keskeisimmät asiat, jotka nousivat esille aineiston

teoriapohjasta. Seuraavaksi aineistosta nousseet yksittäiset asiat ja sanat on kategorisoitu ja luokiteltu niille sopivan otsikon alle; samanlaiset ja erilaiset sanat omiinsa. Alaotsikot muodostivat oman kokonaisuutensa ja saivat oman pääotsikon. Alaotsikoita on yhdistelty pääotsikoiden alle saadakseen luotua aineistolle yhtenäistä kokonaisuutta.

6 SILMÄN ANATOMIA

Silmä on lääketieteen erikoisalojen kohteista poikkeuksellisen tarkasti rajautunut elin ja sen biologiset ominaisuudet ovat täysin toisistaan poikkeavia (Immonen 2007). Näköjärjestelmä koostuu kolmesta osasta; silmästä, näköhermoista ja aivoista. Valo muuttuu silmässä hermoimpulsseiksi, jotka kulkeutuvat näköhermoa pitkin aivoihin. (Kivelä 2001, 12.)

Silmämuna

Silmämunan (bulbus oculi) koko on noin 26 millimetriä ja se sijaitsee silmäkuopan (orbitan) etuosassa. Silmäkuopassa on rasvaa, joka tukee silmää pysymään paikallaan. Silmäkuopassa on silmää liikuttavat neljä eri lihasta: ylä-, sisä-, ala- ja ulkosuorat lihakset. (Hietanen 2005, 7; Kivelä 2001, 12.)

Silmämunan seinämä muodostuu kolmesta eri kerroksesta (Hietanen 2005, 7). Kovakalvo (sclera) muodostaa silmämunan uloimman kerroksen. Kovakalvon pintaa ympäröi episkleera, joka on verisuonista muodostuva kudosis. Keskimäinen kerros muodostuu suonikalvostosta (uvea), joka taas koostuu kolmesta eri osasta: värikalvosta (iris), sädekehästä (corpus cliare) ja suonikalvosta (chorioidea). Värikalvo säätelee mustuaisen kokoa, joka määrittää silmän tulevan valon määrää. Sädekehän epiteeli ravitsee silmän linssiä sekä sarveiskalvoa tuomalla silmään kammionestettä. Suonikalvo ravitsee verkkokalvon ulointa kerrosta. (Hietanen & Hiltunen 2005, 9.) Sisin, näkevä ja kammiovettä erittävä kerros muodostuu värikalvon ja sädekehän neuroepiteelistä ja verkkokalvosta eli retinasta (Kivelä 2001, 12).

Verkkokalvo ja verkkokalvon solut

Verkkokalvon (retina) tehtävänä on imeä valoa, tuhota aistinsolujen jätteitä sekä toimia esteenä verenkierron ja verkkokalvon välillä. Lisäksi sen tehtävä-

nä on muuttaa valo hermoimpulsseiksi ja välittää ne aivoihin tulkittavaksi. Tämän kaiken mahdollistaa verkkokalvon uloin kerros, joka on melaniinia sisältävä pigmenttiepiteeli. Tarkan kuvan muodostus tapahtuu silmän etupäässä makulassa, jossa on 7 miljoonaa tappisolua. Tämän alueen ulkopuolella sijaitsee 115 miljoonaa sauvasolua. Makula on verkkokalvon herkin alue. Tarkan kuvanmuodostuksen alueen keskellä on verkkokalvon keskuskuoppa (fovea centralis) ja sen keskellä on tappisoluja sisältävä tarkan näön piste: foveola (Hietanen 2005, 9; Watkinson 2014, 44.)

Verkkokalvo jaetaan kahteen osaan, neuraalikerrokseen ja pigmenttikerrokseen. Sisimpänä kerroksena on neuraalikerros, jossa ovat fotoreseptorit eli valoa aistivat hermosolut. Uloimpana kerroksena on pigmenttiepiteeli, jonka tehtävä on poistaa valoastinsolujen uusiutuessa muodostuvia kuona-aineita. Yleensä vanhetessa pigmenttiepiteelisolujen toiminta heikkenee, minkä seurauksena niihin alkaa kertyä lipofuskiinia. Tämä johtaa tarkan näkemisen alueen toiminnan heikkenemiseen ja siten silmänpohjan ikärappeuman syntyyn. (Kivelä 2001, 25–28.)

Verkkokalvon ravitsemiseen osallistuu myös suonikalvosto, joka sijaitsee pigmenttiepiteelin alla. Suonikalvossa on runsaasti verisuonia. Tämä muodostaa tasaisen alustan verkkokalvon valoastinsoluille. (Kivelä 2001, 24.)

Verkkokalvon solut muodostuvat kolmesta eri kerroksesta. Uloimmassa kerroksessa ovat sauva- ja tappisolut, jotka aistivat valoa ja värejä. Keskellä on bipolaarisolukerros, jossa bipolaariset välihermot välittävät aistinsolujen signaalit eteenpäin, joko suoraan tai muiden välihermosolujen kautta gangliosoluille. Välihermosoluja on myös muita, joita kutsutaan horisontaalisoluiksi ja amakriinisoluiksi. Nämä solut kokoavat ja välittävät bipolaarisuilta tulevia signaaleita edelleen eteenpäin gangliosoluille. Gangliosoluissa aksonit kulkevat näköhermoa pitkin aivoihin. (Salminen 2015.)

7 SILMÄNPOHJAN IKÄRAPPEUMA

Makuladegeneraatio eli silmänpohjan ikärappeuma on verkkokalvon keskeisen alueen (makulan) sairaus (Aho ym. 2014, 24). Silmänpohjan ikärappeuma on yleisin länsimaiden näkövammaisuutta aiheuttava ikäihmisten silmänsairaus

(Watkinson 2014, 46). Se on kivuton silmäsairaus ja esiintyy molemmissa silmissä (Kaarniranta 2009). On ennustettu, että tulevien vuosikymmenien aikana sairastavien määrä tulee moninkertaistumaan (Hämäläinen 2013). Tällä hetkellä silmänpohjan ikärappeuma on yleisin näkövammojen aiheuttaja Suomessa ja muissa korkean elintason maissa. Vuonna 2015 sen osuus kaikista diagnooseista oli 41.0 %. (Näkövammarekisteri 2015.)

Silmänpohjan ikärappeuman syntymekanismit ovat heikosti tunnettuja (Watkinson 2014 46). Tiettyjä muutoksia voidaan havaita kuten inflammaatiota, druseneiden ja lipofuskiinin muodostumista ja uudisverisuonien kasvua (Kaarniranta 2003, Rissanen 2013 mukaan). Kuitenkin tiedetään, että näön heikkeneminen ja näön menetys ovat seurausta verkkokalvon fotoreseptoreiden tuhoutumisesta. Valoistinsolujen vitaliteetin säilyttämisessä pigmenttiepiteelisoluilla (RPE) on tärkeitä tehtäviä. RPE-solujen kuolemalle ei ole vielä tarkkaa syytä, mutta nykykäsityksen mukaan silmänpohjan ikärappeuman taustalla on oksidatiivinen stressi, joka vahingoittaa RPE-soluja. (Cai ym. 2000, Hämäläisen 2012 mukaan.)

Silmänpohjan ikärappeuma on krooninen sairaus, joka etenee vuosien tai vuosikymmenten aikana. Potilaiden kohdalla vaikeusasteissa voi olla huomattaviakin eroja. Sairaus vaatii säännöllistä hoitoa sekä jatkuvaa seurantaa. Näkökyvyn säilymisen kannalta varhainen diagnoosi ja hoitojen nopea aloittaminen ovat erityisen tärkeitä. Näkökyvyn menettäminen vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin ja vaikeuttaa sairastuneen itsenäistä elämää. (Aho ym. 2014, 24; Kaarniranta 2009.)

Silmänpohjan ikärappeuma jaetaan kahteen muotoon, kuivaan (atrofinen) ja kosteaan (eksudatiivinen) (Rissanen 2013). Näistä kahdesta muodosta kostea ikärappeuma etenee nopeasti ja voi hoitamattomana johtaa näkövammaisuuteen. Kostean ikärappeuman hoidon ovat mullistaneet verisuonikasvutekijän estäjät, jotka ehkäisevät näkövammaisuutta. Nämä verisuonikasvutekijän estäjät annostellaan silmän lasiaiseen. Silmänpohjan ikärappeuman kostean muodon etenemistä pystytään nykyisin estämään tehokkaasti ajoissa aloitetulla hoidolla. Kyseisessä hoidossa silmän sisälle lasiaiseen injisoidaan verisuonikasvutekijöiden estäjiä (VEGF). (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2265.)

7.1 Oireet ja toimintakyky

Silmänpohjan ikärappeuman oireita ovat moninaiset lähi- ja kaukonäön häiriöt. Keskeiseen näkökenttään, makulan eli tarkan näön alueelle, voi ilmaantua tummia varjostumia, rajapinnat ja suorat viivat voivat vääristyä sekä värinäkö heikentyä. Silmien väsyminen ja lukemisen hankaloituminen ovat myös yleisiä oireita (Watkinson 2014, 44.) Keskeisen näön ulkopuolelle jäävä näköalue eli perifeerinen näkökenttä usein säilyy ja sairastuneille jää liikkumisnäkö (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2265).

Useasti silmänpohjan ikärappeuma sekoitetaan kaihiin, glaukoomaan tai muihin näköä heikentäviin silmäsairauksiin. Silmänpohjan ikärappeumapotilaan oirekuva voi olla nopea ja siihen tulisi suhtautua vakavasti. (Kaarniranta 2009.)

Verkkokalvolla voi olla normaaleja ikääntymismuutoksia ja kertymiä, kuten druseneja, ennen kuin silmänpohjan ikärappeuma pystytään toteamaan. Vasta taudin edetessä se voidaan todeta joko sattumalöydöksenä tai oireiden perusteella. (Rosenfeld ym. 2009, Paternon 2012 mukaan.)

Näön menetyksellä on suora yhteys fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Silmänpohjan ikärappeuma vaikuttaa elämänlaatuun ja voi aiheuttaa masennusta, ahdistusta ja onnettomuutta. Laadukkaaseen hoitoon kuuluu aktiivinen kuuntelu, positiivinen vastaanotto ja neuvontataidot. Osa potilaista kokee myös näköharhoja. Tätä oireyhtymää kutsutaan Charles Bonnet'n syndroomaksi. Hallusinaatiot voivat aiheuttaa suurta stressiä ja monet luulevat sairastuneensa johonkin mielensairauteen tai dementiaan. Tästä johtuen vain pieni osa syndroomasta kärsivistä kertoo oireistaan. Charles Bonnet'n syndroomaan ei ole tällä hetkellä parannuskeinoa, mutta hoitajalla voi olla keskeinen rooli ahdistuksen lievittämiseksi. (Watkinson 2014, 54.)

7.2 Riskitekijät ja ehkäisy

Silmänpohjan ikärappeuman suurin riskitekijä on ikääntyminen (Coleman 2008, Rissasen 2013 mukaan.) Muita riskitekijöitä ovat sydän- ja verisuonisairaudet, verenpaineauti, valtimonkovettumistauti, hyperkolesterolemia, perin-

nöllisyys, tupakointi, ylipaino sekä epäterveellinen ruokavalio ja kasvien, vihannesten sekä hedelmien vähäinen saanti (Aho ym. 2014, 24). Tupakoinnin tiedetään lisäävän RPE-solujen oksidatiivista stressitaakkaa ja näin edistään soluvaurion etenemistä (Clemons ym. 2005, Hämäläisen 2012 mukaan). Yksi altistavista tekijöistä on valkoinen ihonväri, sillä suuremmilla melaniinipitoisuuksilla on merkitystä silmänpohjan ikärappeuman kehittämisessä (Rissanen 2013).

Elämäntavoilla voi vaikuttaa riskiin sairastua silmänpohjan rappeumaan. Esimerkiksi tupakoitsijoilla on 3,6 kertaa suurempi riski sairastua. On myös todettu, että suun kautta nautittavat vitamiinit ja kupari vähentävät taudin riskiä edettä myöhäiseksi vaiheeksi. (Watkinson 2014, 49.)

7.3 Hoito

Silmänpohjan ikärappeumassa vain kosteaan muotoon löytyy hoitoja. Tautia ei voida parantaa, mutta näön heikkenemistä voidaan hidastaa. Kostean silmänpohjan ikärappeuman hoidot ovat oireenmukaisia. (Nowakin 2006, Rissanen 2013 mukaan.)

Silmänpohjan ikärappeuma on silmän takaosan sairaus ja siksi vaikeasti hoidettava fyysisten ja toiminnallisten esteiden vuoksi (Hämäläinen 2012). Farmaseuttisissa tutkimuksissa suurimpia haasteita ovat lääkeaineiden silmäimeytyminen. Perinteisillä silmävalmisteilla on alhainen hyötyosuus silmässä. Erilaiset anatomiset ja patofysiologiset esteet ovat syynä siihen, että silmä läpäisee huonosti vierasaineita. (Hämäläinen 2012.) Lääkeaineiden saaminen vaikutuspaikalleen, erityisesti silmän takaosaan on haasteellista (Caudana ym. 2008, Hämäläisen 2012 mukaan).

Intravitreaalisilla injektioilla vältetään systeemisiltä haittavaikutuksilta ja saavutetaan korkeat lääkeainepitoisuudet silmän takaosassa. Terapeuttisen lääkeainepitoisuuden ylläpitämiseksi injektioita joudutaan antamaan useasti, sillä lääkeainepitoisuuksien puoliintumisaika lasiaisessa on lyhyt. Useasti pistettynä intravitreaaliset injektiot aiheuttavat kipua ja haittavaikutuksien mahdollisuutta. (Jager ym. 2004, Hämäläisen 2012 mukaan.)

Silmänpohjan ikärappeuman hoitoon on olemassa kirurgisia hoitoja. Näitä ovat esimerkiksi fovean alaisten uudissuonten poisto, fovean alaisen verenvuodon poisto, verkkokalvon kiertäminen sekä pigmenttiepiteelisiirto. Tulokset uudisverisuonten poistossa eivät ole olleet hyviä. Vaikka osalla näkökyky parani leikkauksen johdosta, lähes yhtä monella näkökyky huononi. Leikkauksen jälkeiseen näkökyvyn huononemiseen johtaa leikkauksen jälkeinen sidekudosarven laajeneminen. Uudissuonia muodostui uudelleen leikkauksen jälkeen noin 25 % potilaista. (Hubschman ym. 2009, Rissasen 2013 mukaan.)

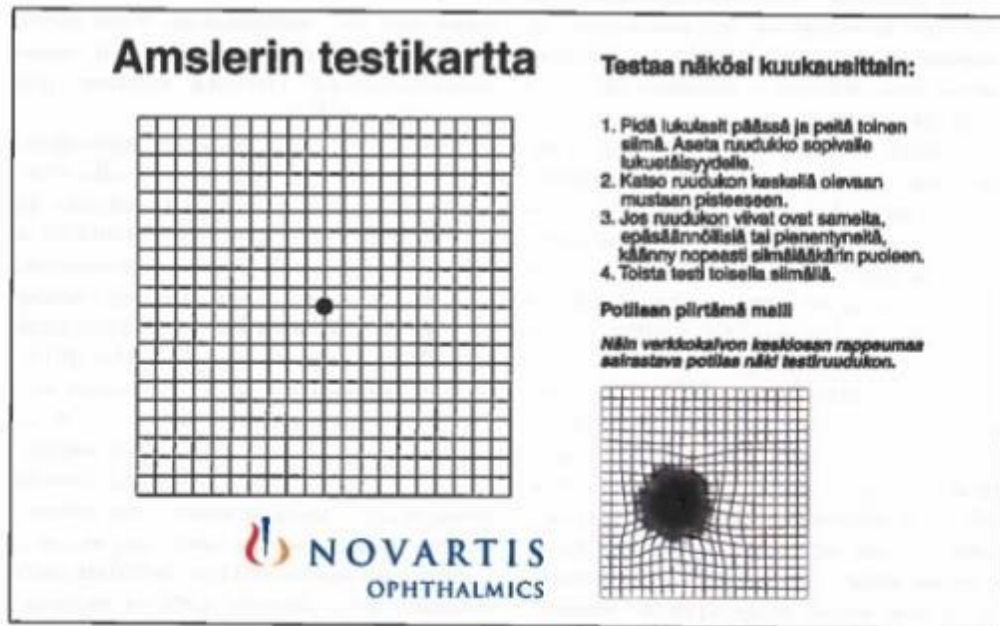
Potilailla, joilla on muihin hoitoihin reagoimatonta uudissuonimuodostumista, verkkokalvon kiertäminen 360 ° astetta retinotomialla voi olla hyödyllinen vaihtoehto. Pienillä kulmilla tehdyt verkkokalvon kiertämiset eivät ole olleet tehokkaita, sillä noin 50 % potilaista uudissuonet palasivat. (Hubschman ym. 2009, Rissasen 2013 mukaan.)

Yrjö Engeströmin (2013) mukaan kaikki hoitoon osallistuvat tahot, potilas mukaan lukien, tarvitsevat yhteisen ymmärryksen potilaan tilasta, tarpeista sekä hoidoista. Engeströmin (2013) mukaan potilaalla ja hoitohenkilökunnalla tulee olla samat käsitteet, joiden avulla sairautta ja hoitoa tulkitaan. Näin varmistetaan potilaan ymmärrys hoitoa kohtaan.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee potilaiden itsemääräämisoikeuden, jonka mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilailla on oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, eikä heitä tule hoitaa vastentahtoisesti.

7.4 Amslerin kartta

Amslerin kartta on silmänpohjan ikärappeuman hoidossa käytettävä seurantaväline. Sen käytön avulla voidaan diagnosoida, viittaavatko oireet silmänpohjan ikärappeumataudin syntyyn. (Schwartz & Loewestein 2015.) Kuvassa 3 näkyvän Amslerin kartan avulla potilas voi seurata keskeistä näkökykyään ja taudin etenemistä.



Kuva 3. Amslerin testikartta. Silmänpohjan ikärappeuma: fotodynaaminen hoito – opas (Klemola ym. 2001)

Kartassa on ruudukko, jonka keskellä on musta piste. Ruudukkoa katsotaan normaalilta, noin 30 senttimetrin lukuetaisyydeltä. Jos käytössä ovat lukulasit, tehdään testi niiden kanssa. Muutoin testi tehdään ilman silmälaseja. Testiä tehdessä toinen silmä peitetään kädellä ja kohdistetaan katse ruudukon keskellä olevaan mustaan pisteeseen. Sama testi tehdään toisella silmällä. Jos ruudukon viivat ovat pysty- tai vaakasuunnassa vääristyneet, epäsäännölliset, samentuneet ja pienentyneet tai siinä näkyy valkoisia tai mustia aukkoja, tulee hakeutua silmälääkəriin. (Aho ym. 2014; Hietanen ym. 2005, 90–91.)

7.5 Silmänpohjan ikärappeuman kostea muoto

Silmänpohjan ikärappeuman kostea muoto etenee ja heikentää keskeistä näköä kuivaa muotoa nopeammin. Kosteassa muodossa oireina ovat keskeisen näkökentän vääristyminen sekä näöntarkkuuden heikentyminen. Potilas näkee yleensä liikkua itsenäisesti, mutta tarkan näkemisen aluetta vaativat toiminnot, kuten lukeminen, vaikeutuvat huomattavasti. Sairaus voi esiintyä vain toisessa silmässä tai mahdollisesti molemmissa. (Aho ym. 2014, 25–27.)

Kostean muodon kehittyminen

Kostean ikärappeuman kehittymisen syytä ei tiedetä. Silmänpohjan ikärappeuma esiintyy alueella, jossa on pinta-alaan suhteutettuna elimistön voimakkain verenvirtaus. Verkkokalvon terävänäköalue eli makulan alue altistuu krooniselle hapetusstressille, joka ikääntyessä johtaa verkkokalvon hermosolujen vaurioon ja pigmenttiepiteelisolujen rappeutumiseen sekä näön heikkenemiseen. Sairaudessa ilmenee myös krooninen tulehdustila verkkokalvolla. (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2267.)

Verisuonikasvutekijöiden avulla säädellään uudissuonimuodostuksen aktiivisuutta. Ensimmäisenä löydettiin 1980-luvun alkupuolella VEGF-A. Tämän lisäksi löytyy ainakin kuusi muuta jäsentä, jotka ovat VEGF-B -C, -D, viraaliset homologit -E ja -F sekä istukkakasvutekijä (PlGF). VEGF-A:n vaikutukset välittyvät verisuonikasvutekijöiden estäjien VEGFR-1:n ja VEGFR-2:n kautta. Nämä kasvutekijät osallistuvat verisuonten kasvujen säätelyyn. VEGF-A:n on kuitenkin osoitettu olevan voimakkain hapenpuutteen säätelmä erilaistumista ja verisuonten kasvua ylläpitävä tekijä elimistössä. Reseptoreihin sitoutuneena VEGF-A lisää verisuonten permeabiliteettia sekä aiheuttaa migraatiota ja endoteelisolujen jakautumista. VEGF-A vaikuttaa patologiseen sekä normaaliin uudissuonimuodostukseen. Kostean ikärappeuman kehittymiseen voi johtaa VEGF-A:n erittyminen verkkokalvon pigmenttiepiteelisoluisissa. PlGF:ä on osoitettu olevan tuotosta hapenpuutteesta kärsivästä pigmenttiepiteelisolusta. (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2267.)

Kostean muodon hoito

Silmäklinikoilla on otettu käyttöön vuodesta 2006 lähtien kaksi vasta-ainepohjaista kasvutekijän estäjää kostean ikärappeuman hoidossa. Nämä ovat ranibitsumabi (Lucentis) ja bevasitsumabi (Avastin). Uusin kostean ikärappeuman hoitoon kehitetty tulokas on fuusioproteiini aflibersepti (Eylea). (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2267.) Vuonna 2013 NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) hyväksyi afliberseptin käytön. Se maksaa saman verran, kun kilpaileva ranibitsumabi, mutta se vaatii vähemmän pistoksia ja näin ollen tulee halvemmaksi pitkällä aikavälillä. (Watkinson 2014.)

Kostea muotoa sairastavien saamien injektoiden määrä ja pistosväli vaihtelevat yksilöllisesti. Kostea silmänpohjan ikärappeumaa sairastava potilas saa

keskimäärin 5-8 injektiota vuosittain. Käytetystä valmisteesta riippumatta, injektiohoito toteutetaan kerran kuussa, kolmen peräkkäisen kuukauden ajan. Tämän jakson jälkeen ranibitsumabia (Lucentista) ja bevasitsumabia (Avastinia) pyritään annostelevaan yksilön sairauden mukaan. Afliberseptin (Eylea) kohdalla suositellaan kolmen ensimmäisen kuukauden jälkeen antamaan injektiot kahden kuukauden välein yhteen vuoteen saakka. Sen jälkeen annostelu on yksilöllinen myös afliberseptillä. Silmänpohjan ikärappeumapotilaat tarvitsevat yksilöllisen, hoidontarpeen huomioon ottavan, pysyvän kontaktin silmätautien klinikalle. (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2267.)

Edullisen hinnan ja hyvien hoitokokemusten ansiosta, Suomessa ylivoimaisesti eniten käytetty lääkeaine kostean ikärappeuman hoidossa on bevasitsumabi (Avastin). Bevasitsumabin (Avastin) hinta on tänä päivänä alle 50 euroa/injektio, kun taas ranibitsumabin (Lucentis) ja afliberseptin (Eylea) hinta on noin 800 euroa/injektio. Koska injektioiden määrä lisääntyy noin 40 % vuodessa, käytetään silmänpohjan ikärappeuman kostean muodon hoidossa halvinta valmistetta sen tehon ja turvallisuuden dokumentoinnin perusteella. Herkkää makula-aluetta voidaan hoitaa nykyään hyvin tuloksin, johon ei aiemmin ollut vastaavaa mahdollisuutta. (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2267.) Pistoshoito tehoaa suurimmalla osalla hyvin. Yksilöllisiä eroja hoitovasteesta kuitenkin löytyy ja syyt näihin ovat osin tuntemattomia (Hautamäki 2017).

7.6 Silmänpohjan ikärappeuman kuiva muoto

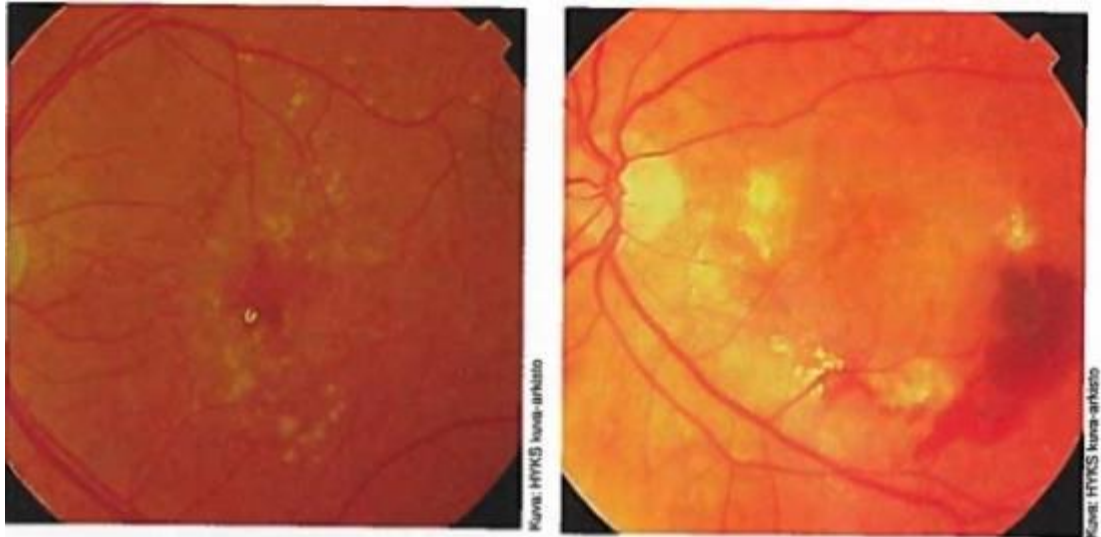
Silmänpohjan ikärappeuman kuiva muoto eli atrofisen muoto on hitaasti vuosien tai vuosikymmenten aikana etenevä, useimmiten molemmissa silmissä esiintyvä sairaus. Kuivaan muotoon ei ole parantavaa hoitoa. (Aho ym. 2014, 24.) Kuivan muodon kehittymisen alkuvaiheessa nähdään silmänpohjissa pigmenttiepiteelin jakautumisesta syntyviä kokkareita eli kuona-ainekertymiä, joita kutsutaan druseneiksi (Summanen & Seitsonen 2016). Druseneiden ei tiedetä aiheuttavan näköoireita muualla kuin makulan alueella (Rosenfeld ym. 2009, Paternon 2012 mukaan). Valoaistinsolujen rappeutuminen ja tuhoutuminen verkkokalvon keskiosassa johtaa kuivan muodon kehittymiseen (Klemola & Luostarinen 2001, 5.)

Kuiva muoto on kosteaa muotoa paljon yleisempi muoto. Silmänpohjan ikärappeumasta kuivaa muotoa sairastaa 80–90% sairastuneista. (Watkinson 2014, 47–49.) Varhaisella kuivan muodon toteamisella voidaan estää taudin etenemistä (Liu ym. 2015). Tiettyihin kuivan muodon rappeumamuutoksiin liittyy riski kehittyä kosteaksi muodoksi (Summanen & Seitsonen 2016). Näiden tapauksien hoidossa voidaan käyttää antioksidanti-hivenainelääkitystä, joka sisältää C- ja E-vitamiinia sekä beetakaroteenia ja sinkkiä. Tällä pyritään hidastamaan kuivan muodon etenemisnopeutta. (Hietanen ym. 2005, 88–89.) Sairauden edetessä näöntarkkuus heikkenee ja näkökentän keskiosassa viivat voivat näkyä vääristyneinä. Ääreisalueiden näkökenttä säilyy normaalina, vaikka keskeinen näkö heikkenee. (Aho ym. 2014, 24.)

7.7 Silmänpohjan ikärappeuman diagnostiikka

Olenneisinta diagnostiikassa on kuivan ja kostean muodon erottaminen toisistaan, sillä oirekuva on näissä muodoissa usein samanlainen. Kuivan ja kostean muodon erottelu ja diagnoosiluokittelu tehdään eri luokitusten perusteella. Näitä ovat potilaan anamneesi, näön tarkkuus, biomikroskooppitutkimus, fluoresseiväriainetutkimus (FAG) ja verkkokalvon valokerroskuvaus (OCT). Tarvittaessa diagnoosin selvittämisessä käytetään myös indosyaniinivihreäväriainetutkimusta (ICG). (Schwartz & Loewestein 2015.)

Silmälääkäri erottaa kuivan ja kostean silmänpohjan ikärappeuman muodot mikroskooppitutkimuksella. Varmistaakseen diagnoosin lääkäri tekee mikroskooppitutkimuksen lisäksi OCT-tutkimuksen, joka otetaan silmänpohjasta valokerroskuvauslaitteella. Tutkimus on helppo ja kivuton. Muotojen erottamiseksi voidaan tarvittaessa tehdä varjoainetutkimus. (Aho ym. 2014, 28.) Kuvassa 4 näkyy kuivan ja kostean muodon erot.



Kuva 4. Vasemmalla kuiva silmänpohjan ikärappeuma. Oikealla kostea silmänpohjan ikärappeuma. Silmähoidon käsikirja (Hietanen ym. 2005)

Diagnostisena kriteerinä silmänpohjan ikärappeuman kosteassa muodossa ovat suonikalvosta muodostuvat uudet verisuonet, jotka verkkokalvolle tunkeutuessaan vuotavat herkästi makulan alueelle ja aiheuttavat kudoksen turvotuksen sekä näön heikkenemisen. Kostea ikärappeumaa sairastavien potilaiden oirekuvan ilmaantumisen jälkeen tautia tulisi hoitaa silmätautien klinikalla kuukauden kuluessa (Kinnunen & Kaarniranta 2014, 2265–2267).

8 SILMÄNSISÄINEN INJEKTIOHOITO

Potilas tulee toimenpidepäivänä hoitajan vastaanotolle tulohaastatteluun. Tulohaastattelun aikana aloitetaan silmän valmistelu eli silmätippojen tiputtelu toimenpidettä varten. Tulohaastatteluun tullessa potilaan tulee muistaa kertoa hoitohenkilökunnalle mahdolliset allergiat, yliherkkyudet sekä silmätulehdukset tai lähiaikoina olleet sairaalajaksot. Ennen toimenpiteen alkua potilaan tulee myös kertoa hoitohenkilökunnalle, jos hän on allerginen tai yliherkkä jodille. (Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a.)

Autolla ajo tutkimuksen tai toimenpiteen jälkeen ei ole suotavaa, sillä ennen tutkimuksia ja toimenpiteitä silmiin tiputetaan silmätippoja, jotka heikentävät näkökykyä. Leikkauksien jälkeen suositellaan, että potilaalla olisi saattaja mukana. (Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä s.a)

Silmän pesu

Tulohaastattelun ja silmätippojen tiputtelun jälkeen potilas kutsutaan toimenpidesaliin, jossa hoitaja ottaa potilaan vastaan ja aloittaa silmän kirurgisen pesun. Silmän kirurginen pesu tehdään jodipitoisella pesuaineella tai vaihtoehtoisesti jodiallergiaa sairastaville tarkoitettulla pesuaineella. Pesu tapahtuu aseptisesti edeten ja sen tulisi olla kivutonta. Hoitaja aloittaa silmän pesun pesemällä pumpulipuikoilla silmän alueen ensin yläluomen ulkokulmasta edeten silmän sisäreunaan. Alaluomelle tehdään sama ja pesu toistetaan kaksi kertaa. Tämän jälkeen hoitaja pesee vielä kerran pumpulipuikolla silmän sisäkulman. (Helsinki Retina Research Group 2017.)

Alkupesun jälkeen hoitaja pesee silmän ihoalueen steriilillä taitoksilla aloittaen silmäluomien päältä edeten ylöspäin kulmakarvoihin ja otsan alueelle. Tämän jälkeen hoitaja jatkaa pesua silmäluomien päältä alaspäin kohti poskipäätä. Silmän ihoalueen pesun jälkeen hoitaja pesee nenän alueen aloittaen otsasta ja jatkaen kohti nenän reunaa. Lopuksi hoitaja pesee vielä kerran silmäluomen päältä steriilillä taitoksilla. Pesujen jälkeen hoitaja huuhtelee keittosuolaliuoksella NaCl 0,9% pesuaineen silmän pinnalta ja kuivaa ylimääräiset nesteet silmäripsien ja silmäluomen päältä pumpulipuikolla. (Helsinki Retina Research Group 2017.)

Alkuvalmistelujen jälkeen lääkäri suorittaa toimenpiteen steriilisti. Lääkäri peittelee toimenpidealueen steriilillä reikäliinalla ja asettaa silmäluomituen, jonka kautta injektio ohjataan silmän lasiaiseen. Itse injektio pistos kestää muutaman sekunnin. Toimenpiteen jälkeen potilas saa kotihoito-ohjeet ja luvan lähteä kotiin. (Helsinki Retina Research Group 2017.)

8.1 Injektio pistoksen jälkeinen hoito

Carean WWW-sivujen mukaan (s.a.) hoitajan tehtävänä on ohjeistaa potilaalle kotihoito-ohjeet pistoksen jälkeen. Lääke pistoksen jälkeen potilas pääsee kotiin ja hänen jatkohoitonsa määräytyy yksilöllisesti potilaan silmä sairauden pe-

rusteella. Pistoksen jälkeen lääkäri määrää potilaalle silmätippoja tulehduksen estämiseksi.

Pistoksen jälkeen silmä saattaa punoittaa ja siinä voi tuntua pientä roskan tunnetta sekä näkökentällä voi näkyä pieniä hiukkasia, jotka häviävät muutama päivän kuluessa (Satakunnan sairaanhoitopiirin potilasohje 2017).

Mikäli toimenpiteen jälkeen silmässä näkyy infektion merkkejä, kuten silmän voimakasta punoitusta, kipua, turvotusta, valonarkuutta tai näön sumenemista, tulee potilaan ottaa välittömästi yhteyttä toimenpideyksikköön (Satakunnan sairaanhoitopiirin potilasohje 2017).

Toimenpiteen jälkeen tulee välttää raskaita töitä ja ponnisteluja viikon ajan. Myös silmän hankaamista tulee välttää. Viikon ajan potilaan tulee välttää saunomista, uimista sekä kylpemistä. Pesuveden valumista suoraan toimenpide silmään ja silmän kastelua tulee myös välttää vuorokauden ajan. (Satakunnan sairaanhoitopiirin potilasohje 2017.)

8.2 Injektiohoidon aiheuttama pelko

Jessica Boyle kollegoineen on tutkinut Australiassa, Melbournessa, injektiohoitojen aiheuttamia psykososiaalisia vaikutuksia potilaisiin. Tutkimukseen osallistui 40 potilasta, 16 mieshenkilöä ja 24 naishenkilöä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoidon aiheuttama taakka, hoidon tyytyväisyys, hoitomotivaatio ja potilaiden ohjaus vaikuttavat hoitoon. Tutkimuksista selvisi potilaiden pitävän hoitoa tärkeänä, jotta heidän näkökykynsä säilyisi, mutta potilaat kokivat taakkaa hoitoaikataulusta sekä psykososiaalisista asioista. Tutkimuksesta selvisi potilaiden kokevan hoidon ahdistavana. Potilaat pelkäsivät näkökyvyn menettämistä ja kokivat sairautensa olevan sukulaisten taakana sairauden aiheuttamien rajoitusten vuoksi. Potilaat kokivat myös matkojen sekä taloudellisen tappion kuormittavan. Vaikka injektiohoito on silmänpohjan ikärappeuman kulmakivi, potilaat kokivat hoidosta aiheutuvan huomattavaa räsytystä. (Boyle ym. 2017.)

Droege ym. (2013) tutkivat VEGF-injektiohoidon aiheuttamia vaikutuksia ja ongelmia silmänpohjan ikärappeumaa sairastavien potilaiden joka päiväisessä

elämässä. Tutkimuksessa potilaita pyydettiin vastaamaan kysymyksiin pelkoon, ahdistukseen ja taloudellisiin asioihin liittyen. Tutkimukseen osallistui 42 miestä ja 53 naishenkilöä. Tutkimuksesta seitsemän vetäytyi pois ollessaan tyytymättömiä hoitoon. Kolme henkilöä vetäytyi tutkimuksesta vakavan sairauden vuoksi ja viisi henkilöä löysivät hoitovaihtoehtoja lähempänä kotoa. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että 62,1% tutkimukseen osallistuvista pelkäsivät negatiivista tulosta hoidon suhteen, kun taas 19,0% pelkäsivät injektiohoitoa. Hoitoon sitoutumisen suurin ongelma oli matkustaminen sairaalaan ja se, että monet tarvitsivat mukaansa saattajan. Tutkimuksesta selvisi myös, että potilaiden pelko hoidon tuloksettomuudesta oli suurempi kuin pelko injektiohoidoista.

9 OHJAAMINEN POTILASTYÖSSÄ

Ohjaus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, ammattietiikkaan, sekä moniin terveys- ja hyvinvointiohjelmiin. Laissa on määritetty potilaan ja asiakkaan asema, minkä mukaan potilaalle on ohjattava tietoa selkokielellä. Ohjauksen pitää tapahtua lain mukaan potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksellä. Ohjauksessa täytyy myös huomioida potilaan itsemääräämisoikeus, vakaumus, yksityisyys sekä ihmisarvon kunnioitus. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Ohjauksen perimmäisenä ideana on vaikuttaa potilaan kokemukseen. Hyvä kokemus voi johtaa siihen, että potilas kiinnostuu hoitoonsa liittyvistä päätöksenteoista. Tämän mahdollistaa ohjauksessa annettu riittävä tieto sekä ohjattavan oma elämäntilanne ja aikaisemmat kokemukset. Ohjauksessa on tärkeää, että ohjattava ymmärtää saamansa tiedon ja kykenee hyödyntämään sitä käytännössä. Ohjauksella pyritään esimerkiksi lisäämään ohjattavan valmiuksia pärjäämään kotona ja vähentämään sairastamiseen liittyvää ahdistusta tai pelkoa. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Ohjaustilanteelle on ensi sijaisen tärkeää se, että potilas saa oikeanlaista ja yksilöllistä ohjausta. Jos hoitopolun aikana potilas kokee, ettei hän saa samanlaista ohjausta kaikissa sen vaiheissa, hänen mielenkiintonsa ja oppimishalunsa voivat laskea tai loppua kokonaan. Tämä voi myös saada potilaan

tuntemaan, että hänen oppimiskykyään tai älykkyyttään aliarvioidaan. On siis tärkeää, että hoitosuunnitelmiin kirjataan, millaista ohjausta potilas on saanut. Jokaisen hoitajan pitää arvioida ohjausta ja kirjata huomiot hoitosuunnitelmaan. (Lipponen ym. 2009.)

Potilasohjausta on tutkittu hoitotieteessä esimerkiksi kuvaamalla potilaiden ja perheiden ohjaustarpeita ja niistä tulevia kokemuksia (Jaakonsaari 2009). Joskus ohjaustilanteet eivät toteudu oletetun mukaisesti. Etenkin potilasohjauksessa, jossa ohjaus on vaihtelevaa ja ristiriitaista, koetaan riittämättömyyttä. Tämän takia ohjauksen hyöty jää hyvin pieneksi. Ohjausta annetaan myös usein väärään aikaan tai vasta silloin, kun potilas on lähdössä kotiin. Tässä kohtaa potilas ei pysty sisäistämään tarpeeksi hyvin annettua tietoa. Oikea ohjaus tapahtuu rauhallisessa ajankohdassa, jolloin potilas kokee uskomusta omiin voimavaroihinsa, eikä ole liian epävarma. (Eloranta & Virkki 2011, 17.) Jaakonsaaren (2009) mukaan tutkittu tieto on kuitenkin hajanaista ja siitä on vaikea saada kokonaisvaltaista kuvaa. Tutkitusta tiedosta jää pois esimerkiksi tieto ohjauksen laadusta, ongelmista ja eri vaikutuksista (Jaakonsaari 2009).

Potilasohjausta antavat terveydenhuollonammattilaiset, joita ovat esimerkiksi lääkärit ja sairaanhoitajat (Jaakonsaari 2009). Myös potilaat kokevat tärkeäksi, että ohjausta antaa koulutettu, pätevä ja vastuullinen henkilökunta. Tärkeäksi koetaan myös, että ohjaustilanteessa hoitaja on läheinen, kiireetön ja suhtautuu vuorovaikutustilanteeseen myönteisesti. (Eloranta & Virkki 2011, 17.) Kun hoitaja on pätevä antamaan tarvittavaa tietoa sekä ohjausta, potilasohjauksen onnistumisen mahdollisuus parantuu (Lipponen ym. 2009).

9.1 Suunniteltu ohjaus

Ohjaukseen liittyy kolme lähikäsitettä, joita ovat neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Ohjaus on käsitteenä tiedon, taidon ja selviytymisen yhteen liittämistä, jossa ohjattava sekä ohjaaja kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa. Neuvonnassa henkilöä autetaan tekemään valintoja antamalla hänelle neuvoja. Neuvonnan ideana on saavuttaa yhteinen tavoite. Opetuksella puolestaan pyritään selventämään ohjattavalle suunniteltuja toimintoja. Esimerkiksi osastolla on opetettu injektio pistäminen, jonka ohjattava pystyy toteuttamaan kotioloissa ilman hoitohenkilökunnan apua. Tiedon antaminen voi olla joko kirjal-

lista tai joukkoviestintää. Tässä toiminnassa on yleensä vähän vuorovaikutusta, joten siksi se on pääsääntöisesti ohjausta, opetusta ja neuvontaa täydentävä muoto. (Eloranta & Virkki 2011, 20–22.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta täytyy huomioida potilaan ohjaustarve, aikaisemmat tiedot ja taidot sekä kokemukset, uskomukset ja asenteet. Ohjauksen ymmärtämistä voidaan varmistaa kysymyksillä ja keskustelulla ohjattavan kanssa. Sisältöä ohjauksessa on hyvä tarkastella ohjattavan sekä ohjaajan näkökulmasta. Oppimisen edellytyksenä on se, että tieto perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän vuoksi sisältö on hyvä suunnitella ohjattavan tiedon määrän mukaan. (Eloranta & Virkki 2011, 22.)

Hyvin toteutettu ohjaus suunnitellaan etukäteen. Tämän avulla turvataan potilaan sitoutuminen hoitoon ja hoidon jatkuvuuteen. Ennen ohjausta tehdään ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen sekä ohjauksen suunnittelu, toteutus, arvioiminen ja kirjaaminen. (Eloranta & Virkki 2011, 26–27.)

Hyvän ohjaustilanteen onnistumisen edellytyksenä on myös miellyttävä ympäristö. Ympäristö voi olla huone tai tila, missä ohjattavalla on mahdollisuus keskusteluun hoitajan kanssa kahden kesken. Tämä luo rauhallisen ja kiireettömän ympäristön. Hoitaja voi kiinnittää myös huomiota siihen, missä hän istuu sekä miten kaukana hän on ohjattavasta. Viihtyisä ympäristö sekä rento ilmapiiri parantavat ohjattavan ensivaikutelmaa. Heikentäviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi huoneen korkea lämpötila. (Lipponen ym. 2009.)

9.2 Vuorovaikutus

Ohjaamisessa on tärkeää luoda potilaan kanssa ohjaussuhde, joka koostuu vastavuoroisuudesta, luottamuksesta, aktiivisuudesta, vastuullisuudesta ja yhteistyöstä. Potilaalle on hyvä antaa tilaa ja aikaa kertoa omat huolensa. Tämä johtaa hyvään vuorovaikutukseen sekä ohjaussuhteeseen. Ohjaussuhde luodaan ensitapaamisella ja tulisi huomioida alusta lähtien. Jos ensitapaamisella saadaan aikaan myönteinen ilmapiiri, on vuorovaikuttaminen potilaan kanssa kevyttä ja rentoa. (Eloranta & Virkki 2011, 54–55.)

Hyväksi havaituilla menetelmillä ja potilaslähtöisellä ohjauksella saavutetaan onnistunut kokonaisuus potilasohjauksessa. Potilasohjauksen avulla pyritään lisäämään potilaan voimaantumisen tunnetta. Tämä tapahtuu vuorovaikutussuhteessa, johon vaikuttaa potilaan sekä ohjauksen antajan oma ihmistunteisuus sekä tieto oppimisesta, opettamisesta ja muutoksista. Ohjaustilanteessa pyritään saavuttamaan tilanne, jossa potilas osallistuu itse aktiivisesti ja pyrkii olemaan oman elämänsä asiantuntija. Näin ohjaajasta tulee tukiverkosto, joka on säilyttänyt asiantuntijan aseman. (Jaakonsaari 2009.)

Ohjaaja varmistaa, että jaettava tieto perustuu oikeaan tietoon ja että, ohjattava tietää mahdolliset seuraukset päätöksistään. Ohjaustilanteessa ohjattavan osallistumista vahvistavat tekijät perustuvat hyvään ensivaikutelmaan, kuuntelemiseen ja palautteen antamiseen. Myös mahdollisuus näyttää tunteita ja kertoa omia kokemuksia vahvistaa potilaan osallistumista. Suoraan asiaan meneminen ja ohjauksen vaihtelevuus eri tilanteissa heikentävät ohjausta. (Eloranta & Virkki 2011, 56–57.)

Ohjaus liittyy useasti tilanteeseen, jossa asia on ohjattavalle ihan uusi ja hän tarvitsee tukea. Ohjauksessa tukeminen jaetaan emotionaaliseen, tiedolliseen ja konkreettiseen tukemiseen. Emotionaalinen tuki ilmenee ohjattavan tunteena, jota voidaan lisätä välittämällä, arvostuksella ja hyväksymisellä. Emotionaalinen tuki auttaa lisäämään rohkeutta kohtaamaan oman elämänmuutoksen. Tiedollinen tukeminen sisältää tiedon antamisen lisäksi asioiden selvittämistä ja eri päätöksissä tukemista. Tietoa kannattaa jakaa myös suullisen tiedon lisäksi kirjallisesti ja varmistaa, että ohjattava ymmärtää annetun tiedon. Konkreettinen tukeminen tarkoittaa sitä, että ohjaustilanteessa ohjaaja opettaa ohjattavan toimimaan mahdollisimman itsenäisesti esimerkiksi kotona. Konkreettinen tuki on yleensä tiedollisen tuen apuna. (Eloranta & Virkki 2011, 58.)

Ohjaustilanteessa on hyvä muistaa, että ohjaajan sanallinen ja sanaton viestintä ovat samansuuntaiset eivätkä ristiriidassa keskenään. On havaittu, että kehonkieli on vaikuttavampaa, jos nämä kaksi ovat ristiriidassa. Ohjaustilanteessa on hyvä kiinnittää huomiota myös ohjattavan kehonkieleeseen, äänensävyyn, ilmeisiin ja asentoihin. Jos ohjattavan kehon kieli on ristiriidassa sanalli-

sen viestimisen kanssa, on ohjaajan hyvä ottaa asia esille ohjattavan kanssa. (Eloranta & Virkki 2011, 67.)

9.3 Kirjallinen ohjeistus

Kirjallisen ohjeistuksen merkitys on kasvanut nykypäivänä, koska perinpohjaiselle ohjaukselle ei ole riittävästi aikaa. Kirjallinen ohjaus on suullisen ohjauksen tukena, mihin asiakas voi halutessaan palata ja tutustua siihen hänelle sopivana ajankohtana. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115.) Kirjallinen ohjeistus sisältää tietoa sairauksista, niihin liittyvistä riskitekijöistä, hoidon kulusta ja tutkimuksista sekä niihin valmistautumisesta ja toipumisesta (Eloranta & Virkki 2011, 73). Kirjallista ohjeistusta voidaan myös hyödyntää jo etukäteen. Se motivoi potilasta sitoutumaan hoitoon ja tarkastelemaan hoitoprosessia. Potilas voi myös halutessaan miettiä etukäteen kysymyksiä hoitohenkilökunnalle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 115.)

Kirjallinen ohje toimii potilaalle pelkästään tiedon lähteenä, eikä niinkään ”hyvin käyttäytyvän asiakkaan mallina”. Kirjallisessa ohjeessa tieto nojautuu uusimpaan tietoon ja se vastaa potilaan tarpeita ja ongelmia. Kirjallisten ohjeiden yleisimpänä ongelmana on se, ettei niitä päivitetä tarpeeksi usein. (Eloranta & Virkki 2011, 75.)

Hyvä kirjallinen ohje on esitystavaltaan selkeä ja helppolukuinen. Ohjeessa ilmoitetaan, kenelle ohjeistus on tarkoitettu ja mikä on pääsanoma. Paras tulos saadaan, kun asia on konkretisoitu esimerkein ja erilaisin kuvauksin. Selkeän ohjeen saa loogisella asioiden järjestelyllä, joka etenee asiakohtaisesti eteenpäin. Loogisuus tarkoittaa useimmille potilaille asioiden tärkeysjärjestystä; tärkein asia on esitetty ohjeessa ensin. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmaistaan, miten esimerkiksi hoidon onnistumista pystytään seuraamaan (Eloranta & Virkki 2011, 75–76; Kyngäs & Kääriäinen ym. 2007, 126).

Kirjallisessa ohjeessa on hyvä kiinnittää huomiota myös kieliasuun. Selkeän kieliasun lisäksi on käytettävä soveltuvaa puhuttelumuotoa. Helppolukuinen ohje saadaan esimerkiksi kiinnittämällä huomiota tekstin viimeistelyyn ja fontin soveltuvuuteen. Lukemista helpottaa lyhyet lauseet ja yleiskieli. Tulee myös

mieltä, missä teksti olisi hyvä julkaista; paperilla vai näyttöruudulla. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.)

Hyvän oppaan kriteerit

Tarkoituksena on, että opas auttaa lukijaansa oppimaan sekä tekemään uutta. Oppaan laatiminen aloitetaan yleensä lukijan tarpeiden pohtimisella. Tärkeintä on mieltä, millaisia asioita lukija tietää aiheesta jo etukäteen tai mitä asioita lukija oppii ja osaa, kun on lukenut oppaan, sekä mitä tietoa ja millaisia ohjeita lukija tarvitsee. Tekstistä saadaan mielenkiintoisempaa luettavaa sekä lukijalle sopivampaa, kun on mietitty valmiiksi mitä lukija tietää aiheesta. Näin teksti ei tunnu lapselliselta tai liian vaikealta ymmärtää. Lukijan päämääränä on saada oppaasta tietoa, hyötyä, apua ja taitoja. (Rentola 2006, 92–95.)

Opasta kirjoittaessa on hyvä ottaa huomioon myös, kenen näkökulmasta asiaa kirjoitetaan: kollegan, auktoriteetin, kanssakulkijan vai tarkkailijan. Lukija ammentaa tekstistä näkökulman, millä tavoin hän ymmärtää tekstiä paremmin. Tekstissä on hyvä nostaa esiin tietty näkökulma, koska muuten lukija voi hylätä tiedon vain siksi, että kirjoittaja on esimerkiksi ylimielinen tai teksti on asenteellista. Hyvä opas koostuu myös siitä, että kieli on ymmärrettävää lukijalle. Ammattislangit tai murre ovat kelpaavia, jos sisältö menee perille asti. (Rentola 2006, 95–96.) Otsikko ja väliotsikot luovat ohjeistukselle luotettavuutta. Hyvä otsikko on informatiivinen, joka kertoo suoraan lukijalle, mikä on aiheena. Väliotsikot jakavat tekstin selkeisiin osiin ja selkeyttävät lukemista. Ohjeen sisältö pitää olla selkeää ja tekstistä tulisi ilmetä ensinäkemältä, mistä on oikein kysymys ja kenelle teksti on tarkoitettu. (Torkkola ym. 2002, 34–40)

Hyvänä lähtökohtana on luoda oppaalle kantava rakenne. Rakennetta voidaan suunnitella niin, miten se parhaiten sopii omien tavoitteiden mukaan. Luonnollinen tapa rakentaa oppaalle hyvä runko, on mieltä mistä oppaan kertoma asia on saanut alkunsa. On hyvä kertoa ensimmäiseksi mistä kaikki on lähtenyt liikkeelle ja sen jälkeen alkaa rakentaa ympärille lisää tekstiä. Oppaan tekstin sisältöä on hyvä tarkastella kriittisesti: mikä on kaikkein oleellisinta ja mitkä tiedot tulisi nostaa esiin. Loogisella esitysjärjestyksellä sekä selkeällä kappalejaolla vältytään asiasta toiseen hyppimiseltä ja lisätään ohjeen ymmärrettävyyttä. Kaikkiin mahdollisiin kysymyksiin ei pystytä vastamaan edes

kymmenissä potilasohjeissa, mutta loppuun on hyvä lisätä vinkkejä, mistä mahdollisesti voisi saada lisätietoa. Ymmärrettävyyttä lisää myös oikeakieliisyys. Kun teksti on kirjoitettu oikein ja se on jaoteltu hyvin, on potilaan parempi sisäistää tekstin sisältöä. (Torkkola ym. 2002, 42–59.)

Opas on hyvä antaa luettavaksi koelukijalle, joka tuo esiin oppaan hyvät sekä huonot asiat. Samalla koelukija voi huomioida asiat jotka ovat tekijöiltä jääneet huomioimatta. Koelukija voi kertoa esimerkiksi mitkä asiat olivat mielenkiintoisimmat, mikä ihmetytti ja mitä ei millään jaksanut lukea loppuun asti. Näitä mainittuja asioita on hyvä tarkastella uudestaan ja tarpeen vaatiessa korjata. (Rentola 2006, 98–100.)

Oppaassa tekstit ja kuva vaikuttavat toisiinsa. Visuaalisilla elementeillä saadaan lisättyä uskottavuutta sekä heräteltyä lukijan mielenkiintoa. Esimerkiksi erilaiset kartat, valokuvat, laskelmat tai taulukot ovat hyviä tähän tarkoitukseen. Hyvän kuvan perustelu voidaan jättää kokonaan selittämättä tekstissä, koska näin lukijalle/ohjaajalle jää vastuu opetella se. Pelkästään esille tuodut faktat voivat saada lukijan vakuuttuneeksi. Faktat tekevät lukemisesta mielenkiintoisempaa, kun ne on esitetty oikein. Faktojen luettelointi ei ole hyvä eikä mielenkiintoinen tapa esittää haluttua asiaa. Tekstissä tuodut lainaukset ja esimerkit rikastuttavat lukukokemusta. Ne tuovat asioita eri tavalla ilmi ja ottavat huomioon eri ihmisten oppimistyyliä. (Rentola 2006, 100–105.)

Parhaiten potilasohjeet ja oppaat toimivat, kun ne ovat helposti saatavilla. Nykytekniikan ansiosta, voidaan käyttää sähköistä tallennusta. Sähköisiä potilasoppaita pystytään hallitsemaan ja päivittämään helpommin tiedon lisääntyessä. (Torkkola ym. 2002, 42–60.)

Oppaalla pyritään motivoimaan potilasta lukemaan sairauteensa liittyviä asioita ja samalla sitoutumaan hoitoprosessiin. Motivoinnin onnistumisen kannalta, potilaalle on osoitettava ja perusteltava hoidon hyödyllisyys. Kun hoitaja ymmärtää potilaan kannan ja asettuu hänen asemaansa, auttaa se potilasta motivoitumaan entistä enemmän ohjaustilanteeseen. (Repo & Nuutinen 2003, 192–193.)

10 HOITOON SITOUTUMINEN

On todettu, että hoitoon sitoutuminen vaikuttaa kansanterveyden parantamiseen enemmän kuin minkään muun yksittäisen hoidon kehittyminen. Sitoutumista voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta: asiakkaan, yhteiskunnan ja terveydenhuollon. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22.)

Kun potilas sitoutuu esimerkiksi terveellisiin elintapoihin, tämä takaa pitkällä aikavälillä parempaa terveyttä sekä toimintakykyä ja tätä kautta parempaa elämänlaatua. Terveydenhuollon sekä koko yhteiskunnan kannalta on tärkeää, että potilas sitoutuu hoitoon. Kun potilaat hoitavat itseään ja ovat kiinnostuneita parantamaan omaa terveydentilaansa, sairaalan teho- ja vuodeosastojen tarve vähenee. On myös tärkeää muistaa, että muutokset eivät synny välittömästi. Muutokset vaativat pitkäjänteistä hoitoon sitoutumista, jolloin tulokset alkavat näkyä vasta vuosien päästä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23.)

Hoitoon sitoutumisen parantamiseksi ollaan yritetty kehitellä uusia keinoja. Omahoitoa on pidetty uutena keinona. Omahoidossa potilaan tarpeet ja toiveet tulevat esille, jotka tehdään realistiseksi ja potilaan arkielämään sopivaksi. Tällä pyritään siirtämään potilaalle vastuuta omasta terveydestään sekä sitoutumaan terveellisiin elintapoihin ja siten potilas saa näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoito tukee potilaan itsemääräämisoikeutta ja lisää vastuuta tehdä päätöksiä itseään kohdistuviin muutoksiin. Omahoitoa tuetaan motivoimalla, voimaantumisella ja lisäämällä pystyvyyden tunnetta ratkaisuja tehdessä sairauteen liittyvissä muutoksissa. Onnistumiseen vaaditaan terveydenhuollon ammattilaisilta uutta oppimiskäsitystä ja kannustavaisuutta, jotta potilas voi olla rehellinen sekä avoin. Jos omahoito onnistuisi, se toisi taloudellisesti isoja säästöjä. (Routasalo ym. 2009.)

Eri tutkimusten avulla on testattu potilaiden hoitoon sitoutumisen vaikutuksia. Tutkimuksissa on testattu potilaiden tietoisuuden lisäämisen ja lääkehoidon omavastuuosuuksien vähentämisen vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Kun panostetaan potilaiden hoitoon sitoutumiseen, valtion tekemät interventiot maksavat itsensä ajan kuluessa. Näillä parannuksilla voidaan lisätä yksilön, että väestön terveyttä ja välttää hoitoon sitoutumattomuuden aiheuttamia kustannuksia. (Aarnio & Martikainen 2016.)

Pitkälä ja Savikko ovat samaa mieltä asiasta. Jos potilas ei sitoudu hoitoon, valtiolle tulee huomattavia ylimääräisiä kustannuksia. He ovat myös samaa mieltä asiasta, että hoitoon sitoutumisella on suuri vaikutus potilaiden hyvinvointiin. Hoitoon sitoutuminen tarkoittaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä yhteisymmärrystä sekä toimitaan hoidon mukaisesti. (Pitkälä & Savikko 2007.)

10.1 Hoidon sitoutumisen arviointi

Tämä luku hoitoon sitoutumisen arvioinnista perustuu Kyngäksen & Henttisen (2009, 104–109) pohdintoihin. Hoitoon sitoutumista pitää arvioida aktiivisesti hoitajan sekä potilaan näkökulmasta. On hyvä keskustella ja sopia erikseen, mitä asioita erityisesti hänen kohdallaan arvioidaan. Potilaan kanssa voidaan sopia ohje, millä/miten pystytään seuraamaan aktiivista hoitoon sitoutumista. Esimerkiksi ohjeeksi on annettu, että potilas käy verikokeissa kerran viikossa. Näin pystytään konkreettisesti tarkastelemaan hoitoon sitoutumista. Potilaan kanssa voidaan käydä läpi yhdessä asetetut tavoitteet sekä arvioida kokonaisvaltaisesti koko hoitoprosessia. Yhteistyötä sekä hoitoon sitoutumista parantaa myös asiakkaan oma aktiivinen osallistuminen. Esimerkiksi vaikeista tilanteista puhuminen hoitohenkilökunnan kanssa.

Kun arvioidaan potilaan hoitoon sitoutumista, on hyvä tarkastella sitä, mikä ohjauksessa erityisesti tuki sekä edisti potilasta sitoutumaan hoitoonsa. Tästä saatua tietoa voidaan käyttää hyödyksi esimerkiksi edistämällä/parantamalla ohjauksikäytäntöjä ja käyttämällä jatkossa hyväksi havaittuja ohjaustyyliä. Jos hoitoon sitoutumisessa löytyy ongelmia, niitäkin voidaan tarkastella yhdessä sekä erikseen. Kun ongelmiin puututaan ajoissa, niitä voidaan korjata helpommin.

Potilaalle on tärkeää antaa positiivista palautetta arvioinnissa, sillä näin hän motivoituu paremmin tavoitteiden saavuttamiseen. Päämääränä on, että potilas tiedostaa arvioinnin loppuessa, missä hän on onnistunut ja missä on parantamisen varaa. Kehittymisen kannalta on hyvä arvioida myös ohjaajan toimintaa sekä vaikutusta hoitoon sitoutumisen edistäjänä. Ohjaajalle hyvä kriittinen itsearviointi on oman ammattitaidon kehittämistä.

10.2 Lääkehoitoon sitoutuminen

Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon riippuu hoidon kestosta, lääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista ja lääkkeen vaikutuksista oireisiin. Sitoutumiseen vaikuttaa myös lääkkeenottaminen ja muut hoidot joihin tulisi sitoutua. Lyhytkestoiseen lääkehoitoon sitoudutaan paremmin kuin pidempiaikaiseen. Määräaikaisessa lääkeshoidossa loppumispäivä on tiedossa ja tämä motivoi potilasta sitoutumaan lääkehoitoon. (Kyngäs & Hentinen 2009, 198.)

Aina kun potilas kertoo lääkkeiden aiheuttavan sivuvaikutuksia, niihin on suhtauduttava vakavasti. Lääkkeiden sivuvaikutukset ja niiden aiheuttama pelko on yksi iso tekijä lääkeshoidon sitoutumattomuuteen. Toisena tekijänä pidetään lääkkeen vaikutusta oireisiin/sairauteen. Jos lääke ei toimi halutulla tavalla, se voi johtaa tilanteeseen jossa potilas ei sitoudu lääkehoitoon ollenkaan tai laiminlyö sitä. Näihin mainittuihin asioihin pystytään vaikuttamaan hyvällä ja kattavalla ohjauksella. Täytyy olla varma, että potilas ymmärtää lääkeshoidon merkityksen hyvinvoinnilleen ja hänellä on oikeat ja riittävät tiedot lääkehoidoonsa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 201–202.)

Lääkehoitoon sitoutuminen on nykypäivänä huonoa. Maailman terveysjärjestö WHO arvioi, että vain noin puolet pitkäaikaislääkitystä käyttävistä potilaista sitoutuvat lääkehoidoonsa. Tällä on isoja merkityksiä potilaille sekä yhteiskunnalle. Huono lääkehoitoon sitoutuminen voi johtua monista eri syistä. Näitä syitä voi olla esimerkiksi, ettei potilas koe lääkettä tarpeelliseksi. Myös erilaiset kustannuksiin liittyvät syyt tai lääkkeistä johtuvat haittavaikutukset vaikuttavat sitoutumiseen. (Aarnio & Martikainen 2016.)

11 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme tiivistetysti kirjallisuuskatsauksesta nousseet tulokset. Tulokset vastaavat laadittuihin oppaan tutkimuskysymyksiin. Tulokset ovat laadittu ranskalaisin viivoin yksinkertaistamaan niiden lukemista.

Injektiohoidon toteutus silmätautien yksikössä:

- Lääkäri varmistaa hoidon alkaessa, onko kyse silmänpohjan ikärappeuman kuivasta vai kosteasta muodosta ja määrittelee diagnoosin tutkimusten ja anamneesin perusteella
- Potilaat käyvät hoitajan tulohaastattelussa
- Injektiopistosten määrä ja väli vaihtelevat yksilöllisesti
- Potilaille tehdään erilaisia tutkimuksia ennen injektiohoitoa. Yleisimpiä tutkimuksia ovat OCT valokuvakerroskuvaus tai biomikroskooppitutkimus
- Ennen injektiohoitoa potilaille tiputellaan puudutustippoja silmiin ja tehdään silmänpesu
- Injektiopistoksen jälkeen hoitaja käy yhdessä potilaan kanssa kotihoito-ohjeet

Kostean muodon hoito:

- Hoitomuotona silmänsisäinen injektiohoito
- Kostean muodon hoitoon on olemassa useampia lääkeaineita
- Carean Silmätautien yksikössä on käytössä kahta eri lääkeainetta, joita ovat bevasitsumabi (Avastin) ja aflibersepti (Eylea)
- Hoito on yksilöllistä ja se määritellään potilaskohtaisesti
- Kosteaa muotoa sairastavat tarvitsevat pysyvän kontaktin Silmätautien yksikköön
- Hoitovasteessa on eroja, mutta suurimmalla osalla potilaista injektiohoito tehoaa hyvin

Silmänpohjan ikärappeuman ehkäisy:

- Silmänpohjan ikärappeumaa on mahdollista ehkäistä elämäntavoilla
- Silmänpohjan ikärappeuman ehkäisyssä tärkeää on puhdas ruokavalio, kasvisten, vihannesten sekä hedelmien nauttiminen
- Vitamiinien nauttimisen on tutkittu ehkäisevän riskiä sairastua silmänpohjan ikärappeumaan

Potilaan huomioon ottaminen hoidossa:

- Potilailla oikeus itsemääräämisoikeuteen, ketään ei hoideta vastentah-
toisesti
- Potilailla on oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä
- Potilaalla tulee olla ymmärrys mistä hoidossa on kyse
- Hoitajien tulee kunnioittaa potilaan valintoja
- Hoitoon osallistuvilla tahoilla tulee olla ymmärrys sairauden hoidosta ja
hoidon tarpeista

12 OPPAAN LAADINTA

Aloimme suunnittelemaan opasta Silmätautien yksikön toiveiden pohjalta ja teimme sisällönanalyysin. Näin ollen saimme laadittua oppaan, joka vastasi parhaiten yksikön tarpeita (ks liite 2). Kokosimme oppaalle oleelliset tiedot erilliseen tiedostoon ja sen pohjalta laadimme oppaaseen tulevan tekstin. Saimme myös koottua aihealueet ja otsikot Silmätautien yksikön toiveiden perusteella. Lopullinen teksti muotoiltiin oppaaseen sopivaksi ja ulkoasu suunniteltiin sen mukaan. Oppaan lopullinen sisältö vastasi hyvin laadittuihin tutkimuskysymyksiin.

Ulkoasun laadinta oli tärkeä osa opasta. Halusimme panostaa oppaan selkeyteen, jotta siitä tulisi mahdollisimman helppolukuinen. Valitsimme neutraalit värit ja tarpeeksi ison fontin, sekä teimme ulkoasusta yksinkertaisen. Valintamme perustuivat siihen, että näkövammaisetkin kykenisivät lukemaan tekstiä vaivatta. Huomiota vaativat asiat korostimme laatikoin. Toivoimme, että tämän avulla opas olisi ulkoasultaan mielenkiintoisempi ja lukija muistaisi tärkeimmät asiat. Lähetimme oppaan Silmätautien yksikköön arvioitavaksi. Saimme heiltä muutosehdotuksia sisällön ja sen kuvien suhteen, jotka toteutimme heidän toiveidensa mukaisesti. Yksikkö toivoi toisenlaista visualisointia ja kolmen lauseen poisjättämistä oppaasta. Muutosehdotuksia saimme myös ohjaavalta opettajaltamme.

13 POHDINTA

13.1 Aikataulu ja työnkulku

Lokakuussa 2016 aloimme selvittämään mahdollisuutta tehdä opinnäytetyö yhteistyössä Carean Silmätautien yksikön kanssa. Otimme sähköpostitse yhteyttä Silmätautien yksikön palvelutoiminnan esimieheen. Vastaukseksi Silmätautien yksikön hoitohenkilökunta ehdotti meille opinnäytetyön aihetta, joka oli mielestämme erittäin mielenkiintoinen. Päätimme ottaa työn vastaan.

Marraskuussa 2016 tapasimme Silmätautien yksikön palvelutoiminnan esimiehen sekä kaksi osaston sairaanhoitajaa. Kävimme heidän kanssaan keskustelua, mitä he opinnäytetyöltämme toivoisivat. Yksiköstä tuli selkeä toive silmänpohjan ikärappeumaa sairastaville potilaille ja heidän omaisilleen tehtävästä oppaasta, jota he voivat myös hyödyntää hoitotyössä. Heidän visionsa kehittämistyöstä olivat samankaltaisia meidän kanssamme, joten yhteistyö helpottui.

Aloimme työstämään opinnäytetyötämme saman tien saatuamme hyväksynnän ohjaavalta opettajaltamme ja aiheen varmistuksen Silmätautien yksiköltä. Ohjaava opettaja auttoi meitä työn käynnistämisessä ja antoi vinkkejä tiedon lähteistä, jotta työn aloitus luonnistuisi helpommin. Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa näyttöön perustuva opas silmänpohjan ikärappeumaa sairastaville potilaille, heidän omaisilleen sekä Carean, Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikön hoitohenkilökunnalle. Idea- ja suunnitelmaseminaarin pidimme joulukuussa 2016 ja tämän jälkeen jatkoimme työmme työstämistä opettajan ja opponenttien ehdotusten myötä.

Kevään aikana olimme yhteydessä Silmätautien yksikköön oppaan sisällöstä. Tiedustelimme, mitä he toivoisivat oppaan sisältävän. Kevään aikana kirjoitimme teoriaa kasaan ja etsimme tietoa eri tiedonhakuja hyväksikäyttäen. Toukokuussa 2017 pidimme toteutusvaiheen seminaarin. Olimme saaneet teoriaosuudesta suurimman osan tehtyä. Opettajan ja opponenttien ehdotusten myötä lähdimme etsimään vielä lisää teoriatietoa ja teimme sisällönanalyysin. Kun olimme saaneet teoriaosuuden kesäkuussa valmiiksi, aloimme rakentamaan oppaan sisältöä ja sisällysluetteloja heidän toiveidensa mukaisesti.

Heinäkuussa valitsimme ohjelman, millä tekisimme oppaan. Ohjelmaksi valikoitui Microsoft Office Publisher-ohjelma. Valitsimme kyseisen ohjelman, koska ohjelman avulla oppaasta sai visuaalisesti miellyttävän ja oppaan sai tulostettua vihkona (ks liite 2). Oppaan valmistumisen jälkeen teimme Silmätautien yksikön pyynnöstä Power Point-esityksen heidän käyttöön. Esityksestä löytyi tiivistetysti oppaassa ilmi tulleet asiat. Power Point-esityksen he ottavat käyttöön poliklinikan asiakastelevisioon (ks liite 3).

Elokuun alussa tapasimme ylihoitajan ja teimme hankkeistussopimuksen. Aikataulullisesti tapaaminen meni myöhäiseksi ylihoitajan vaihtumisen ja kesälomien vuoksi. Samoihin aikoihin toimitimme oppaan ja Power Point-esityksen sähköisesti yhteistyötaholle ja ohjaavalle opettajalle tarkistettavaksi ja kommentoitavaksi (ks liite 3). Sovimme Silmätautien yksikön palvelutoiminnan esimiehen kanssa menevämmme Silmätautien yksikköön 1.9.2017 esittelemään valmiin oppaan sekä Power Point-esityksen henkilökunnalle. (ks. liitteet 2 & 3). Tulostimme oppaan paperiversiona sekä annoimme linkin oppaan sähköiseen versioon. Julkaisuseminaari sovittiin pidettäväksi 26.9.2017.

13.2 Oppaan hyödynnettävyys työelämässä

Oppaan sisältöä pystytään hyödyntämään sairaanhoitajan työssä aktiivisesti. Silmätaudit kuuluvat erikoissairanhoidon piiriin, mutta törmäämme niihin myös muissa ikääntyneiden hoitopaikoissa. Opinnäytetyötä tehdessä on oppinut, kuinka tärkeää silmänpohjan ikärappeuman sairaudenkuvan tunnistaminen on, hoitopaikasta riippumatta. Oppaasta on hyötyä niin potilaille, heidän omaisilleen kuin hoitohenkilökunnallekin. Olisi toivottavaa, että opasta jaettaisiin myös omaisille, jotta he ymmärtäisivät sairastunutta ja voisivat auttaa potilasta esimerkiksi päivittäisissä toiminnoissa. Toivomme, että oppaasta on myös hyötyä uusien hoitotyöntekijöiden keskuudessa, joille silmänpohjan ikärappeuma on sairautena aivan uusi. Oppaasta on hyötyä monissa hoitopaikoissa, sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, sillä väestön eliniänodote kasvaa ja silmänpohjan ikärappeuma sairautena tulee yleistymään väestön vanhetessa. Opasta voisi jakaa silmätautien yksikön lisäksi sairaaloissa eri osastoilla, terveyskeskuksissa, hoitokodeissa ja palvelutaloissa.

Kävimme sovitus esittelemässä oppaan Silmätautien yksikössä 1.9.2017 (ks liite 2). Oppaasta saatiin positiivista palautetta ja ylilääkäri kertoi, että voisi hyödyntää opasta myös liittämällä sen Duodecim-sivulle. Näin ollen opasta pystytään hyödyntämään laajalti eri yksiköissä ja opas olisi helposti ihmisten saatavilla.

13.3 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arviointi

Tutkimuksessa pyritään virheiden välttämiseen, minkä vuoksi tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida tarkasti. Luotettavuuden arvioinnissa on käytössä useita menetelmiä ja mittaustapoja. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen tulosten toistettavuutta. Reliabiliteetin tarkoituksena on sattumanvaraisuuden välttäminen. Validius eli pätevyys taas tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä asiaa, mitä oli alun perin tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus liittyy tarkkaan määriteltyjen tutkimuksien valintaan, tutkimuskysymysten ja menetelmien yhdenmukaisuuteen sekä eettisyyteen. Luotettavuutta lisää myös julkaisuvuoden, artikkelin kirjoittajan, julkaisufoorumien sekä julkaisu maan kriittinen arvioiminen. (Stolt ym. 2006, 29–31.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta meidän työssämme voidaan katsoa liian selkeästi kuvattu tiedonhakuprosessi (ks liite 1). Olemme tehneet työhömmä kaaviot, jossa näkyy sisään otetut ja poissuljetut tutkimukset. Kaavioista näkyy, millä hakusanalla olemme tutkimuksia hakeneet ja kuinka paljon tutkimuksia on hakusanalla löytynyt. Työmme luotettavuutta lisääväksi tekijäksi voidaan katsoa, että työtämme teki kolme ihmistä. Asiasisältöä on pohdittu ja tehty eri näkökulmia hyödyntäen. Vaikka tuoreita tutkimuksia ei ole useita, ovat kirjallisuuskatsauksemme valitut tutkimukset luotettavia. Olemme keränneet tietoa yksinämme, vertailleet tutkimuksia yhdessä ja valinneet luotettavimmat tutkimukset kirjallisuuskatsauksemme. Tämä lisää kirjallisuuskatsaukset luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiimme.

Kirjallisuuskatsauksemme hyödynnettäviä tutkimuksia on voinut jäädä huomiomatta ja löytymättä hakusanojen tarkan rajauksen takia. Tämä asia voidaan

katsoa työmme luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi. Luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi voidaan myös katsoa alkuperäistutkimusten hakeminen vain suomeksi ja englanniksi. Koimme kielitaitomme riittävän näihin kahteen kieleen luotettavasti. Aiheestamme löytyi vähän luotettavia tutkimuksia ja lähteitä, mikä on työmme luotettavuutta heikentävä tekijä. Jouduimme tukeutumaan tutkimusten ja lähteiden niukkuuden vuoksi vanhempiin julkaisuihin. Aiemmin rajasimme sisäänottokriteeriksi vuoden 2007 jälkeen julkaistut aineistot, mutta jouduimme tekemään täydentävän haun, milloin rajasimme aikaväliä vuoteen 2001.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme työskennelleet hyvän tieteellisen käytännön periaatteita noudattaen. Olemme suunnitelleet työmme, toteuttaneet ja raportoineet työstämme tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti. Olemme työskennelleet huolellisesti ja rehellisesti sekä olemme hankkineet tarvittavat tutkimusluvut. Olemme kunnioittaneet muiden tutkijoiden tekemää työtä ja saavutuksia viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Olemme merkinneet lähdetiedot heti lähdeluetteloon lisättyämme tekstiä työhömmme.

13.4 Kehittämisehdotuksia

Opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena oli parantaa potilaiden tietämystä silmänpohjan ikärappeumasta sairautena ja minkälaisia hoitomuotoja sairautteen on olemassa. Jatkossa tietoisuutta voisi lisätä esimerkiksi jakamalla opasta eri sairaaloiden osastoille, terveyskeskuksiin ja hoivakoteihin. Näin tietoisuus sairaudesta ei painottuisi pelkästään erikoissairaanhoidon piiriin ja potilaat sekä omaiset huomaisivat sairauden oireet ajoissa ja näin ollen pystyisivät hakeutumaan hoitoon ajoissa.

Toisena tavoitteena oli kehittää ja yhtenäistää Silmätautien yksikön antamaa potilasohjausta hoitotyöntekijöiden keskuudessa kirjallisen oppaan avulla. Jatkokartoituksena voisi tehdä tutkimuksen oppaan hyödyistä ja kuinka potilaat hyötyivät kirjallisesta oppaasta suullisen potilasohjauksen lisäksi ja kuinka paljon omaiset hyötyivät kirjallisesta oppaasta.

Kolmantena tavoitteena oli lisätä moniammatillista yhteistyötä hoitohenkilökunnan kesken. Kartoituksena voisi tehdä kyselyn; onko opas auttanut lääkäreiden ja hoitajien ohjauksen ja sairaudesta kertomisen yhtenäistämistä. Jatkossa voisi myös kartoittaa oppaan hyödynnettävyyttä työelämässä; ovatko lääkärit ja hoitajat kokeneet oppaasta olleen apua ja ovatko he ottaneet sen aktiivisesti käyttöönsä.

Omina tavoitteinamme opinnäytetyölle oli syventää omaa tietämystä silmänpohjan ikärappeumasta, syventää omaa tietämystä ohjaamisesta ja kehittää omaa ammattitaitoa. Jatkossa voisimme levittää tietoisuutta silmänpohjan ikärappeumasta omilla työpaikoillamme silmänpohjan ikärappeumaa sairastaville potilaille. Jatkossa pystymme myös omassa työssämme panostamaan potilasohjaukseen, niin kirjalliseen kuin suulliseen. Omassa työssämme voimme syventää omaa ammattitaitoa tiedon etsinnän ja olennaisen tiedon rajaamisen suhteen sekä syventää antamaamme kirjallista ja suullista ohjausta.

Opinnäytetyön aiheesta on tehty luotettavia tutkimuksia vähän. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus perustuu täysin tutkittuun tietoon esimerkiksi oireiden ja diagnosoinnin osalta. Tulevaisuudessa oireiden ilmenemistä ja potilaiden kokemuksia voisi tutkia tarkemmin, jolloin saataisiin uutta tutkittua tietoa. Opinnäytetyötä tehdessämme tulimme tulokseen, että silmänpohjan ikärappeumasta sairautena ja sen hoidoista tulisi saada uutta ja luotettavaa tutkimustietoa, jotta tautia pystyttäisiin ehkäisemään varhaisessa vaiheessa.

Näyttöön perustuvaa opasta voisi hyödyntää myös muissakin silmätautien yksiköissä, kuin Kymenlaakson keskussairaalassa. Näin varmistettaisiin yhtenäinen kirjallinen ohjaaminen potilastyössä paikkakunnasta riippumatta.

Silmänpohjan ikärappeumaa sairastaville olisi hyvä järjestää yhteinen tapahtuma, jossa he voisivat saada tietoa sairaudesta, sen diagnosoinnista ja hoidosta sekä löytää vertaistukea muista sairastuneista.

LÄHTEET

- Aarnio, E. & Martikainen, A. 2016. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. Artikkel. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130217/1_16%2048-49%20Laakehoitoon%20sitoutumisella%20on%20merkittavia%20yhteiskunnallisia%20vaikutuksia.pdf?sequence=1%27 [viitattu: 23.8.2017].
- Aho, E., Holmi, R., Lappalainen, M. & Lepistö, K. 2014. Tunnista ajoissa: opas yleisemmistä ikääntyneen silmäsairauksista. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu.
- Boyle, J., Vukicevic, M., Koklanis, K., Itsiopoulos, C. & Rees, G. 2017. Experiences of patients undergoing repeated intravitreal anti-vascular endothelial growth factor injections for neovascular age-related macular degeneration. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28064517/> [viitattu 12.2.2017].
- Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. s.a. WWW-sivu. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi> [viitattu: 30.6.2017]
- Droege, K., Muether, P., Hermann, M., Caramoy, A., Viebahn, U., Kircchhof, B., Fauser, S. 2013. Adherence to ranibizumab treatment for neovascular age-related macular degeneration in real life.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Engeström, Y. 2013. Potilas-lääkärisuhteesta yhteistyösuhteeseen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/6/duo10860> [viitattu: 22.7.2017].
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Helsinki Retina Research Group. 2017. WWW-sivu. Saatavissa: <http://www.hrrg.fi/fi/> [viitattu 13.6.2017].
- Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hämäläinen, M. 2012. Liposomit silmälääkkeiden kantaja-aineina. Itä-Suomen yliopisto. Farmasian laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Immonen, I. 2007. Silmätaudit – Valoa näkyvässä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96849.pdf> [viitattu 4.3.2017].
- Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kaarniranta, K. 2009. Suomen Lääkärilehti. Vääristyvä kuva silmänpohjan ikärappeumassa - kuinka hoidetaan? Katsausartikkeli. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.03.2017].

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1456-2332; 202. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kinnunen, K. & Kaarniranta, K. 2014. Silmänpohjan kostea ikärappeuma pitää hoitaa ajoissa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/silmanpohjan-kostea-ikarappeuma/> [viitattu 3.3.2017].

Kivelä T. 2008. Silmän rakenne ja toiminta. Teoksessa K.M. Saari (toim.) Silmätautioppi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 11-28.

Klemola, L. & Luostarinen A. 2001. Silmänpohjan ikärappeuma: fotodynaaminen hoito – opas. Suomen Silmähoitajat ry. Helsinki: Tammi.

Kostea silmänpohjan ikärappeuma (AMD). 2016. Käypä hoito – suositus. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.05.2016. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50107> [viitattu 14.03.2017].

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [viitattu 11.6.2017].

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja.

Liu, E., Shah, G., Blinder, K., Smith, B. & Thomas, M. 2015. Intravitreal Aflibercept for Neovascular AMD: Short-Term Clinical Effects of Intravitreal Aflibercept Injection as a Predictor of Long-Term Results. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.aao.org/assets/6143b107-5663-4e01-b452-cf411b32f5b7/635812243156830000/retina-2015-syllabus-pdf?inline=1> [viitattu 20.4.2017].

Näkövammarekisterin vuosikirja 2015. 2015. Näkövammaisten liitto ry. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.nkl.fi/index.php?_file_display_id=11273 [viitattu 15.03.2017].

Paterno, J. 2012. Perifeerisestä verestä analysoitavien ja Alzheimerin tautiin liittyvien merkkiaineiden arvioiminen verkkokalvon ikärappeuman suhteen, esimerkiksi interleukiini 1 –perheen ligandit ja reseptorit: teoreettisen taustan alustava selvitys ja systemaattisen tiedonhaun menetelmän testaus. Itä-Suomen yliopisto. Silmätautien yksikkö. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130026/urn_nbn_fi_uef-20130026.pdf [viitattu: 22.3.2017].

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Artikkel. Terveysportti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf> [viitattu: 23.8.2017].

Rentola, M. 2006. Hyvä opas. Teoksessa Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T. (toim.) Tieto kirjaksi. Saarijärvi: Saarijärven Offiset Oy.

Repo, I. & Nuutinen, T. 2003. Viestintätaito: opas aikuisopiskeluun ja työelämän vuorovaikutustilanteisiin. Helsinki: Otava.

Rissanen, J. 2013. Hydrokinonin vaikutus silmänpohjan ikärappeuman kehityksessä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130329/urn_nbn_fi_uef-20130329.pdf [viitattu: 27.2.2017].

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tulppakuntoutus.fi/pluginfile.php/846/mod_page/content/14/Potilaan%20omahoidon%20tukeminen.pdf [viitattu: 23.8.2017].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? – Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu: 4.6.2017].

Salminen, M. 2015. Silmän verkkokalvon solutyypit. Duodecim Oppiportti. Artikkel. Päivitetty 05.06.2015. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/>. [viitattu 11.03.2017].

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2017. Silmänsisäinen injektiohoito. PDF-dokumentti. Päivitetty 1/2017. Saatavissa: <https://hoitoohjeet.fi/OhjepankkiSATSHP/Silm%C3%A4nsis%C3%A4inen%20%C3%A4%C3%A4kehoito.pdf> [viitattu 1.8.2017].

Silmätaudit s.a. Carea, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Sairaalat%20ja%20palvelut/Keskussairaala/Silm%C3%A4taudit/> [viitattu: 31.07.2017].

Seppänen, M. 2013. Tietoa potilaalle: Silmänpohjan ikärappeuma (makuladegeneraatio). 2013. Artikkel. Päivitetty 12.12.2013. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.6.2017].

Schwartz, R. & Loewenstein, A. 2015. Early detection of age related macular degeneration: current status. International Journal of Retina and Vitreous. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27847613> [viitattu 12.11.2016].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Summanen, P. & Seitsonen, S. 2016. Silmänpohjan ikärappeuma. Artikkel. Terveystieteen tutkimus. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> Päivitetty 4.11.2016. [viitattu 7.2.2017].

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 30.7.2017].

Watkinson, S. 2014. Older People with Visual Impairment – Clinical Management and Care (1). E-kirja. M&K Publishing. Saatavissa: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.xamk.fi/lib/xamk-ebooks/reader.action?docID=1741220> [viitattu 25.11.2016].

TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä/tekijät ja julkaisu- vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimus- menetelmä	Keskeiset tulokset
Watkinson, S. 2014	Older People with Visual Impairment – Clinical Management and Care (1)	Tutkimus kertoo ikääntyneiden näkösairauksista ja niiden hoitomuodoista. Kirja korostaa sairaanhoidajan roolia fyysisessä sekä psyykkisessä hoidossa.	Silmäsairaudet tulisi löytää ajoissa jolloin hoitojen kokonaiskustannukset tippuisivat ja näin ollen potilaiden elämänlaatu paranisi.
Liu, E. Shah, G. Blinder, K. Smith, B. Thomas, M. 2015	Intravitreal Aflibercept for Neovascular AMD: Short-Term Clinical Effects of Intravitreal Aflibercept Injection as a Predictor of Long-Term Results	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia afliberseptin tuloksia uudissuonimuodostuksessa. Tutkimuksessa on käsitelty afliberseptin lyhytaikaisia vaikutuksia ja ennustettu pitkäaikaistuloksia. Tutkimuksen tavoitteena selvittää pitkäaikaisen injektiohoidon vaikutusta näköaistiin.	Tuloksista selviää, että 48 viikon aflibersepti injektiohoidon jälkeen näköaisti säilyy erinomaisena, jos silmänpohjan ikärappeumaa on alettu hoitaa varhaisessa vaiheessa.
Schwartz, R. Loewestein, A. 2015	Early detection of age related macular degeneration: Current status	Tutkimuksen tarkoituksena oli kertoa silmänpohjan ikärappeuman aikaisen diagnosoinnin tärkeydestä.	Silmänpohjan ikärappeuman koston muodon hoidon kehittyminen on parantunut tekniikan avulla. Ikärappeuman kehittymistä pystytään estämään yhä aikaisemmin uusien laitteiden avulla.

Tekijä/tekijät ja julkaisu- vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimus- menetelmä	Keskeiset tulokset
Boyle, J. Vukicevic, M. Koklanis, K. Itsiopoulos, C. Rees, G. 2017.	Experiences of patients undergoing repeated in- travitreal anti-vascular endothelial growth factor injections for neovascular age-related macular de- generation	Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden silmänpohjan ikärap- peumaan liittyviä pelkoja.	Tutkimustuloksista selviää potilaiden pelkäävän näön menettämistä ja sen vai- kuttamista sosiaalisiin ja taloudellisiin suhteisiin.
Rissanen, J-A. 2013.	Hydrokinonin vaikutus silmänpohjan ikärap- peuman kehityksessä	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hydrokinonin vaikutusta silmänpohjan ikärappeuman kehitykses- sä.	Tutkimuksessa selviää, että hydrokinonialtiste lisää lämpösokkiproteiini 70:n ja solukuoleman ilmenemis- tä.
Hämäläinen, M. 2012.	Liposomit silmälääkkeiden kantaja-aineina	Tutkielma käsittelee lipo- someja ja niiden käyttöä nanokantajana silmälää- kinnässä.	Silmäsairauksissa, kuten silmänpohjan ikärap- peumassa liposomit osoit- tivat suotuisia vaikutuksia pidentämällä bevasitsu- mabin puoliintumisaikaa lasiaisessa.
Paterno, J. 2012.	Perifeerisestä verestä analysoitavien ja Alzheim- erin tautiin liittyvien merk- kiaineiden arvioiminen verkkokalvon ikärap- peuman suhteen, esimerk- keinä interleukiini 1 – perheen ligandit ja resep- torit: teoreettisen taustan alustava selvitys ja syste- maattisen tiedonhaun	Tutkimuksen aiheena oli verinäytteestä mitattavat merkkiaineet silmänpohjan ikärappeumassa ja Al- zheimerin taudissa.	Työssä arvioitiin, että AMD-tutkimuksissa voi- daan hyötyä Alzheimerin taudista tehtyjen tutkimus- ten perusteella.

	menetelmän testaus		
--	--------------------	--	--

Liite 1/3

Tekijä/tekijät ja julkaisu- vuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimus- menetelmä	Keskeiset tulokset
Droege, K. Muether, P. Hermann, M. Caramoy, A. Viebahn, U. Kirchhof, B. Fauser, S. 2013.	Adherence to ranibizumab treatment for neovascular age-related macular de- generation in real life	Tutkimuksessa selvitettiin injektiopistoshoidon aiheuttamia ahdistus- ja pelkotiloja sekä muita hoitoon liittyviä ongelmia.	Tutkimuksesta selviää, että tutkimukseen osallistuneet potilaat pelkäsivät injek- tiohoidon negatiivisia tu- loksia enemmän kuin injek- tiopistoksia.
Jaakonsaari, M. 2009.	Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjel- massa - hoitotyön opetta- jien käsityksiä	Tutkimuksessa selvitettiin hoitotyön opettajien käsi- tyksiä potilasohjauksen opetuksesta suomenkieli- sissä hoitotyön koulutus- ohjelmissa ammattikor- keakouluissa. Tutkimus- menetelmänä oli kuvaileva kyselytutkimus.	Tutkimustuloksena on, että potilasohjaus perustuu ammattilliseen tietoon, hoitotieteelliseen tutki- mustietoon, käypä hoito - suositukseen ja ohjausteori- oihin. Opettajien käsityk- sen mukaan potilasohjauk- sen jälkeen opiskelijat kykenevät huomioimaan potilaan ohjaustarpeet, varmistamaan potilaan ymmärtämisen sekä kir- jaamaan potilasohjauksen sairaskertomukseen.
Lipponen, K. Kyngäs H. Kääriäinen M. 2006.	Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit	Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sai- raanhoitopiirissä. Mene- telmänä oli laaja kirjalli- suus- ja käsiteanalyysi,	Tulokseksi saatiin, että kehittämishaasteina ovat ohjaustapahtuma proses- sina, ohjauksen organisoi- nti, vuorovaikutus ohjaus- suhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, demon-

		jonka perusteella kehitettiin mittarit. Mittarit toteutettiin eri kyselylomakkeilla, joiden vastausta analysoitiin tilastollisesti sekä sisällönanalyysin avulla.	strointi, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus.
--	--	---	---

OPAS

Liite 2/1

Silmänpohjan ikärappeuma – opas potilaille ja heidän omaisilleen



Sisältö

Silmänpohjan ikärappeuma 4

Oireet 5

Tutkimukset 6

Riskitekijöitä 8

Kostean muodon hoito 9

Silmänsisäinen injektiohoito 10

Toimenpidepäivän kulku 11

Kotihoito-ohjeet 12

Amslerin kartta 14



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

■ Silmäpohjan ikärappeuma on tällä hetkellä yleisin näkövammaisuutta aiheuttava silmäsairaus Suomessa sekä muissa korkean elintason maissa. On ennustettu, että tulevien vuosikymmenten kuluessa määrä tulee moninkertaistumaan.

Tämän oppaan tarkoituksena on auttaa silmäpohjan ikärappeumaan sairastuneita potilaita ja heidän omaisiaan ymmärtämään tautia sekä sen hoitoa.

Tämä opas on tuotettu kehittämishankkeena Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa, yhteistyössä Carean Silmätautien yksikön kanssa.

Silmänpohjan ikärappeuma

■ Silmänpohjan ikärappeuma on makulan eli verkkokalvon keskeisen alueen sairaus. Ikärappeumaa on kahta muotoa, kuiva ja kostea. Tällä hetkellä vain kosteaan muotoon on olemassa hoito. Oppaassa keskitytään erityisesti kostean muodon hoitoon ja kuinka seurata sen etenemistä.

Silmänpohjan ikärappeumaa ei voida parantaa, mutta näön heikentymistä voidaan hidastaa. Tauti etenee viikkojen tai vuosikymmenten aikana, riippuen taudin muodosta.

Silmänpohjan ikärappeuman vaikeusasteet vaihtelevat ja sairaus vaatii säännöllistä hoitoa. Tästä syystä taudin diagnosointi ja hoitojen aloittaminen varhaisessa vaiheessa voi parantaa ennustetta.

Oireet

■ Silmänpohjan ikärappeuman oireita ovat erilaiset lähi- ja kaukonäön häiriöt.

Näitä ovat:

- tummat varjostumat
- värinäön heikentyminen
- rajapintojen vääristyminen
- suorien viivojen vääristyminen

Näkökyvyn heikentyminen voi vaikeuttaa päivittäisiä toimintoja, kuten lukemista ja kirjoittamista.

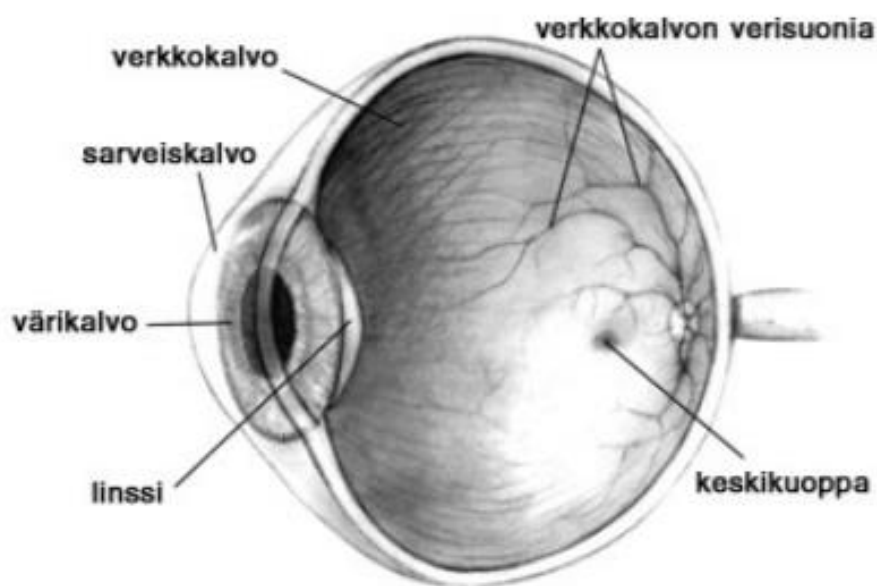
Tutkimukset

■ Silmämöhtjan ikärappeuman diagnostiikassa olennaista on kuivan ja kostean muodon erottaminen toisistaan. Monesti oirekuva on näissä muodoissa samanlainen.

Varmistaakseen diagnoosin lääkäri tekee tarvittavat tutkimukset joita ovat:

- biomikroskooppitutkimus
- verkkokalvon valokerroskuvaus (OCT)
- tarvittaessa fluoreseiiniväriainetutkimus (FAG)

■ Silmänpohjan ikärappeuman kosteassa muodossa suonikalvosta muodostuu uusia epänormaaleja verisuonia, jotka verkkokalvolle tunkeutuessaan vuotavat herkästi makulan eli keskeisen verkkokalvon alueelle. Tämä aiheuttaa kudoksen turvotuksen ja näön heikkenemisen.



Riskitekijöitä

■ Osaan riskitekijöistä ei pysty vaikuttamaan, mutta elintapojen korjaamisella voidaan vähentää riskiä sairastua.

■ Riskitekijät:

- ikä
- perinnöllisyys
- rotu (vaaleaihoisilla suurempi riski sairastua)
- sydän- ja verisuonisairaudet
- verenpainetauti
- korkea kolesteroli
- tupakointi
- ylipaino
- epäterveellinen ruokavalio

Tupakointi lisää sairastumisen riskiä moninkertaisesti, joten tupakoinnin lopettaminen on ensisijaisen tärkeää!

Kostean muodon hoito

■ Silmänpohjan ikärappeuman kostean muodon hoitomuoto on silmänsisäinen injektiohoito.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Carean Silmätautien yksikössä on käytössä kaksi lääkeainetta, bevasitsumabi ja aflibersepti (kauppanimiltään Avastin ja Eylea). Injektiohoidot suunnitellaan potilaskohtaisesti.

Alkuvaiheessa injektioita annetaan tiheämmin ja tämän jälkeen injektioiden määrä ja pistoväli vaihtelevat yksilöllisesti. Keskimäärin injektiohoitoa annetaan 5-8 kertaa vuodessa.

Herkkää makula-aluetta pystytään hoitamaan nykyisin hyvin tuloksin, mutta tulee kuitenkin muistaa, että hoitovasteessa on yksilöllisiä eroja.

Silmänsisäinen injektiohoito

Injektiohoidon valmistelut

Potilaan saapuessa toimenpiteeseen hoitaja tekee tulohaastattelun ja tarvittavat esitutkimukset lääkärin suunnitelman mukaan. Tulohaastattelussa potilaan tulee ilmoittaa hoitajalle mahdolliset allergiat, yliherkkyydet sekä silmätulehdukset tai lähiaikoina olleet sairaalahoitojaksot.

Tulohaastattelun jälkeen potilaalle tiputetaan puudutustippoja molempiin silmiin. Potilas kutsutaan toimenpidesaliin, jossa hoitaja valmistelee potilaan injektiota varten muun muassa puhdistamalla silmän alueen. Silmän alueen puhdistamisen jälkeen lääkäri laittaa potilaan silmänympärysiholle kevyen liinan ja asettaa silmäluomituen, jonka kautta injektio ohjataan silmän lasiaiseen. Itse pistos kestää vain muutaman sekunnin.

Toimenpide on lyhyt ja potilas pääsee kotiin heti toimenpiteen jälkeen.

Toimenpidepäivän kulku



Potilailla on oikeus kieltäytyä hoidosta.
Hoitotoimenpiteitä ei tehdä ilman potilaan
suostumusta.

Kotihoito-ohjeet

■ Injektiohoidon jälkeen:

- silmä voi punoittaa
- silmässä voi tuntua roskan tunnetta
- näkökentässä voi näkyä pieniä hiukkasia

Nämä oireet katoavat yleensä muutaman päivän kuluessa.

Silmää kostuttavia silmätippoja voi käyttää lievittämään tuntemuksia piston jälkeisestä päivästä eteenpäin.

Mikäli toimenpiteen jälkeen esiintyy seuraavanlaisia oireita:

- silmän voimakas punoitus
- kipu
- turvotus
- valonarkuus
- näön sumeneminen

tulee ottaa välittömästi yhteyttä silmätautien yksikköön.

■ Toimenpiteen jälkeen tulee välttää noin viikon ajan:

- raskaita töitä
- ponnisteluja
- silmän hankaamista
- saunomista, uimista sekä kylpemistä
- silmän kastelua 1 vrk:n ajan



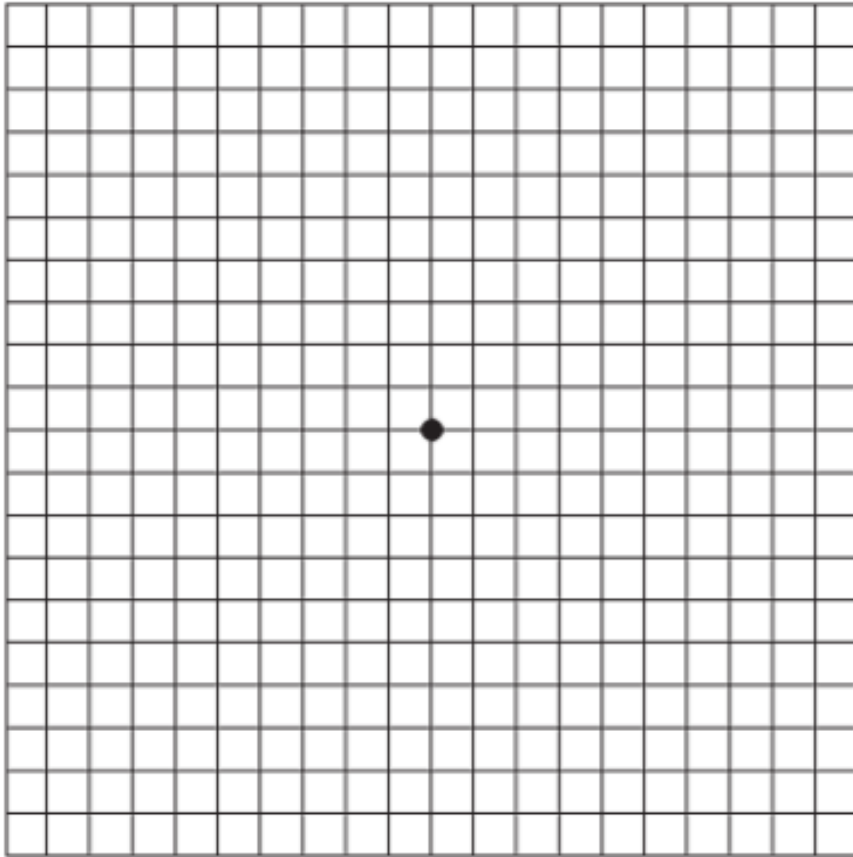
Amslerin kartta

■ Amslerin kartan avulla potilas voi tarkkailla näön muutoksia ja taudin etenemistä kotiolosuhteissa. Amslerin kartta on keskeinen näön seurantaväline.

Kartan ruudukossa esiintyy musta piste, jota potilas katsoo lukuetaäisyydeltä (n. 30cm) Mikäli potilaalla on käytössä lukulasit, tehdään testi niiden kanssa.

Testiä tehdessä potilas peittää toisen silmänsä ja kohdistaa katseensa keskellä olevaan mustaan pisteeseen. Testi toistetaan toisella silmällä.

Jos ruudukon viivat ovat vääristyneet tai jos siinä näkyy mustia tai valkoisia aukkoja, tulee potilaan ilmoittaa tästä silmälääkärille välittömästi.



Kaksi- tai moniteholasit voivat vääristää testitulosta.

Carean Silmätautien yksikön yhteystiedot:

Kymenlaakson keskussairaala

Kotkantie 41

48210 Kotka

puh. 020 633 2121 (poliklinikka)

Avoinna

ma-to klo 7.30-15.30,

pe klo 9-15

Puhelinaika klo 8-15

puh. 020 633 2121



Kymenlaakson sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

SILMÄNPOHJAN IKÄRAPPEUMA

- ▶ Silmänpohjan ikärappeuma on verkkokalvon keskeisen alueen sairaus
- ▶ Silmänpohjan ikärappeumaa on kahta muotoa; kuiva ja kostea
- ▶ Vain kosteaan silmänpohjan ikärappeumaan on olemassa hoitomuotoja
- ▶ Silmänpohjan ikärappeuman vaikeusasteet vaihtelevat potilaiden keskuudessa ja sairaus vaatii säännöllistä hoitoa

Taudin diagnosointi ja hoitojen aloittaminen aikaisessa vaiheessa voi parantaa taudin ennustetta!

OIREET

- ▶ Silmänpohjan ikärappeuman tyypillisimmät oireet liittyvät erilaisiin lähi- ja kaukonäön häiriöihin
- ▶ Häiriöitä voivat olla esimerkiksi:
 - erilaiset tummat varjostumat
 - värinäön heikentyminen
 - rajapintojen tai suorien viivojen vääristyminen

TUTKIMUKSET

- ▶ Olennaisinta on kuivan ja kostean muodon erottaminen toisistaan
- ▶ Yleisempiä tutkimuksia silmänpohjan ikärappeuman diagnosoinnissa ovat:
 - biomikroskooppitutkimus
 - verkkokalvon valokerroskuvaus (OCT)
 - tarvittaessa fluoreseiiniväriainetutkimus (FAG)

RISKITEKIJÄT

► Yleisimpiä riskitekijöitä joihin ei itse pysty vaikuttamaan:

- ikä
- perinnöllisyys
- sydän- ja verisuonitaudit
- verenpaine tauti
- korkea kolesteroli



Osaan riskitekijöistä ei pysty itse vaikuttamaan, mutta elintapojen korjaamisella voidaan vähentää riskiä sairastua!

Riskitekijöitä joihin pystyy itse vaikuttamaan:

- tupakointi
- ylipaino
- epäterveellinen ruokavalio



KOSTEAN MUODON HOITO

- ▶ Silmänpohjan ikärappeuman hoitomuotona on käytössä silmänsisäinen injektiohoito, joka suunnitellaan potilaskohtaisesti
- ▶ Alussa injektioita annetaan tiheämmin ja tämän jälkeen injektioiden määrä ja pistoväli vaihtelevat yksiköllisesti
- ▶ Vuodessa injektioita annetaan keskimäärin 5-8 kertaa

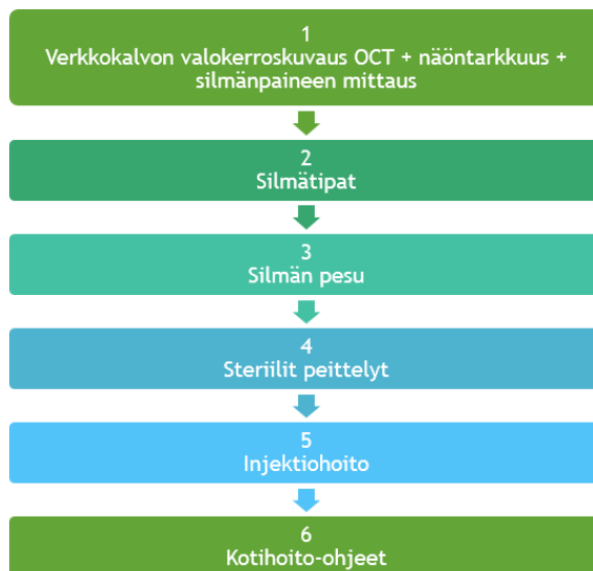


Makulan herkkää aluetta pystytään hoitamaan nykypäivänä hyvin tuloksin. Tulee kuitenkin muistaa, että hoitovasteessa on yksilöllisiä eroja!

TOIMENPIDEPÄIVÄN KULKU

- ▶ Toimenpidepäivänä on tulohaastattelu, jossa käydään läpi toimenpidettä ja tehdään esitutkimukset lääkärin suunnitelman mukaan
- ▶ Tulohaastattelun jälkeen molempiin silmiin tiputetaan puudutustippoja
- ▶ Kun silmätipat alkavat vaikuttaa, potilas kutsutaan toimenpidesaliin, jossa hoitaja valmistelee potilaan injektiota varten

Toimenpide kestää vain hetken ja potilas pääsee kotiin heti tämän jälkeen!



KOTIHOITO-OHJEET

► Toimenpiteen jälkeen voi esiintyä seuraavia oireita:

- silmän punoitusta
- roskan tunnetta silmässä

Näkökentällä voi myös näkyä pieniä hiukkasia.

Mikäli toimenpiteen jälkeen esiintyy seuraavia oireita, ota yhteyttä Silmätautien yksikköön:

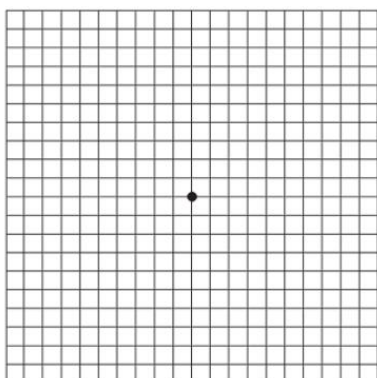
- silmän voimakas punoitus
- kipu
- turvotus
- valonarkuus
- näön sumeneminen



AMSLERIN KARTTA

- ▶ Amslerin karttaa käytetään silmänpohjan ikärappeuman havaitsemiseen
- ▶ Mikäli käytössä on lukiälasit, tulee niitä käyttää testiä tehdessä
- ▶ Testiä tehdessä toinen silmä peitetään ja ruudukkoa katsotaan 30cm etäisyydeltä
- ▶ Testi toistetaan toisella silmällä

AMSLERIN KARTTA



- ▶ Kaksi- tai moniteholasit voivat vääristää testitulosta!
- ▶ Jos ruudukon viivat ovat epäselviä, kaarevia tai sumeita, ilmoita tästä välittömästi silmälääkärillesi