

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja AMK

Satu Suortti

Leea Tuhkiainen

NÄKÖKENTTÄTUTKIMUKSEEN TULEVAN POTILAAN OHJAAMINEN

- potilasoppaan kehittäminen

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

SUORTTI, SATU

TUHKIAINEN, LEEA

Näkökenttätutkimukseen tulevan potilaan ohjaaminen – potilasoppaan kehittäminen

Opinnäytetyö 56 sivua + 17 liitesivua

Työn ohjaaja yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja Kymenlaakson keskussairaala, Silmätautien yksikkö

Avainsanat näkökenttä, näkökenttätutkimus, potilasohjaus, potilasohje

Tämä opinnäytetyö on kehittämistehtävä, jonka tuloksena on laadittu potilasopas näkökenttätutkimukseen tulevalle potilaalle. Oppaan laadinnassa on tehty tiivistä yhteistyötä Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikön näkökenttätutkimuksesta vastaavien hoitajien kanssa. Tämä yhteistyö on ollut todella tärkeää, koska näkökenttätutkimuksesta ei ole juuri tietoa saatavilla.

Opinnäytetyö on jaettu kahteen kokonaisuuteen. Toisessa käsitellään näkökenttätutkimusta sekä siihen liittyviä tekijöitä. Toisena osa-alueena on perehdytty laadukkaaseen potilasohjaamiseen. Hyödyntämällä molemmista osa-alueista koottua tietoa on laadittu potilasopas, jonka oli tarkoitus tuoda potilaille tietoa näkökenttätutkimuksesta selkeästi ja ymmärrettävästi. Tietolähteitä on löydetty kirjallisuudesta sekä internetin sähköisistä tietokannoista. Tiedonhankinnassa on käytetty myös asiantuntijahaastatteluja Silmätautien yksikössä. Koottu tieto on käsitelty sisällönanalyysin avulla.

Kehittämistehtävän tuloksena on laadittu tietopaketti laadukkaasta potilasohjauksesta sekä näkökenttätutkimuksesta. Potilasohjaus on vaikuttavinta silloin, kun se on muun muassa selkeää, riittävää, potilaan tarpeisiin vastaavaa, hyvin suunniteltua ja tilanteeseen soveltuvia menetelmiä hyödyntävää. Hyvä potilasopas on niin ikään selkeä ja potilaan tarpeita vastaava, yleiskielinen, riittävä, ajantasainen ja perusasiat esille tuova. Opinnäytetyön tuloksena on laadittu nämä kriteerit täyttävä malliopas sekä Kymenlaakson keskussairaalan vaatimusten mukaan muotoiltu varsinainen opas.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Kymenlaakso University of Applied Sciences

Health Care

SUORTTI, SATU	Patient Coming to Visual Field Examination creating
TUHKIAINEN, LEEA	a patient's guide
Bachelor's Thesis	56 pages + 17 appendices
Supervisor	Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD
Commissioned by	Kymenlaakso Central Hospital – Ophthalmology Unit
October 2010	
Keywords	vision field, vision field examination, patient guidance, patient's guide

This Bachelor's thesis is a development task. We have created a patient's guide for patients coming to a vision field examination. While creating the guide, we cooperated with the nurses, who carry out vision field examinations in the ophthalmological unit in Kymenlaakso Central Hospital. This cooperation was very important because there is only a limited amount of information about vision field examination available.

Our Bachelor's thesis is divided into two parts. In the first part we handle vision field examination and the factors related to it. In the second one we gathered information about guiding a patient and especially the factors we had to pay attention to when creating a good patient's guide. Accordingly we created a patient's guide, which was to inform the patients clearly and understandably of the vision field examination. We found information in literature and electronic databases. We also interviewed nurses specialized in the examination. We used content analysis for writing our report.

The result of our thesis is an information package of vision field examination and good patient guidance. Patient guidance is most effective when it is for example clear, adequate, responds to the patient's needs, well planned and using methods suitable for the situation. Consequently a good patient's guide is also clear and responds to the patient's needs, written in a common language, adequate and it tells the common cores. We created a guide meeting these criteria and a second guide modified for the demands of Kymenlaakso Central Hospital.

SISÄLLYS

1	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET	7
3	YHTEISTYÖKUMPPANIN KUVAUS	9
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TIETOLÄHTEET	10
	4.1 Kirjallisuus	10
	4.2 Sähköiset tietolähteet	11
	4.3 Asiantuntijahaastattelut tiedonhankinnan menetelmänä	11
	4.4 Haastattelut silmätautien yksikössä	12
5	SISÄLLÖNANALYYSI TIEDONKÄSITTELYN MENETELMÄNÄ	15
6	NÄKÖKENTTÄTUTKIMUS	18
7	SILMÄN ANATOMIA, NÄKÖKENTTÄ JA SIIHEN VAIKUTTAVAT SAIRAUDET	21
	7.1 Näköaistin anatomia	21
	7.2 Näkökenttä	23
	7.3 Näkökenttäpuutoksia aiheuttavia sairauksia	23
8	NÄKÖAISTIN HÄIRIÖIHIN LIITTYVÄT PELOT JA NIIDEN LIEVITTÄMINEN	30
	8.1 Näkökyky ja sen psyykkinen merkitys ihmiselle	30
	8.2 Sairastuminen kriisinä ja pelkojen lievittäminen	31
9	NÄKÖKENTTÄTUTKIMUKSEEN TULEVAN POTILAAN OHJAAMINEN	33
	9.1 Ohjauksen määritelmä	33
	9.2 Ohjausprosessiin vaikuttavat tekijät	34
	9.3 Ohjausmenetelmät	37
10	POTILASOPPAAN LAADINTA	41
	10.1 Yhteenveto kehittämistehtävän teoreettisesta taustasta	41
	10.2 Oppaan laadinnan tavoitteet	42
	10.3 Oppaan laadinnan vaiheet	42
	10.4 Kehittämistehtävän ja potilasoppaan arviointi	47
11	POHDINTA	48
	11.1 Kehittämistehtävän luotettavuus	48
	11.2 Eettiset tekijät kehittämistehtävän taustalla	50
	11.3 Potilasoppaan käyttöehdotuksia	52
	LÄHTEET	54

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustaulukko
- Liite 2. Kuvaus tietokantahauista
- Liite 3. Kuvaus sisällönanalyysiprosessista taulukoituna
- Liite 4. Näkökenttätutkimuslaite Octopus
- Liite 5. Näkökenttätutkimuslaite Goldmann
- Liite 6. Käyttöön tuleva potilasopas
- Liite 7. Mallikappale vaikuttavasta potilasoppaasta

1 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme alkuperäinen aihe, Näkökenttätutkimukseen tulevan potilaan ohjaus – potilaan kokemukset, on Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän, Carean, ehdottama. Aiheesta ei ole aiemmin tehty tutkimuksia, ja siitä syystä se katsotaan tärkeäksi ja ajankohtaiseksi tutkimuksen kohteeksi. Heti opinnäytetyömme alkuvaiheessa Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien poliklinikan osastonhoitajan kanssa käymämme puhelinkeskustelun perusteella sekä keskussairaalan ylihoitajan kanssa keskusteltuamme aiheemme muuttui siten, että luovuimme potilaan kokemusten näkökulmasta. Carean yleislinjauksena on, että potilaskyselytutkimuksia ei tehdä, eli tähän aiheeseen emme olisi saaneet lupaa. Sen sijaan kirjallisen potilasohjeen laatiminen näkökenttätutkimukseen tuleville potilaille tuli esille ehdotuksena, jota Silmätautien yksikkö puolsi. Tällä hetkellä tällaista potilasohjetta ei ole osastolla olemassa.

Näkökenttätutkimus kuuluu esimerkiksi glaukoomapotilaiden seurantatutkimuksiin olennaisena osana. Kyseisiä tutkimuksia tehdään Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikössä vuosittain muutamia satoja - esimerkiksi tänä vuonna näkökenttätutkimuksia tehdään noin 570 kappaletta, mikäli ajanvarauspohja pysyy vuoden loppuun asti samana. Yksityisten lääkäreiden läheteellä näkökenttätutkimukseen tulevien potilaiden osuus tutkittavista on noin 30 prosenttia (Asiantuntijahaastattelu (2)). Glaukoomaa sairastavia on Suomessa 72 000, ja riski sairastua kohoaa iän myötä. Glaukoomaa sairastavan tulee silmänpaineen mittaamisen lisäksi käydä näkökenttätutkimuksessa kerran vuodessa, jotta sairauden eteneminen voidaan havaita. Silmätutkimuksien (silmänpaineen mittaaminen, näkökenttätutkimus ja biomikroskooppinen silmätutkimus) avulla voidaan tunnistaa suurin osa glaukoomatapauksista. (Vesti 2009.)

Asiakkaalla on lainmukainen oikeus saada riittävää ja laadukasta ohjausta terveydentilaansa liittyen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tutkimusten mukaan laadukkaalla ohjauksella voidaan lisätä asiakkaan hyvinvointia ja hoitomyönteisyyttä sekä ehkäistä sairauden pahenemista ja sairaalassa käyntien lisääntyminen (Kaila ja Kuivalainen 2007, 21). Hoitohenkilökunnan antama suullinen ja henkilökohtainen ohjaus on usein asiakkaiden mielestä hyvää, mutta muita ohjausmenetelmiä ei juurikaan käytetä tai niiden käyttö on vajavaista. Asiakkaat eivät välttämättä saa lainkaan kirjallista materiaalia, vaikka tämä olisi tärkeää, sillä kirjallisten ohjeiden avulla

asiakkaat voivat tarkistaa tutkimukseen liittyvät asiat milloin tahansa ja varautua siihen paremmin etukäteen. (Kääriäinen 2007, 119.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on siis tuoda hoitotyön ammattilaisille tietoa aiheesta, jotta hoitotyön ja ohjauksen laatua voidaan parantaa. Tällöin tutkimuksesta olisi hyötyä myös asiakkaille. Opinnäytetyömme tavoitteena on luoda potilasopas näkökenttätutkimukseen tulevalle asiakkaalle. Tämän oppaan tarkoitus vastaavasti on antaa asiakkaalle tietoa näkökenttätutkimuksesta, jotta asiakas saa tietää tutkimuksen luonteesta ja siihen varautumisesta etukäteen, kuten edellisessä kappaleessa on perusteltu. Näin ollen potilasohje helpottaa itse tutkimustilanteessa annettavaa ohjausta ja sen avulla voidaan vähentää tutkimukseen kuluva aikaa. Opinnäytetyömme tavoitteena on myös tuoda tietoa näkökenttätutkimuksesta ja erityisesti potilasohjauksesta hoitotyön ammattilaisille, jolloin hoitohenkilökunnan valmiudet ohjata tutkimukseen tulevaa asiakasta paranevat.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET

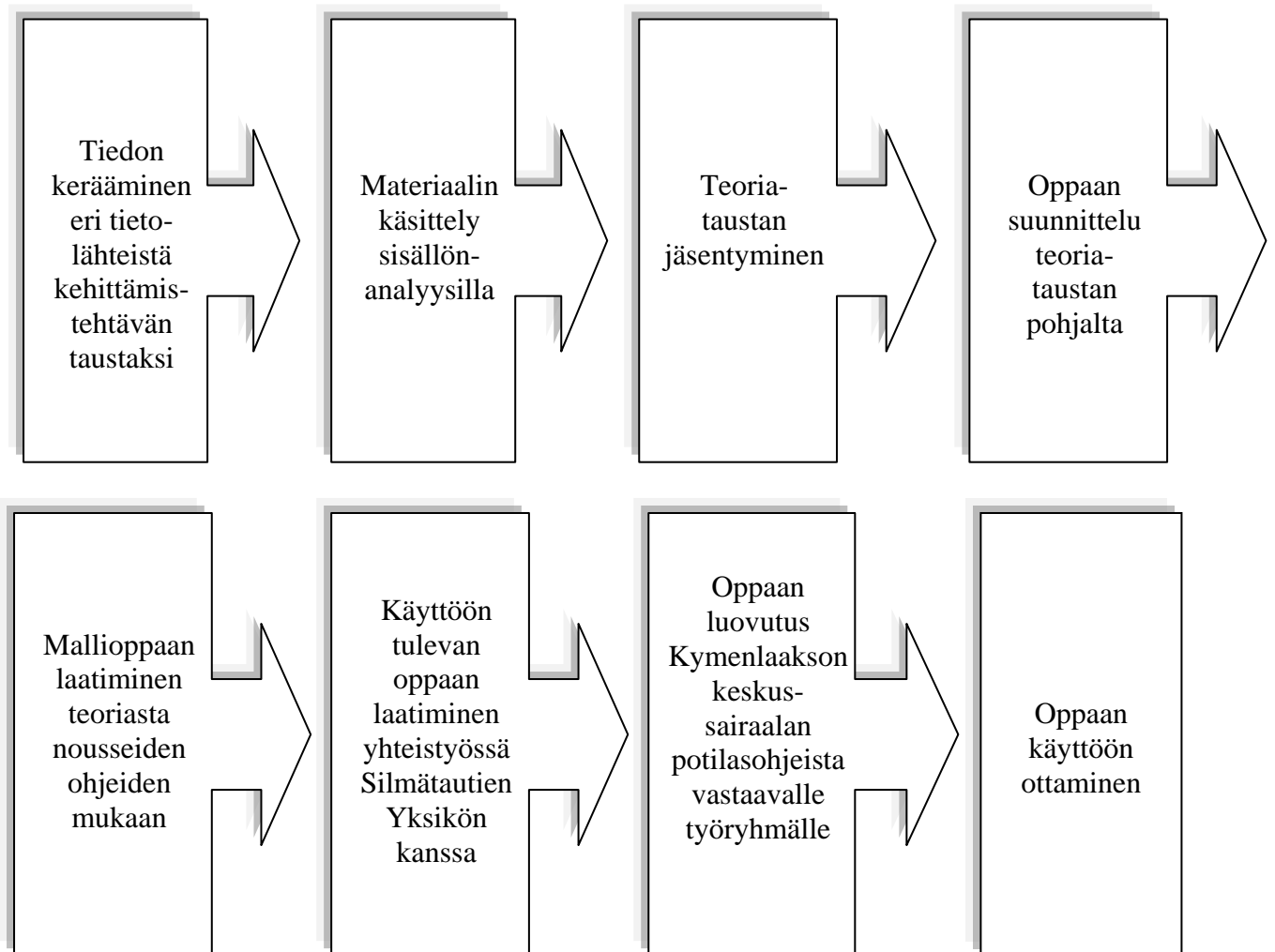
Opinnäytetyömme muoto on kehittämistehtävä, jonka tarkoituksena on luoda potilasopas näkökenttätutkimukseen tuleville asiakkaille. Kymenlaakson keskussairaalaissa näkökenttätutkimuksia tehdään Silmätautien yksikössä ja kyseisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakkaan näkökentän mahdollisia puutosalueita. Näkökenttätutkimuksesta kerromme lisää yksityiskohtaisemmin tämän opinnäytetyön kappaleessa kuusi, s. 17.

Kehittämistehtävämme vaiheisiin kuuluvat karkeasti jaettuna tehtävän suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaihe (Järvinen & Järvinen 2000, 130). Kun tavoitteena on luoda potilasopas hoitotyön kehittämiseksi, voidaan vaiheet jakaa oppaan suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin sekä lopullisen oppaan valmistamiseen. Olemme edenneet tätä työtä tehdessämme näiden vaiheiden mukaisesti. Olemme seuraavassa kuviossa (kuva 1) halunneet kuvata tarkemmin opinnäytetyöprosessimme etenemistä. Tämän kuvauksen avulla lukijan on helpompi ymmärtää työmme kulku ja eri vaiheet prosessin aikana.

Alussa siis olemme keränneet kaiken mahdollisen opinnäytetyömme aiheeseen liittyvän materiaalin, jota kirjallisuudesta, sähköisistä lähteistä ja haastattelujen avulla

löysimme – kuten selvennämme opinnäytetyömme kappaleessa 4 Kehittämistehtävän tiedonlähteet. Tämän materiaalin olemme käsitelleet sisällönanalyysilla, jotta kehittämistehtävämme tavoitteisiin vastaava informaatio löytyisi. Sisällönanalyysiprosessista kerromme myös myöhemmin tässä työssä.

Tiedon jäsentelyn jälkeen lähdimme laatimaan potilasopasta, joka olisi mahdollisimman vaikuttava ja näkökenttätutkimukseen tulevien potilaiden tarpeita vastaava. Tämän potilasoppaan lisäksi laadimme myös varsinaisen oppaan, joka tulee käyttöön Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikköön. Oppaan muokkaukseen saimme apua Silmätautien yksiköltä ja heidän toivomustensa perusteella oppaan sisältö muovautui. Opas tulee luovuttaa potilasohjeita suunnittelevan ja työstävän työryhmän arvioitavaksi, jotta se voidaan ottaa käyttöön tulevaisuudessa. Oppaan siirtäminen Carean potilasohjepohjalle tapahtuu kuitenkin edellä mainitun potilasohjetyöryhmän toimesta.



Kuvio 1. Kehittämistehtävän vaiheiden kulku

Olemme asettaneet työllemme seuraavia tavoitteita:

1. Perehdymme näkökenttätutkimukseen liittyviin asioihin, kuten
 - 1.1 mikä näkökenttätutkimus on
 - 1.2 mitä tarkoitusta varten tutkimus tehdään
 - 1.3 mitä tutkimuksen avulla voidaan selvittää.

2. Selvitämme,
 - 2.1 millaista on hyvä ja laadukas potilasohjaus
 - 2.2 mitä vaikutuksia potilasohjauksella on
 - 2.3 miten ohjauksesta voidaan tehdä asiakasta parhaiten hyödyntävä prosessi
 - 2.4 millainen on hyvä ja toimiva kirjallinen potilasohje.

3. Edistämme potilastyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä antamalla potilaille kirjallista, selkeää ja ymmärrettävää tietoa näkökenttätutkimuksesta.

4. Luomme näkökenttätutkimukseen tuleville potilaille selkeän potilasoppaan, josta ilmenee,
 - 4.1 mikä näkökenttätutkimus on ja miten se etenee
 - 4.2 miksi tutkimus tehdään
 - 4.3 miten tutkimukseen tulee varautua.

3 YHTEISTYÖKUMPPANIN KUVAUS

Vuoden 2010 alussa Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin liittyi Kymenlaakson erityishuoltopiiri, jolloin uusi kuntayhtymä sai nimekseen Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä Carea. Kuntayhtymän tehtäviin ja tavoitteisiin kuuluu muun muassa huoltaa jäsenkuntien erikoissairanhoidosta sekä erityishuollon palveluista, edistää asukkaiden terveyttä, toiminta kykyä ja turvallisuutta. Uuden kuntayhtymän jäsenkuntiin lukeutuvat Kotka, Hamina, Kouvola, Miehikkälä, Virolahti ja Pyhtää. Carean vastuualueeseen kuuluvat siis kaikki Kymenlaakson alueella olevat sosiaali- ja terveystalvelut. Alueen terveystalveluihin kuuluvat kunnalliset terveystalvelut sekä Kotkassa sijaitseva keskussairaala ja Kuusankoskella sijaitsevat aluesairaala ja psykiatrinen sairaala. (Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (2).)

demateriaalimme on peräisin kirjallisuudesta. Olemme käyttäneet työssämme monen erikoisalan kirjallisuutta: anatomia, silmätaudit, diabetes, neurologia. Varsinaisen lähdemateriaalin lisäksi olemme hyödyntäneet menetelmäkirjallisuutta. Menetelmäkirjallisuutta olemme käyttäneet apuna sisällysluettelon ja lähdeluettelon laadinnassa sekä valitsemiemme menetelmien kuvailussa ja perustelemisessa. Monipuolisen lähdemateriaalin käyttö on tutkimus- tai kehittämistyötä tehtäessä välttämätöntä, koska aiheeseen tulee tutustua laajasti ja syvällisesti (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 217).

4.2 Sähköiset tietolähteet

Liitteenä taulukko käyttämistämme tietokannoista, hakusanoista ja löytyneiden lähdeviitteiden määristä (ks. liite 2). Koska aihealueemme koskee suppeaa erikoisalaa, olemme hyödyntäneet sähköisiä tietolähteitä runsaasti.

4.3 Asiantuntijahaastattelut tiedonhankinnan menetelmänä

Haastattelu on yksi eniten käytetyistä tiedonkeruumuodoista. Erityisesti vapaamuotoiset ja vähemmän strukturoidut haastattelumenetelmät ovat kasvattaneet suosiotaan. Myös teemahaastattelu, jota kehittämistehtävämme yhtenä tiedonkeruumenetelmänä käytämme, on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Se on lähempänä strukturoimattomaa kuin strukturoitua haastattelua. Muista puolistrukturoiduista menetelmistä poiketen teemahaastattelussa kysymysten muoto ja järjestys saattavat poiketa eri haastateltavien kohdalla. Myös haastattelukertojen määrä ja haastattelussa kerättyjen tietojen syvyys voivat poiketa toisistaan. Yhteistä haastatteluille ovat kuitenkin aihepiirit, teemat, jotka ovat samat kaikkien haastateltujen kohdalla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47 – 48.)

Yksi haastattelun suurimmista eduista on se, että voimme haastattelutilanteessa suunnata tiedonhankintaa ja syventää sekä selventää haastateltavan esiin tuomia asioita. Tästä on etua etenkin silloin, kun käsiteltävästä aiheesta on olemassa ennestään vain vähän tutkimustietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34 – 35.) Olemmekin päätyneet käyttämään nimenomaan teemahaastattelua, koska työn aiheesta, näkökenttätutkimuksesta, on vain vähän tutkimustietoa saatavilla. Koska yhteistyökumppanimme (Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Carea) ei pääosin salli potilaskyselyinä tehtäviä opinnäytetöitä, olemme hankkineet tietoa näkökenttätutkimuksen asiantunti-

joilta Kymenlaakson keskussairaalan silmätautien yksikössä. Menetelmäkirjallisuudessa tällä tavalla kerättyä tietoa kutsutaan työntekijöiden kokemukseen perustuvaksi tiedoksi (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 104). Tähän kategoriaan kuuluu myös Kymenlaakson keskussairaalan henkilökunnalta keräämämme tieto.

Teemahaastattelua suunnitellessa olemmekin huomioineet oman kehittämistehtävämme tavoitteet ja luoneet haastattelukysymykset näiden tavoitteiden pohjalta. Haastattelukysymykset muotoutuivat seuraavan taulukon (Taulukko 1) mukaisesti. Itse haastattelutilanteessa käytimme haastattelukysymyksiämme runkona ja tarpeen vaatiessa tarkensimme kysymyksiä ja pyysimme lisäselvitystä.

Taulukko 1. Asiantuntijahaastattelujen tausta

Kehittämistehtävän tavoite	Teoriaosuudessa sivut	Haastattelun kysymys
1.2 Millaisille asiakkaille näkökenttätutkimus tehdään?	17, 22-29	Millaisille asiakasryhmille näkökenttätutkimuksia tehdään?
4.1 Mikä näkökenttätutkimus on ja miten se etenee?	17-20	Mikä on näkökenttätutkimus ja miten se etenee?
4.2 Miksi näkökenttätutkimus tehdään?	17, 22-29	Mitä kautta asiakkaat tulevat näkökenttätutkimukseen?
4.3 Miten näkökenttätutkimukseen tulee varautua?	17, 35-36, 38	Mitä asiakkaan tulee tietää osatakseen varautua näkökenttätutkimukseen?

4.4 Haastattelut silmätautien yksikössä

Kävimme tutustumassa Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikköön ja samalla haastattelimme näkökenttätutkimuksesta vastaavia hoitajia. 16.11.2009 ja 29.3.2010 haastattelimme näkökenttätutkimuksista vastaavaa perushoitajaa ja 13.9.2010 kävimme haastattelemassa Silmätautien yksikössä työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelujen tarkoituksena oli syventää teorian tietoa näkökenttätutkimuksesta, koska materiaalia aiheesta on saatavilla rajallisesti.

Ensimmäisellä käynnillä näkökenttätutkimuksesta vastaava hoitaja esitteli näkökenttätutkimushuonetta sekä tutkimukseen liittyviä koneita. Haastattellessamme häntä kysyimme näkökenttätutkimukseen liittyviä kysymyksiä, joilla keräsimme alustavaa tie-

toa näkökenttätutkimuksesta sekä tutkimuksen asiakasryhmistä. Haastateltava hoitaja kertoi meille laajasti näkökenttätutkimukseen liittyvistä asioista. Haastattelun sisältö tiivistettynä:

Glaukoomapotilaat ovat suurin näkökenttätutkimuksessa käyvä asiakasryhmä. Heidän kohdallaan näkökenttäseurantoja suoritetaan 1 - 2 kertaa vuodessa, mikäli näkökentässä havaitaan tapahtuvan muutoksia, tai kerran kahdessa vuodessa, mikäli näkökenttätutkimuksesta saatavat tulokset ovat hoitotasolla. Muita syitä näkökenttätutkimukseen voivat olla esimerkiksi traumat, näköhermon tulehdukset ja neurologiset sairaudet. Tutkimuksen suorittaminen pienille lapsille on ongelmallista, sillä lasten on tavallisesti vaikeaa keskittyä tarkkuutta vaativaan tutkimukseen ja tästä syystä tulokset olisivat epäluotettavia. Tästä syystä tutkimukseen tulevat ovatkin yli 7-vuotiaita. (Asiantuntijahaastattelu (1).)

Asiakkaat ohjautuvat näkökenttätutkimukseen useimmiten Keskussairaalan Silmätautien poliklinikan lääkäreiden tai yksityisten lääkäreiden läheteellä. Neurologisten ongelmien vuoksi tutkimukseen tulevat asiakkaat tulevat neurologin läheteellä. Harvinaista prolaktinoomaa eli aivolisäkkeen kasvainta epäiltäessä myös gynekologinen potilas voidaan lähettää näkökenttätutkimukseen. Joissakin tapauksissa myös sisätautilääkärit lähettävät potilaitaan tutkimukseen. Äkillisistä näkökentän häiriöistä, jotka voivat olla esimerkiksi traumasta johtuvia, kärsivät tulevat päivystyksen kautta. (Asiantuntijahaastattelu (1).)

Näkökenttätutkimukseen varautuminen ei vaadi juuri poikkeamista normaalista elämästä. Tutkimukseen on hyvä varata aikaa noin tunti. Näkökenttätutkimus vaatii keskittymistä sekä silmän ja käden yhteistyön toimivuutta. Tutkimus tehdään lukulaseilla, ja asiakkaan tulisikin ottaa mukaansa lukulasit ja lasimääritys mukaansa, mikäli hänellä sellaiset on. Mikäli asiakkaalla on käytössään lääkkeitä, hän voi ottaa ne normaalisti myös tutkimuspäivänä. Tämä koskee myös mahdollisia silmätippoja. (Asiantuntijahaastattelu (1).)

Toisella kerralla tutustuimme näkökenttätutkimuksen tekemiseen käytännössä siten, että näkökenttätutkimuksesta vastaava hoitaja suoritti meille näkökenttätutkimuksen. Lisäksi kysyimme jälleen muutamia tarkentavia kysymyksiä tutkimukseen liittyen ja keskustelimme potilasohjeen tulevasta sisällöstä sekä sen ulkoasuun liittyvistä asiois-

ta. Haastattelun sisältö tiivistettynä:

Myös näkökenttätutkimukseen, kuten muihinkin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin tulevilla asiakkaila, voi olla tutkimukseen ja sen tuloksiin liittyviä pelkoja. Sokeutumisen pelko on yksi yleisimmistä ongelmista tutkimukseen tulevilla asiakkaila. Näkö on tärkeä ihmiselle tärkeä aisti ja sen menettämistä pelätään, kun lääkäri lähettää vastaanotoltaan näkö tutkimuksiin. Lääkärit eivät yleensä ohjaa asiakkaita riittävästi ja näköön liittyvistä tutkimuksista kerrotaan vähän, mikä lisää tutkimukseen tulevien asiakkaiden pelkoja. Noin puolet yksityiseltä puolelta tulevista asiakkaista on melko lailla tietämättömiä, mihin tutkimukseen ovat ylipäänsä tulossa. Toisaalta toistuvasti käyvät asiakkaat tietävät jo valmiiksi paljon tutkimuksesta ja muistavat edellisiltä kerroilta, joten heidän ohjaamiseensa ei mene paljon aikaa. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

Näkökenttätutkimuksessa ehdottoman tärkeää on käden ja silmän yhteistyön toiminta. Yliyrittäminen on näkökenttätutkimusta tekevillä asiakkaila yleistä ja se vaikeuttaa sekä hidastaa tutkimuksen kulkua. Liiallinen yrittäminen aiheuttaa virheitä, jolloin tutkimuksen tulos ei ole luotettava. Tällöin tutkimus joudutaan yleensä aloittamaan alusta. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

Tutkimukseen tullessa asiakkaiden on hyvä varata riittävästi aikaa tutkimuksen tekemiseen. Vaikka itse tutkimus ei hyvin sujuessaan viekään tietokoneohjatulla Octopus-laitteella 15 minuuttia kauempaa silmää kohden, niin huolellinen ohjaus ennen tutkimusta vie sitäkin enemmän. Perinteisellä Goldman -laitteella tutkimukseen kuluva aika on hieman pidempi (lisää tietoa näkökenttätutkimuslaitteista ja näkökentän tutkimisesta löytyy tämän opinnäytetyön kappaleessa 6 Näkökenttätutkimus). Lisäksi tutkimukseen kuluva aika kasvaa, mikäli näkökenttäpuutoksia havaitaan. Tutkimuksen kuluusta ja näkökenttätutkimukseen liittyvistä asioista kertominen on tärkeää, jotta tutkimus on luotettava. Usein asiakkaila on myös kysymyksiä liittyen esimerkiksi silmä-sairauksiin ja omaan terveydentilaansa. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

Näkökenttätutkimuksista vastaavan hoitajan mukaan kirjallisessa oppaassa olisi hyvä kertoa, miksi näkökenttätutkimus tehdään, mitä siinä tutkitaan ja miten tutkimus etenee. Toisaalta esimerkiksi sairauksia ei yksityiskohtaisesti kannata ohjeessa luetella. Sen sijaan esimerkiksi ylivoimaisesti yleisimmän näkökenttäpuutoksia aiheuttavan sairauden, eli glaukooman, mainitseminen esimerkkinä ohjeessa riittää. Kymenlaak-

son sairaanhoitopiirillä on käytössä oma potilasohjestandardi, joka rajaa jonkin verran kirjallisen ohjeen ulkomuodon muokkausta. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

Kolmannella käynnillämme silmätautien yksikössä tapasimme toisen työelämän ohjaajistamme. Tarkoituksenamme oli nyt keskittyä itse potilasoppaan laatimiseen liittyviin seikkoihin. Koska Kymenlaakson sairaanhoitopiirillä on käytössä oma mallipohja potilasoppaille, meille oli jäänyt epäselväksi, rajoittaisiko tämä oman oppaamme kehittämistä. Työelämän ohjaajamme mukaan voimme kuitenkin valmistaa näkökenttätutkimukseen tulevan potilaan potilasohjeen hyvän potilasoppaan kriteerit täyttäväksi, ja KOKS:n silmätautien yksikkö muokkaa oppaamme myöhemmin sellaiseen muotoon kuin sairaanhoitopiirin mallipohjavaatimus edellyttää. (Asiantuntijahaastattelu (3).)

5 SISÄLLÖNANALYYSI TIEDONKÄSITTELYN MENETELMÄNÄ

Tämä opinnäytetyö on vaatinut laajaa ja monipuolista perehtymistä sekä silmän anatomiaan, silmätauteihin ja näkökenttätutkimukseen että toisaalta potilasohjaukseen. Jotta olemme saaneet kootuksi laajasta aineistosta juuri tähän opinnäytetyöhön liittyvän tiedon, olemme käyttäneet aineiston analysoinnin menetelmänä sisällönanalyysia. Seuraavissa kappaleissa kuvataan sisällönanalyysimenetelmää ja sen etenemistä.

Sisällönanalyysilla tarkoitetaan menetelmää, jota käytetään tutkimuksen aineiston käsittelyssä, järjestelyssä ja kuvaamisessa. Sen avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentti voidaan tässä tapauksessa ymmärtää hyvin väljästi, se voi olla mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Sisällönanalyysillä tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan tiivistetysti ja yleisellä tasolla. Tällä menetelmällä aineisto saadaan kuitenkin periaatteessa vain järjestettyä johtopäätöksien tekemistä varten valmiiksi. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, millä tarkoitetaan aiempaan tietoon perustuvan luokittelun, valmiin viitekehyksen mukaisesti suoritettavaa analyysia. (Kynä & Vanhanen 1999, 3; Tuomi & Sarajärvi 2006, 105.)

Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Sarajärven ja Tuomen (2006) mukaan monet erilaisilla nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät voidaan katsoa perustuviksi sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysin voidaan

katsoa olevan pohjana myös määrällisissä tutkimuksissa, koska myös niissä aineistoa analysoidaan. Sisällönanalyysissä aineiston sisältöä pyritään kuvaamaan sanallisesti. Tässä työssä olemme käyttäneet sisällönanalyysiä keskeisimpänä menetelmänämme, koska työmme perustuu lähes yksinomaan kirjallisen lähdemateriaalin hyödyntämiseen. (Tuomi & Sarajarvi 2006, 93, 107.)

Ennen sisällönanalyysiprosessin alkua olemme etsineet mahdollisimman paljon materiaalia liittyen kehittämistehtävämme pääteemoihin eli näkökenttätutkimukseen ja potilasohjaukseen. Tiedonkeruun menetelmiä voivat olla esimerkiksi kirjallisuus, tutkimukset, artikkelit, haastattelut tai kyselyt (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 – 5). Tähän kehittämistehtävään tietoa on kerätty kirjallisuudesta, sähköisistä lähteistä sekä haastattelujen avulla. Tiedonkeruuprosessin ohessa mietimme, kuinka laajasti aihetta käsitelisin ja mitä näkökenttätutkimukseen sekä silmätauteihin liittyviä asioita meidän tulisi työssämme huomioida. Näin ollen myös kehittämistehtävän tavoitteet muovautuivat lopulliseen muotoonsa. Löydettyämme riittävästi materiaalia olemme käyneet sitä lävitse etsien samalla vastauksia työmme tavoitekysymyksiin (ks. kehittämistehtävän tavoitteet kpl. 2).

Tiedonkeruun jälkeen hajallaan olevaan materiaaliin on tutustuttu siten, että siitä on etsitty vastauksia kehittämistehtävän tavoitekysymyksiin. Tässä työssä etsimme vastauksia esimerkiksi seuraaviin kysymyksiin: ”Mihin sairauksiin liittyy näkökenttäpuutoksia? Mikä on näkökenttätutkimus? Mille asiakasryhmille näkökenttätutkimuksia tehdään? Millaista on hyvä potilasohjaus? Millainen on hyvä kirjallinen potilasohje? Mikä merkitys on potilasohjauksen onnistumisella?”. Näihin kysymyksiin löydetty vastaukset on otettu sanatarkasti ylös alkuperäisinä lainauksina (ks. liite 3). Tästä eteenpäin aineistolähtöinen, induktiivinen sisällönanalyysi on edennyt kolmivaiheisena prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa olemme pelkistäneet aineiston, eli alkuperäiset ilmaisut on tiivistetty. Lainaukset pelkistetään siis sellaiseen muotoon, joka vastaa tutkimuskysymykseen entistäkin tiiviimmin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Toisessa vaiheessa nämä tiivistetyt ilmaisut on pelkistetty edelleen ryhmittelemällä ne siten, että ilmaisut muodostavat loogisia alakategorioita keskenään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.) Kolmannessa vaiheessa aineisto on abstrahoitu, eli siitä on luotu teoreettisia käsitteitä (ks. liite 3). Nämä ryhmien perusteella löydetty termit siis muodostavat yläkategorioita. Aineisto on ryhmitelty siten, että samaan ryhmään kuuluvat

vastaukset on laitettu yhteiseen sarakkeeseen. Nämä kategoriat jakautuivat edelleen alakategorioihin ja lopulta yläkategorioihin (ks. liite 3). (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7; Tuomi & Sarajärvi 2006, 110 – 111; Vilkka 2005, 140.)

Sisällönanalyysin lopullisena tarkoituksena on edellä kuvattujen vaiheiden kautta saattaa hajallaan oleva materiaali yhteen, koko materiaalin kattavaksi käsitteeksi eli yhdistäväksi kategoriaksi. Tällainen lopputuloksena saatu yhdistävä termi voidaan nähdä tutkimuksen ytimenä ja perimmäisenä ideana, joka antaa tutkimukselle lopullisen tutkimusongelman. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 – 5, 7.) Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysiprosessin edetessä tuli selväksi, ettei kaikkea materiaalia ole mielekästä yhdistää yhdeksi, yhdistäväksi kategoriaksi. Materiaali käsittelee kahta eri aihepiiriä, näkökenttätutkimusta ja potilasohjausta, joita ei ole tarpeen yhdistää keskenään. Työmme edetessä olemme pitäneet nämä aihealueet myös erillään toisistaan ja käsitelleet niitä kahtena kokonaisuutena.

Sisällönanalyysiprosessi on hyvä taulukoida aina alusta lähtien. Taulukkoon sijoitetaan omiin sarakkeisiinsa aineistosta saadut lainaukset, niiden pelkistetyt muodot, alakategoriat, yläkategoriat sekä yhdistävä kategoria. Taulukoimalla koko prosessi mahdollistetaan se, että myös tutkimuksen lukija voi ymmärtää sisällönanalyysin ajatuksen ja prosessin aikana tehdyt päätelmät, joiden mukaan aineiston materiaali on käsitelty. Näin ollen sisällönanalyysiprosessi on luotettavampi ja tarkistettavissa myöhemmin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10 – 11.) Kehittämistehtävämme sisällönanalyysiprosessin olemme siis taulukoineet ohjeiden mukaisesti, jotta prosessin seuraaminen ja tarkistaminen jälkeinpäin olisi mahdollista (ks. liite 3).

Sisällönanalyysin luotettavuuden tarkistaminen on aina haasteellista, sillä koko analyysiprosessi, aineiston pelkistäminen ja kategorioiden muodostaminen on tutkijan oman näkemyksen ja mielipiteiden varassa. Nyrkkisääntönä analyysiprosessin luotettavuuden suhteen voidaan pitää kuitenkin sitä, että kategorioiden sekä prosessin lopputuloksen tulee muodostaa yhteys alkuperäiseen aineistoon. Vaikka muodostunut lopputulos näyttäisikin teoriassa hyvältä, se ei ole luotettava, mikäli yhteyttä aineistoon ei voida osoittaa. Vastaavasti tulos voi olla hyvin yhteydessä aineistoon, mutta välillä muodostuneet kategoriat eivät, jolloin analyysiprosessi on jälleen epäluotettava. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi suositellaan käytettäväksi esimerkiksi toista luokittelijaa aineistolle tai face-validiteetin käyttöä. Face-validiteetti tarkoittaa sitä, että analyysiprosessi ja sen tulos esitetään niille henkilöille, kenelle tutkittava ilmiö on valmiiksi tuttu. Nämä henkilöt voivat sitten arvioida analyysiprosessin luotettavuutta. Toisen luokittelijan analysoidessa aineistoa voidaan sen sijaan laskea yksimielisyyskerroin. Mikäli tämä kerroin on 80 - 85 prosenttia, analyysin tulosta voidaan pitää luotettavana. (Kygäs & Vanhanen 1999, 10 – 11.)

6 NÄKÖKENTTÄTUTKIMUS

Tämän työn kappaleessa 7.3 kerromme näkökenttäpuutoksia aiheuttavista sairauksista (ks. 7.3 Näkökenttäpuutoksia aiheuttavia sairauksia, s. 22). Näkökenttätutkimuksen avulla saadaan tarkkaa tietoa näkökentän tilasta, ja se on siksi osa edellä kuvattuihin sairauksiin liittyviä tutkimuksia. Seuraavaksi kerromme tarkemmin näkökenttätutkimuksesta.

Näkökenttätutkimus tehdään, kun halutaan selvittää asiakkaan näkökentässä olevia puutosalueita. Tutkimukseen tulemisen taustalla on useimmiten silmänpainetauti. Tutkimus tapahtuu siten, että asiakas katsoo näkökenttälaitteen (esim. Octopus, ks. liite 4) sisällä olevaa neljän vihreän pisteen muodostamaa ristikköä, ns. fiksaatiopistettä, ja painaa painiketta aina, kun havaitsee valopisteen välähdyksen. Välähdyksiä tulee satunnaisesti eri puolilta näkökenttää, jolloin voidaan selvittää se, millä alueella näkökenttäpuutos on (Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (1).)

Näkökenttätutkimuksen tulisi olla mahdollisimman luotettava ja toistettavissa oleva, jotta vastaavasti diagnoosin tekeminen olisi luotettavaa ja mahdollisia näkökentässä tapahtuvia muutoksia voitaisiin seurata. Luotettavuuteen voivat kuitenkin vaikuttaa monet eri asiat kuten asiakkaan, ikä, tila ja keskittyminen tutkimuksen edetessä. (Friberg ym. 2007.)

Näkökenttätutkimus voidaan suorittaa yksinkertaisimmillaan sormiperimetriaa käyttämällä. Tällöin asiakas ja tutkimuksen suorittaja ovat vastakkain, asiakas peittää toisen silmänsä ja katsoo suoraan eteenpäin. Tutkija liikuttaa sormiaan näkökenttäalueella eri suunnissa ja kysyy, näkeekö asiakas sormien liikkuvan. Mikäli asiakas ei jollakin näkökentän alueella näe sormia, on tämä merkki näköpuutosalueesta. Sormiperi-

metrian avulla saatua tulosta verrataan normaalin perifeerisen näkökentän rajoihin. (Hietanen ym. 2005, 23; Mustonen 2001, 341.) Sormiperimetrian avulla on mahdollista saada tietoa näkökentän kaventuneisuudesta tai mikäli näkökentässä on puolipuuoksia. Toisaalta pienten näkökenttäpuutosten havaitsemiseen tarvitaan tarkempia mitausmenetelmiä. (Hyvärinen 2009.)

Joissakin tapauksissa halutaan selvittää myös molempien silmien yhteisnäkö, jolloin näkökenttätutkimus suoritetaan molemmilla silmillä yhtä aikaa. Tätä kutsutaan binoculaariseksi näkökenttätutkimukseksi eli molemmat silmät yhtä aikaa avoinna olevaksi näkökenttätutkimukseksi. Tällainen näkökenttätutkimus on yleisin ajokorttia varten tehtävien silmätutkimusten yhteydessä. (Asiantuntijahaastattelu (2)).

Näkökentän tutkimiseksi on olemassa myös erityisiä laitteita, esimerkiksi Goldmannin perimetri (ks. liite 3). Se on puolikkaan pallon muotoinen "pata", jonka keskustaan tutkittava katsoo yhdellä silmällä kerrallaan. Tutkija liikuttelee valo-objektia eri puolilla laitetta sivuilta keskeimmälle päin pyrkien kartoittamaan tutkittavan näkökentän rajat. Valo tuodaan potilaan perifeeriseen näkökenttään sivulta päin tasaisella nopeudella, ja potilas ilmoittaa sen ilmestyessä näkökenttäänsä. Tutkija merkitsee nämä pisteet kaavakkeeseen. Hän voi samalla piirtää kaavakuvan tutkittavan ilmoitusten perusteella. Goldmannin perimetriä käytettäessä perifeerinen näkökenttä tutkitaan isolla, kirkkaalla valo-objektilla, kun taas keskeisen näkökentän tutkimiseen käytetään himmeämpää valoa. (Mustonen 2001, 342.)

Nykyisin käytössä on myös automaattisia perimetriamittareita (ks. liitteet 2 ja 3), joissa laite itse ohjaa valon välähdykset satunnaisesti eri puolilta näkökenttää. Potilaan tehtävä on tässäkin tapauksessa istua tutkimuksen ajan paikoillaan ja painaa painiketta aina, kun havaitsee välähdyksen. Tutkimuksen tulokset piirtyvät tietokoneelle, josta hoitaja tarkkailee tutkimuksen etenemistä ja näin ollen tuloksen luotettavuutta. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

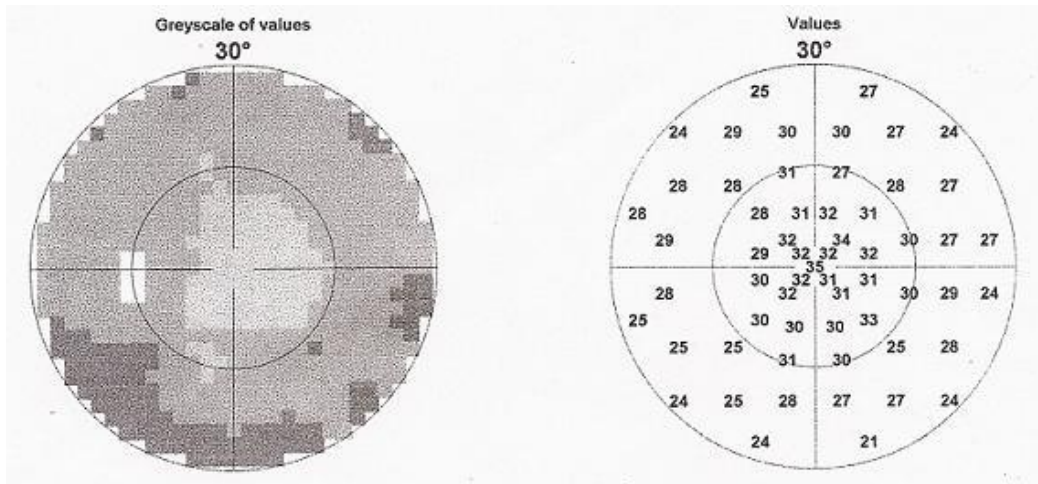
Automaattisella näkökenttätutkimuksella voidaan havaita näkökentän puutosalueet huomattavasti aikaisemmin. Ei-automaattisia tutkimusmenetelmiä, kuten sormiperimetriä, voidaan kuitenkin käyttää edelleen esimerkiksi ajokorttitutkimusten yhteydessä tai tutkittaessa pitkälle edennyttä glaukoomaa. Lisäksi se on käyttökelpoinen, mikäli automaattista näkökenttätutkimusta ei saada jostakin syystä tehtyä luotettavasti.

(Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Glaukoomayhdistys ry:n asettama työryhmä 2007.)

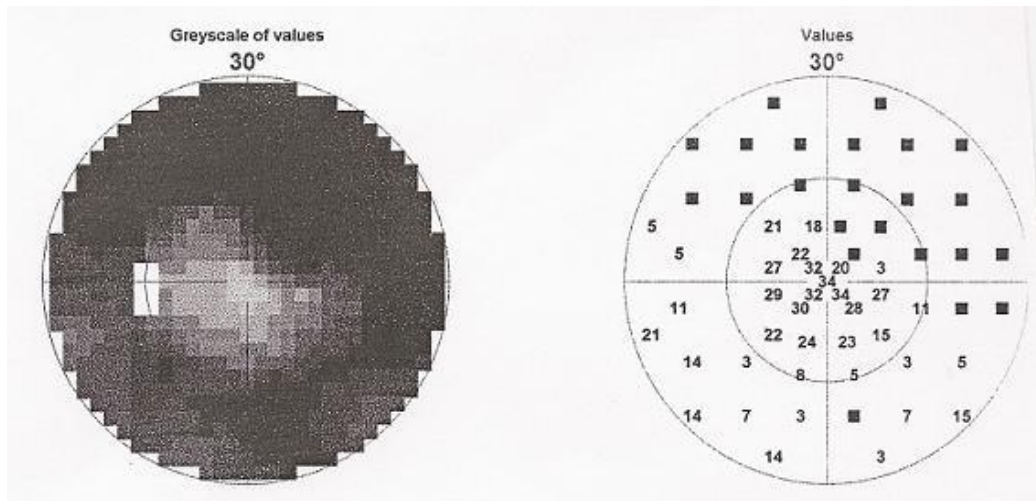
Näkökentän tarkastelemisen helpottamiseksi näkökenttä jaetaan osiin. Näitä ovat ylä- ja alakenttä, nasaalikenttä ja temporaalikenttä. Lisäksi puhutaan perifeerisestä ja keskikentästä. Silmässä olevat valoa taittavat väliaineet aiheuttavat sen, että retinan eri alueet katsovat näkökentän alueita käänteisesti. Temporaaliretina havainnoi nasaalikenttää ja nasaaliretina puolestaan temporaalikenttää. Vastaavasti yläretina havainnoi alakenttää ja alaretina yläkenttää. Näin ollen esimerkiksi puutos nasaalikentän alueella kielii temporaaliretinan vauriosta. Yhteiskentäksi kutsutaan kummallakin silmällä samanaikaisesti katseltavaa aluetta. Yhteiskentässä ei ole sokeaa pistettä, koska toisen silmän nasaalikenttä kattaa alueen, jolla sokea piste sijaitsee. (Mustonen 2001, 340 – 341.)

Seuraavissa kuvissa on esitetty terve näkökenttä sekä vertailun vuoksi sairas näkökenttä, jossa on isoja puutosalueita. Kuvat olemme saaneet käyttöön Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksiköstä, ja saimme samalla luvan niiden julkaisemiseen tässä työssä. Kuvia vertaamalla voidaan havaita selvä ero ja näin ollen myös diagnosoida näkökenttäpuutokset ajoissa. Terveessä näkökentässä (kuva 1) näkökentän keskellä oleva alue on mahdollisimman vaalea, joka tarkoittaa käytännössä hyvää näkökykyä ja näkökentän tarkkuutta. Voimakkaat näkökenttäpuutokset ovat vastaavasti havaittavissa erittäin tummina alueina (kuva 2). Värillisessä kuvassa värien tummuusaste kertoo näkökenttäpuutosten syvyyden - mitä vaaleampi väri, sitä normaalimpi näkökenttä ja päinvastoin. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

Näkökenttätutkimuksen tuloksia voidaan havainnollistaa myös numeroilla, kuten oikeanpuoleisissa alla olevissa kuvissa on nähtävissä. Erityisesti lääkärit seuraavat näiden numeroiden muutoksia. Numeroita tarkastellessa voidaan havaita, että mitä suurempi numero jossakin tietyssä näkökentän pisteessä on, sitä parempi on myös näkökyky kyseisellä alueella. Vastaavasti pieni lukema kertoo näkökyvyn vaikeutumisesta ja musta neliö näyttää totaalisen näkökentän puuttumisen. (Asiantuntijahaastattelu (2).)



Kuva 1. Terve näkökenttä



Kuva 2. Voimakkaat näkökenttäpuutokset

7 SILMÄN ANATOMIA, NÄKÖKENTTÄ JA SIIHEN VAIKUTTAVAT SAIRAUDET

7.1 Näköaistin anatomia

Näkökenttätutkimuksessa selvitetään asiakkaan mahdollisia näkökenttäpuutoksia. Tähän liittyy olennaisesti silmän anatomia ja silmän toiminnan tunteminen, joten kuvaamme seuraavissa kappaleissa näitä asioita. Silmän rakenteen tuntemus on tärkeää, jotta voidaan ymmärtää näkökentän rakentuminen ja näkökenttäpuutoksien aiheuttajat.

Kaikista ihmiselimestön aistinsoluista 70% sijaitsee silmässä, ja näin ollen näköaistia pidetään ihmisen tärkeimpänä aistina. Aistinsolut sijaitsevat verkkokalvolla silmän ta-kaosassa. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 119.) Näköhavainnon syn-

tyminen alkaa, kun ympäristöstä tuleva valo heijastuu sarveiskalvon ja mykiön kautta verkkokalvolle. Sekä sarveiskalvo että mykiö taittavat valoa, sarveiskalvo mykiötä voimakkaammin - taittokyvyn ansiosta valo tarkentuu edellä mainittujen silmän osien kautta verkkokalvolle ja näin ollen nähtävä kuva tarkentuu. (Bjälje ym. 2007, 123.)

Silmän verkkokalvolla on valoon reagoivia sauvasoluja ja värinäön mahdollistavia tappisoluja. Molemmassa silmässä sauvasoluja on noin 120 miljoonaa ja tappeja 6 miljoonaa. Tappi- ja sauvasolut sijoittuvat verkkokalvolla suonikalvon puoleiselle pintakerrokselle. Verkkokalvon toisella (lasiaisen puoleisella) pinnalla puolestaan on gangliosoluiksi kutsuttuja hermosoluja, joiden viejähaarakkeista muodostuu näköhermo. Tappi- ja sauvasolujen sekä gangliosolujen välissä on interneuroneiksi kutsuttuja hermosoluja, jotka yhdistävät nämä kaksi solutyyppeä toisiinsa ja mahdollistavat aistinsolujen välittämän informaation kulun eteenpäin. (Bjälje ym. 2007, 125.)

Verkkokalvolla on myös sokeaksi täpläksi kutsuttu piste, jossa ei ole lainkaan aistinsoluja, ja josta näköhermo lähtee. Sokea täplä vastaa näköhermonystyä, eikä siinä näy kirkkainkaan valo, ja sen kautta kulkevat myös silmän verisuonet. Suurin osa tappisoluista sijaitsee sokean täplän vieressä. Tämän alueen keskellä on verkkokalvon keskikuoppa, johon katsetta kohdistamalla tarkennettu kuva heijastuu. Keskikuopassa on yksinomaan tappisoluja, mistä johtuen ihmisen tarkka värinäkö on tämän silmän osan ansiota. (Bjälje ym. 2007, 125 – 126; Mustonen 2001, 340.)

Sokeasta täplästä lähtevä näköhermo vie aistinsolujen keräämää informaatiota silmästä aivoihin. Kummastakin silmästä tulevat näköhermot kohtaavat toisensa aivojen alapinnalla sijaitsevassa näköhermoristissä. (Bjälje ym. 2007, 128.) Näkeminen perustuu valon ja erityisesti valon fotonien, eli sähkömagneettisten välittäjähiukkasten, toimintaan. Valon fotonit muuttuvat hermosignaaleiksi osuessaan silmän verkkokalvolle ja signaalit puolestaan johtuvat aivoihin, missä ne tulkitaan ja syntyy näköhavainto. (Vanni 2008, 10.)

Edellä on kuvattu silmän anatomia pääkohdittain. Anatomian tuntemus toimii johdantona seuraavaksi käsiteltäviin aiheisiin. Alla määrittelemme, mitä tarkoitetaan sanalla näkökenttä ja kerromme myös yleisimmistä sairauksista, jotka aiheeseen liittyvät.

7.2 Näkökenttä

Opinnäytetyömme aiheena on tutustua näkökenttätutkimukseen, jossa olennaisena osana on siis näkökentän toiminta. Selvitämme seuraavaksi lyhyesti, mikä näkökenttä on ja miten se määritellään. Tämän määritelmän valossa aiheen ymmärtäminen on helpompaa.

Näkökenttä tarkoittaa aluetta, jonka ihminen voi nähdä liikuttamatta silmiään. Koska silmät liikkuvat kuitenkin jatkuvasti, varsinainen näkökenttään kuuluva alue on laajempi. Tarkkaan katsottaessa tärkeimmässä roolissa on näkökentän keskiosa. Vastaavasti liikuttaessa ja ympäristöä seurattaessa näkökentän laitaosien merkitys lisääntyy. (Hyvärinen 2009.)

Perinteisesti näkökentän laajuuden tutkimiseen ja näkökenttäpuutosten toteamiseen voidaan käyttää sormiperimetriaa. Lisäksi näkökenttää voidaan tutkia erilaisilla laitteilla ja menetelmillä. (Hyvärinen 2009.) Näkökentän tutkimisesta ja tutkimusmenetelmistä lisää tietoa löytyy tämän opinnäytetyön kappaleessa 6 Näkökenttätutkimus, s. 16.

7.3 Näkökenttäpuutoksia aiheuttavia sairauksia

Näkökenttätutkimukseen tullaan aina lääkärin läheteellä. Tutkimukselle on siis olemassa pätevät perusteet. Näkökenttäpuutokset voivat johtua monenlaisista eri syistä, ja seuraavaksi kuvaammekin muutamia yleisimpiä sairauksia, joiden diagnosointiin ja seurantaan näkökenttätutkimus kuuluu olennaisena osana.

Glaukooma aiheuttaa näköhermovaurion, joka ilmenee papillin eli näköhermon pään kovertumisena. Vaurion syynä on usein liian korkea silmänpaine, vaikka vaurioita voi syntyä myös ilman merkittävää paineen kohoamista. Glaukoomaa sairastaa noin 80 000 suomalaista. Pahimmillaan glaukooma voi johtaa sokeuteen nopeastikin. Tautia diagnosoidaan vuosittain noin 2500 tapausta. Taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Sen riskitekijöinä pidetään kohonnutta silmänpainetta ja likitaitteisuutta sekä sukurasitetta. (Airaksinen ja Tuulonen 2001, 266; Pasternack 2008, 18 – 19; Seppänen 2009 (2).)

Silmänpaine perustuu nesteeseen, jota erittyy värikanavan takana sijaitsevasta sädekehästä takakammioon. Tämän nesteen mukana kulkeutuu happea ja ravinteita silmän kudoksille. Takakammionesta nestettä kulkeutuu mustuaukon kautta etukammioon, josta se poistuu lopulta Schlemmin kanavaan. Schlemmin kanava toimii eräänlaisena nesteviemärinä, jonka kautta kammioneste palaa verenkiertoon. Silmänpaineen tarkoituksena on estää silmän painuminen kasaan ilmakehän paineen vaikutuksesta. Yleisin syy silmänpaineen kohoamiseen on ulosvirtauksen heikentyminen. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 266 – 268; Bjälle ym. 2007, 122.)

Glaukooman diagnostiikassa huomiota kiinnitetään useisiin eri tekijöihin. Tautia epäiltäessä tutkitaan näköhermon pää, hermosäiekerros, näkökenttä, silmänpaine sekä kammionkulma. Mikään näistä tutkimuksista ei anna yksiselitteisesti aihetta diagnosoida glaukoomaa. Glaukoomadiagnoosi perustuukin eri tutkimusten yhteiseen tulokseen, ja yksi näistä tutkimuksista on näkökenttätutkimus. Mikäli glaukooma todetaan, suoritetaan näkökenttätutkimuksia seuraavien kahden vuoden aikana tiheämmin, jotta voitaisiin selvittää taudin eteneminen. (Seppänen 2009 (2).)

Silmänpainetta mitattaessa yksittäinen mittaustulos ei anna luotettavaa kuvaa todellisesta silmänpaineesta. Silmänpaine vaihtelee lisäksi vuorokauden ajan mukaan, ja glaukoomapotilailla nämä vaihtelut ovat korostuneet. Suurimmillaan silmänpaine on yleensä aamulla. Silmän rakennetta ja näkökenttää tutkittaessa tulokset ovat riippuvaisia menetelmästä, tutkijasta, tutkittavasta sekä taudin vaikeusasteesta. Näköhermon päätä tarkasteltaessa on otettava huomioon, että esimerkiksi sen koossa on merkittäviä yksilöllisiä vaihteluita. Näkökenttätutkimuksen tuloksissa esiintyy vaihtelua jo potilaan vasteen mukaisesti. Luotettavin väline glaukoomaa tutkittaessa on hermosäiekerroksen valokuvaus, jolla voidaan tukea näkökenttiin ja näköhermon pään eli papillan arviointiin perustuvaa diagnostiikkaa. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Glaukoomayhdistys ry:n asettama työryhmä 2007.)

Silmänpaineen normaalit raja-arvot ovat 10-12 mmHg. ja keskimäärin silmänpaine terveellä väestöllä on noin 16 mmHg. Silmänpainetta voidaan mitata erilaisilla laitteilla (Schiötzin intendaatiotonometri, applanaatiotonometri). Paine mitataan siten, että laitteen mäntä painaa pienen painauman silmän sarveiskalvolle, ja tämän painauman syvyys mitataan. Silmänpaine on sitä matalampi, mitä syvempi kuoppa sarveiskalvon pintaan jää. (Airaksinen ja Tuulonen 2001, 268.)

Liian korkeasta silmänpaineesta seuraa näköhermon vaurioituminen, eikä silmä siten toimi normaalisti. Tarkkaa mekanismia, jolla vaurio syntyy, ei tunneta. Silmänpaineen kohoamisesta aiheutuu usein heikentynyt verenkierto ja aineenvaihdunta. Papillaan muodostuu ekskavaatio, eli kovertuma ja sen reuna-alueilla voi esiintyä pieniä verenvuotoja jo ennen varsinaisen kovertuman syntymistä. Ensimmäinen kliininen löydös silmänpohjan tutkimuksen yhteydessä on usein näköhermon pään kudoksessa havaittavat painaumat. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 269 – 270; Saari, Mäntyjärvi, Summanen & Nummelin 2001, 61; Seppänen 2009 (2).)

Potilas itse ei yleensä havaitse näkökenttäpuutoksiaan ennen kuin tauti on edennyt jo pitkälle. Tämä johtuu siitä, että kohonnut silmänpainetaso ei aiheuta yleensä alkuun oireita. Varhaisemmassa vaiheessa oleva tauti havaitaan yleensä sattumalöydöksenä muun tarkastuksen yhteydessä. (Airaksinen & Tuulonen 2001, 270.)

Ms-tauti on keskushermoston hermokudoksessa tapahtuvista muutoksista johtuva sairaus. Pääasiallisesti sen oireet johtuvat joko suoranaisesta hermokudoksen vauriosta tai tulehduksenvälittäjäaineiden vaikutuksesta hermosoluihin. Oireet vaihtelevat keskushermostoon kehittyvien tulehduspesäkkeiden koon ja sijainnin mukaan. Suomessa ms-tautia sairastavia henkilöitä on noin 6000 ja se on yleisin nuorten aikuisten keskushermoston sairaus. Yleensä sairaus alkaa noin 30-vuotiailla, mutta nuorimmat tautiin sairastuneet ovat olleet 13 – 14-vuotiaita. (Mustajoki 2009; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2009; Wickström 2009.)

Ms-tautiin liittyy aivoissa, selkäytimessä sekä näköhermossa tapahtuvia muutoksia, demyelinisaatioita. Muutoksien aiheuttamat oireet vaihtelevat suuresti riippuen siitä, missä keskushermoston osassa demyelinisaatio- eli kovettumapesäkkeet sijaitsevat. Tavallisimmin oireet paikantuvat näköhermoon (optikusneuriitti), selkäyttimeen (myeliitti) tai aivorungon alueelle. Oireisiin kuuluvat muun muassa halvausoireet, tuntoaistien häiriintyminen, näön hämärtyminen, näkökenttäpuutokset sekä kaksoiskuvat. Ms-tautiin liittyvät ajoittain tapahtuvat pahenemisvaiheet. Taudin ensimmäinen pahenemisvaihe paikantuu usein vain yhdelle hermoston alueelle. (Mustajoki 2009.)

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, jonka taustalla on yleensä useita eri syitä. Tau-

din tunnusmerkkinä on pitkäaikaisesti koholla oleva veren sokeripitoisuus. Tautiin liittyy myös häiriöitä hiilihydraatti-, rasva- ja valkuaisaineenvaihdunnassa. Häiriöt johtuvat haiman tuottaman insuliinin erityksen loppumisesta tai vähentymisestä tai elimistön insuliinivasteen heikentymisestä. Tästä seurauksena on, että solut eivät pysty enää käyttämään sokeria, jolloin sokeri jää verenkiertoon ja näin ollen veren sokeripitoisuus kasvaa. (Saraheimo & Ilanne-Parikka 1999, 9.)

Diabetekseen liittyy myös näköongelmia. Diabeetikoilla esiintyy usein diabeettiseksi retinopatiaksi kutsuttua oireyhtymää, jonka syynä ovat tukokset ja laajentumat verkkokalvon tai makulan hiussuonistossa. Diabeettista retinopatiaa on joka toisella tyypin 1 diabeetikolla ja joka neljännellä tyypin 2 diabeetikolla. Tämä tauti on tärkeimpiä näkövammaisuuden syitä työikäisillä. (Laatikainen & Summanen 2009.)

Diabeettinen retinopatia jaetaan taustaretinopatiaan ja proliferatiiviseen retinopatiaan. Taustaretinopatiassa verkkokalvon hiussuoniin tulee pieniä paikallisia laajentumia eli mikroaneurysmia sekä verenvuotoja. Verkkokalvo turpoaa ja turvotuksen laskiessa jäljelle jää lipidikertymiä. Taustaretinopatiamuutoksia voi esiintyä myös makulan alueella, jolloin puhutaan diabeettisesta makulopatiasta. Tyypin 2 diabeetikoilla makulopatia on yleisin näön heikkenemisen syy. Makulopatiaan liittyviä näköongelmia ovat alkuvaiheessa värien erottamiskyvyn heikkeneminen ja kontrastiherkkyuden vähentyminen ja vaikeassa makulopatiassa keskeisen näöntarkkuuden heikkeneminen. Tällöin liikkumisnäkö säilyy, mutta näkö ei riitä esimerkiksi kirjan tai lehden lukemiseen. (EMT.)

Proliferatiivisessa retinopatiassa verkkokalvolle ja/tai näköhermon päähän syntyy uudisverisuonia laaja-alaisen verkkokalvon hapenpuutteen seurauksena. Lasiainen kutistuu ja alkaa vetää uudisverisuonia mukanaan kohti silmän sisäosaa. Tällöin syntyy verenvuotoa joko verkkokalvon ja lasiaisen väliin tai itse lasiaiseen. Lasiaisverenvuodon seurauksena voi olla äkillinen näönmenetyks. Uudisverisuonet ja arpikudos kiinnittyvät lasiaskalvon takapintaan. Kun lasiainen kutistuessaan irtoaa verkkokalvosta, se voi aiheuttaa verkkokalvon irtaumia. Mikäli veto kohdistuu makulan alueelle näkö voi hävitä pysyvästi. Verkkokalvon vetoirtaumat ovat tyypin 1 diabeetikoiden pysyvän näönmenetyksen yleisin syy. Uudisverisuonten muodostuminen värikalvon pinnalle ja kammiokulmaan johtaa uudisverisuoniglaukoomaan, joka voi sokeuttaa silmän täysin. (EMT.)

Diabeettisen retinopatian riskiä voidaan tehokkaimmin vähentää hoitamalla hyvin perussairautta sekä sen liitännäissairauksia. Lähellä normaalia oleva glukoositasapaino ja verenpaineen pysyminen normaalina vähentävät retinopatian riskiä ja hidastavat sen etenemistä. Retinopatian ilmaantuvuus lisääntyy diabeteksen keston myötä. Silmämuutoksia tapahtuu harvoin ennen murrosikää. Retinopatiariski lisääntyy tilapäisesti diabeetikon ollessa raskaana, mutta ei vaikuttane sen etenemiseen pitkällä aikavälillä. (EMT.)

Myös diabeettisen retinopatian hoidossa keskeistä on diabeteksen hyvä hoitotasapaino. Vaskulaarisia lisätauteja tulee hoitaa myös hyvin. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi verenpainetaudin hyvää hoitoa ja veren lipidiarvojen normalistumista. Asetyyli- ja lisärasvayhdistyksillä on onnistuttu ehkäisemään mikroaneurysmien esiintymistä, eikä sen ole todettu lisäävän lasiaisverenvuotojen vaaraa. Retinopatiaa voidaan hoitaa myös silmänpohjien fotokoagulaatiolla sekä kirurgialla. (EMT.)

Näköhermotulehdus eli optikusneuriitti on yleensä yhteydessä multipelisklerooseihin, sillä yleensä näköhermotulehdus-diagnoosin taustalta löytyy myös MS-tauti. Usein näköhermotulehdus onkin ensimmäinen MS-taudin oire ja tavallisesti MS-tautia sairastavilla näköhermon ongelmat oireilevat jossakin vaiheessa sairautta. Muita aiheuttajia voivat olla eri immuunivälitteiset sidekudossairaudet, infektiot sekä esimerkiksi sarkoidoosi. Akuuttia näköhermotulehdusta sairastavan riski sairastua MS-tautiin seuraavan 15 vuoden aikana on korkea, jopa 45-80 prosenttia. (Immonen & Nikoskelainen 2001.)

Tavallisesti näköhermon tulehdukseen sairastuu 15-45-vuotias nainen. Oireena ilmenee toisen silmän näön äkillinen huonontuminen. Tyypillisesti näkö heikkenee muutamassa päivässä tai jopa muutaman tunnin kuluessa. Lisäksi oireisiin voi kuulua kipu silmää liikutellessa ja tutkimuksissa havaitaan usein muun muassa näöntarkkuuden vaihteleva heikentyminen, väriaistin häiriö sekä näkökenttäpuutos. (EMT.)

Näköhermotulehdusta voidaan hoitaa laskimonsisäisillä steroideilla tai se voidaan jättää kokonaan hoitamatta. Hoitamatta jättämistä perustellaan sillä, että näköhermotulehdus paranee tavallisesti hyvin ilman lääkehoitoa, hoidolla ei ole loppujen lopuksi vaikutusta potilaan tulehduksen paranemisen jälkeen saavutettavaan näkökykyyn, steroidihoidolla voi olla komplikaatioita ja kustannukset jäävät huomattavasti pienem-

miksi ilman hoitoon tarvittavia maksuja. Laskimonsisäistä steroidihoitoa kuitenkin puoltaa muun muassa se, että hoito nopeuttaa paranemista ja toisaalta viivästyttää myös MS-taudin puhkeamista. (EMT.)

Joka tapauksessa näköhermotulehduksesta toipuminen on nopeaa ensimmäisen kuukauden verran. Tämän jälkeen paraneminen jatkuu hitaampana ja yli puolet potilaista saavuttaa hyvän näöntarkkuuden paranemisen jälkeen. Alkuperäisellä näöntarkkuudella on toki merkitystä siihen kuinka hyväksi näkökyky paranee. (EMT.)

Verkkokalvon rappeuma eli retinitis pigmentosa on tauti, jossa silmän aistinsolut kuolevat hitaasti. Tavallisesti sairauden alussa hämäränäön solut eli sauvat tuhoutuvat. Myöhemmin myös tarkan näön solut eli tapit kuolevat. Tällä hetkellä useimmat sairauden taustalla olevat geenivirheet on pystytty selvittämään, mutta toimivaa hoitoa ei sen sijaan ole kyetty löytämään. On mahdollista, että sauvasolut erittävät normaalisti jotakin solujen kuolemaa ehkäisevää ainetta, jota tappisolutkin tarvitsevat säilyäkseen. Kun sairauden alkuvaiheessa sauvasolut siis kuolevat, aiheuttaa näiden tuhoutuminen myös tappisolujen tuhoutumisen. (Sankila 2003.)

Verkkokalvon rappeuma voi olla perinnöllinen, jolloin sen aiheuttaa virhe jossakin yli sadasta tunnetusta geenistä, joiden tuotteiden tiedetään toimivan valosignaalin käsittelyssä, aistinsolujen rakenneproteiineina tai pigmenttiepiteelisoluissa. Joskus puhutaan myös verkkokalvon ikärappeumasta. (Sankila 2003.)

Verkkokalvon laskimotukokset ovat yleisin silmänpohjan verenkiertohäiriö diabeettisen retinopatian jälkeen. Laskimotukoksille altistavia tekijöitä ovat diabetes, verenpainetauti, glaukooma ja hyytymishäiriöt. Esimerkiksi myeloomaan, lymfoomaan ja leukemiaan voi liittyä niin sanottuja hyperviskositeettitiloja, jotka myös lisäävät verkkokalvon laskimotukoksen riskiä. (Summanen 2010.)

Verkkokalvon laskimotukokset luetaan kahteen tyyppiin. Osa tukoksista esiintyy keskuslaskimossa, useimmiten näköhermossa seulalevyn tasolla. Yleisemmät haaralaskimotukokset syntyvät laskimoiden risteyskohdissa. Laskimotukoksen oireet vaihtelevat lähes normaalista näöntarkkuudesta näön huomattavaan heikentymiseen tukoksen koosta ja sijainnista riippuen. Näön heikentyminen on kivuton ja tapahtuu nopeasti, muutaman tunnin kuluessa. (EMT.)

Verkkokalvon laskimotukoksille ei ole olemassa tehokasta ensiapua. Asetyyylisalisyylihappoa suositellaan aloitettavaksi, jos sen käytölle ei ole vasta-aiheita. Keskeistä on tunnistaa ja hoitaa laskimotukoksille altistavia tekijöitä. (EMT.)

Aivoinfarkti tarkoittaa paikallista aivoverenkierron iskeemistä häiriötä. Tämä tarkoittaa, että aivovaltimoon on syntynyt tukos, joka estää veren kulkeutumisen kudoksiin tietylle alueelle ja näin ollen kyseisen alueen hapettuminen estyy. Hapettomuustila aiheuttaa aivokudoksessa tuhoa. (Vauhkonen & Ikonen 2006, 634.)

Oireisiin vaikuttaa vahvasti se, millä aivojen alueella infarkti tapahtuu. Yleisimpiä oireita ovat toispuoleinen raajojen kömpelyys, puheen takeltelu, nielemisvaikeus, kasvojen ja kielen puutuminen sekä näköhäiriöt ja kaksoiskuvat. (EMT.)

Aivoinfarkti voi aiheuttaa myös näkökentän puutostilan. Skotoomalla tarkoitetaan aivoinfarktista, tai jostakin muusta aivovauriutilanteesta, johtuvaa näkökentän paikallista puutosta. Hemianopialla tarkoitetaan vastaavasti toispuoleista näkökenttäpuutosta. (Latvala 2006; Vanni 2004.)

Aivoinfarktin hoidossa voidaan käyttää liuotushoitoa, mikäli oireiden alkamisesta on kulunut alle kolme tuntia. Liuotushoito sopii kuitenkin vain osalle aivoinfarktipotilaisista, kun taas sydäninfarktin hoidossa liuotushoidolla on parempi vaste. Mitä vähemmän aikaa infarktin alkamisesta on ja mitä pienempi infarktilue on, sitä paremmat mahdollisuudet liuotushoidolla on. (Vauhkonen & Ikonen 2006, 634 – 635.) Vuosittain Suomessa sairastuu aivoinfarktiin yli 10 000 ihmistä. Noin 20 prosenttia infarktitapah- tumista johtaa kuolemaan ja kaksi kolmasosaa potilaista tarvitsee vielä kolmen kuu- kauden kuluttua päivittäisissä toiminnoissaan apua. Usein potilaille jää infarktista jo- kin puutosoire pysyväksi. (Vauhkonen & Ikonen 2006, 636.)

Prolaktinooma tarkoittaa aivolisäkkeessä sijaitsevaa rauhaskasvainta, joka on yleisempi naisilla kuin miehillä. Kasvaimen vuoksi erittyy liikaa maitohormonia, mikä aiheuttaa erilaisia oireita. Yleisimpiä naisilla esiintyviä oireita ovat muun muassa kuu- kautiskierron häiriöt, lapsettomuus sekä rinnoista tuleva maitovuoto. Miehillä vastaa- via oireita ovat impotenssi ja heikentynyt seksuaalinen halukkuus. Mikäli kasvain on

suurikokoinen, se voi painaa ympärillään olevia kudoksia ja näin aiheuttaa esimerkiksi aivolisäkkeen vajaatoimintaa, näköhäiriöitä ja päänsärkyä.

Mikäli potilaan epäillään sairastavan prolaktinoomaa, voidaan maitohormonin liika-toiminta havaita mittaamalla sen pitoisuutta veressä ja lisäksi magneettikuvauksen avulla voidaan havaita aivolisäkkeessä sijaitseva kasvain. Prolaktinoomaa epäiltäessä voidaan suorittaa myös näkökenttätutkimus, sillä tämän avulla sairauteen liittyvät mahdolliset näkökenttäpuutokset voidaan havaita (Asiantuntijahaastattelu 4). Rauhas-kasvainta hoidetaan lääkkeillä, jotka vähentävät veressä olevan maitohormonin pitoi-suutta. Näin ollen ne myös pienentävät kasvaimen kokoa. Tarvittaessa kasvain voi-daan poistaa myös leikkauksen avulla. (Mustajoki 2010.)

8 NÄKÖAISTIN HÄIRIÖIHIN LIITTYVÄT PELOT JA NIIDEN LIEVITTÄMINEN

Silmätautien yksikössä tekemissämme haastatteluissa nousi esille näkökenttätutki-mukseen tulevien asiakkaiden mahdollinen pelko näkönsä menettämisestä (Asiantun-tijahaastattelu (2)). Tästä syystä olemme halunneet avata työssämme myös näkökyvyn psyykkistä merkitystä, silmän toiminnan häiriöihin liittyviä pelkoja sekä niiden lievit-tämisen keinoja.

8.1 Näkökyky ja sen psyykinen merkitys ihmiselle

Näkökyky on sekä fyysisesti että psyykkisesti tärkeä ihmiselle, sillä sen avulla ihmi-nen saa informaatiota ympäriltään ja muodostaa näin käsityksiä ympäröivästä maail-masta. (Bjälje ym. 2007, 119). Fyysisesti terve ja hyvä näkökyky auttaa olennaisesti ihmisen toimintaa. Näköaistin puute tai huono näkökyky vaikeuttaa monia päivittäisiä askareita, liikkumista sekä toimimista, sosiaalista elämää ja se aiheuttaa turvattomuuden tunnetta. Näkökyvyn ongelmien tai sen menettämisen tiedetään nostavan myös kaatumisten ja lonkkamurtumien sekä muiden tapaturmien riskiä merkittävästi. Niinpä terveen näköaistin omaava ihminen välttyy paremmin tapaturmilta. (Käypä hoito 2005.)

Esimerkiksi vanhuksille heikentynyt näkökyky voi aiheuttaa ongelmia kotona selviy-tymisen ja omatoimisen pärjäämisen suhteen. Tutkimusten mukaan ikääntyneillä tode-taan useasti silmänsairauksia ja niistä aiheutuvaa näkökyvyn heikkenemistä, joten tästä

syystä erityisesti vanhuksille näkökyvyn heikkeneminen aiheuttaa usein vaikeuksia tai on jopa kohtalokasta. (Kulmala 2010, 76 – 77; Saarelma 2007.)

Psyykkisesti näköaistin merkitys on myös suuri. Näön heikkenemisellä on erilaisia seurauksia kuten eristäytymistä, toimintakyvyn laskua, tapaturmia ja masennusta. Lisäksi ihmiset, joiden näkökyky on heikentynyt, arvioivat usein terveydentilansa olevan muutenkin tavallista heikompi. Miamilaisessa tutkimuksessa kartoitettiin huonontuneen näön vaikutusta itsemurhan riskin lisääntymiseen. Tutkimuksen mukaan näkökyvyn heikkeneminen lisää itsemurhariskiä jonkin verran. Erityisesti näön heikentyminen lisäsi itsemurhariskiä niillä ihmisillä, jotka jo valmiiksi kärsivät myös jostakin muusta sairaudesta ja arvioivat terveydentilansa tavanomaista heikommaksi. Tutkimuksen mukaan itsemurhien määrää kyettäisiinkin vähentämään hyvällä näön hoidolla ja näkökyvyn menettämisen varhaisella estämisellä. (Lam, Christ, Lee, Zheng & Arheart 2008.)

Kuten muidenkin terveyteen liittyvien ongelmien hoidossa sekä ehkäisyssä ajoissa tehdyillä tutkimuksilla ja oikealla hoidolla kyseisiä ongelmia - tässä tapauksessa näön heikkenemistä ja jopa sokeutumista - voidaan ehkäistä ja niiden etenemistä hidastaa. Tämä taas edellyttää osaltaan selkeää ja tarpeellista ohjausta, jotta potilas osaa hakeutua hoidon piiriin ajoissa. Näin sairauden eteneminen voidaan estää, pitää yllä hoito-omyyntyyttä ja parantaa tai pitää yllä potilaan hyvinvointia. (Kaila & Kuivalainen 2007, 21.)

8.2 Sairastuminen kriisinä ja pelkojen lievittäminen

Potilaan pelko esimerkiksi näköaistin menettämisestä on psykologian näkökulmasta käsitettävissä traumaattiseksi kriisiksi. Tästä syystä olemme päättäneet käsitellä aiheitamme myös kriisi-näkökulmasta tässä työssä. Kriisillä tarkoitetaan kliinisessä kielenkäytössä emotionaalista säikähdystä, joka johtaa kyvyttömyyteen hyödyntää tavanomaisia ongelmanratkaisukeinoja. Kriisit jaetaan kehityskriiseihin ja traumaattisiin kriiseihin. Traumaattinen kriisi on sellainen, johon ihminen ei ole varautunut. Se on äkillinen, odottamaton ja yllättävä. (Roti & Ihanus 1997, 62 – 63.)

Kriisi kulkee yleensä tiettyjen vaiheiden kautta. Ensimmäinen vaihe on sokkivaihe. Sokkivaiheessa tapahtuma pyritään kieltämään. Potilas saattaa esimerkiksi kieltäytyä

uskomasta, että hänellä on hoitoa vaativa glaukooma. Sökkivaihe on lyhykestoinen, mutta potilasohjauksen kannalta merkittävä, koska sökkivaihetta läpikäyvä ihminen ei pysty ottamaan vastaan esimerkiksi hoitoonsa liittyviä ohjeita. Ulospäin ihminen saattaa kuitenkin näyttää täysin tyyneltä ja rauhalliselta, joskin myös poikkeavaa käytöstä ilmenee. (Roti & Ihanus 1997, 66.)

Edellä kuvattua sökkivaihetta seuraa reaktiovaihe, joka voi olla kestoaltaan pitkäkin, jopa viikkoja tai kuukausia. Reaktiovaiheen aikana ihminen käy läpi ja tuo ilmi erilaisia tunteita, kuten vihaa, surua, ahdistuneisuutta, pettymystä tai apatiaa. Reaktiovaiheelle ominaisia ovat itsekeskeisyys ja joskus taianomaiset käsitykset omasta sairastumisesta. Ihminen pohtii sairastumisen tarkoitusta ja miksi-kysymykset ovat ominaisia tälle kriisin vaiheelle. Vähitellen sairastuminen aletaan uskoa todeksi. (Roti & Ihanus 1997, 66 – 67.)

Reaktiovaiheen jälkeen kriisi etenee korjaamisvaiheeseen. Korjaamisvaiheessa tilanteeseen sopeutuminen alkaa, itsekeskeisyys vähenee ja aletaan pohtia uudelleen omia elämänarvoja. Ihminen alkaa myös hakea tilanteeseensa erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. (Roti & Ihanus 1997, 67.) Tässä kriisin vaiheessa ihminen on valmis miettimään hoitovaihtoehtojaan, ja niistä keskusteleminen todennäköisesti johtaa hyvään hoitoonsitoutumiseen.

Kriisin neljäs ja viimeinen vaihe on uudelleen suuntautuminen ja sen katsotaan kestävän läpi koko loppuelämän. Tässä vaiheessa ihminen hyväksyy sairastumisensa ja alkaa kokea sen osaksi elämäänsä. Sairastuminen voi mietityttää ja tuntua kipeältä vielä tässäkin vaiheessa, mutta tunteista pystytään keskustelemaan avoimesti. (Roti & Ihanus 1997, 67.)

Paras keino auttaa kriisissä olevaa ihmistä on saada hänet tuntemaan, että ongelma on ratkaistavissa ja että ratkaisua etsitään yhdessä. Asioita ei tulisi ratkaista autettavalle valmiiksi, koska se mahdollisesti huonontaa hänen sitoutumistaan omaan hoitoonsa ja sitä kautta myös hoitotuloksia. Sen sijaan autettavalle tulisi antaa tietoa hänen sairaudestaan ja hoitovaihtoehdoista ja tukea häntä osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kriisissä olijaa on aina kuunneltava ja rohkaistava kertomaan tunteistaan. Kriisireaktioon voi liittyä häpeää, ja osoittamalla kuuntelevansa auttaja tukee autettavaa tuntemaan itsensä merkitykselliseksi ja avun arvoiseksi. (Holmia, Murto-

nen, Myllymäki ja Valtonen 2006, 35; Roti & Ihanus 1997, 72 – 73.)

9 NÄKÖKENTTÄTUTKIMUKSEEN TULEVAN POTILAAN OHJAAMINEN

9.1 Ohjauksen määritelmä

Ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitotyön ammattilaisen taustatekijöihin sidoksissa olevaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka rakentuu vuorovaikutussuhteessa. Se on työväline, jonka avulla ihmiset - tässä tapauksessa hoitohenkilökunnan jäsen ja potilas - välittävät tietoa toisilleen. Ennen potilasohjausprosessissa on tuotu esille erityisesti esimerkiksi potilaan terveyteen liittyviä ongelmia ja tiedonpuutteita sekä potilaan passiivisuutta ja hoitajan asiantuntijuutta ohjauksen suhteen. Nykyisin ohjauksessa on alettu korostaa myös muun muassa henkilökohtaisten merkityksien löytämistä ohjaustilanteessa, potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä jakautuvaa asiantuntijuutta sekä potilaan omaa vastuuta ohjauksen toimivuuden suhteen. (Kääriäinen 2007, 27 – 28, 75.)

Ohjauksen määrittelyihin kuuluvat myös tiedon antaminen, vuorovaikutteisuus, joka liittyy potilaan hoitoprosessiin, potilaan auttaminen valinnoissa sekä hoitotyössä tapahtuvaksi toiminnoksi. Ajan kuluessa ohjaus-käsite on kyllä kehittynyt ja muovautunut, mutta edelleenkin se ei ole hyvin määritelty ja selkeä käsite, jonka kaikki ominaisuudet tunnettaisiin. (Kääriäinen 2007, 28 – 29).

Ohjausprosessiin kuuluvat olennaisesti myös ohjausprosessin määritellyt vaiheet: ohjauksen tarpeen määrittelemine, ohjausprosessin etenemisen suunnittelemine, ohjauksen toteuttamine ja ohjauksen onnistumisen arvioimine. Tarpeiden määrittely on tärkeää, koska ohjauksen taustalla tulee ilmetä nimenomaan potilaan tarpeet - esimerkiksi kauan sairastanut tietää mahdollisesti jo paljon sairaudestaan, kun taas vastasairastunut voi olla vielä kriisitilanteessa, eikä ohjauksen vastaanottaminekaan ole välttämättä itsestään selvää. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10.)

Ohjaukselle on olemassa myös juridinen lähtökohta. Terveystieteissä asiakkaan perusoikeuksiin kuuluu saada riittävä ja laadukasta ohjausta terveydentilansa liittyen sekä tietoa esimerkiksi terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista sekä hoidon merki-

tyksestä ja vaikutuksista. Terveysthuollon henkilökunnalla on siis sekä lain mukaisesti että eettisesti velvollisuus ohjata potilastaan liittyen hänen terveydentilaansa (Finlex 1992/785; Kääriäinen 2007, 25.) Läheskään aina potilaat eivät kuitenkaan saa ohjausta, joka vastaisi heidän tarpeitaan. Ohjaus voi olla riittämätöntä, ohjaus ei välttämättä kohdistu juuri potilaan henkilökohtaisiin tarpeisiin tai henkilökunta ei huomaa potilaan tarvetta ohjaukselle (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210 – 211.)

9.2 Ohjausprosessiin vaikuttavat tekijät

Terveysthuollossa asiakkaan perusoikeuksiin kuuluu saada riittävää ja laadukasta ohjausta terveydentilaansa liittyen sekä tietoa esimerkiksi terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista sekä hoidon merkityksestä ja vaikutuksista. Terveysthuollon henkilökunnalla on siis sekä juridisesti että eettisesti velvollisuus ohjata potilastaan liittyen hänen terveydentilaansa (Finlex 1992/785.) Läheskään aina potilaat eivät kuitenkaan saa ohjausta, joka vastaisi heidän tarpeitaan. Ohjaus voi olla riittämätöntä, ohjaus ei välttämättä kohdistu juuri potilaan henkilökohtaisiin tarpeisiin tai henkilökunta ei huomaa potilaan tarvetta ohjaukselle (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210 – 211.)

Ohjausprosessissa huomioitavia taustatekijöitä ovat asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät sekä ympäristöön liittyvät tekijät (Kääriäinen 2008, 12). Tästä johtuen sairaanhoitajan onkin oltava luova pyrkiessään löytämään ohjattavaa parhaiten palvelevan ohjaustavan. Fyysisiin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi asiakkaan ikä, terveydentila ja sairauden laatu. Lapsen ohjauksessa on huomioitava aina aikuisen kuten vanhemman tai huoltajan läsnäolo. Lisäksi ohjaajan on kyettävä arvioimaan, mitä asioita ja minkä verran lapselle itselleen kerrotaan. Nuoren asiakkaan ohjauksessa tulee kuunnella asiakkaan omaa mielipidettä siitä, haluaako hän esimerkiksi vanhempiaan mukaan ohjaukseen ja toimia hänelle parhaiten sopivalla tavalla. Vanhusasiakkaan korkea ikä ja siihen liittyvät muutokset kuten näön tai kuulon heikkeneminen taas voivat asettaa haasteita ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2009, 83 – 85; Ohtonen 2010.)

Fyysisistä tekijöistä erityisesti terveydentila ja sairaudet vaikuttavat ohjauksen laatuun omalta osaltaan merkittävästi. Muun muassa afasia, Parkinsonin tauti ja muut puheen tuottamista vaikeuttavat sairaudet voivat tehdä ohjaustilanteesta haastavan (Niemi ym. 2006, 301 – 302). Esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoitoon sitoutuminen on usein heikompaa lyhytkestoisten sairauksien hoitoon verrattuna. Pitkäaikaissairaana asiak-

kaan kohdalla onkin tarkistettava hoitoon sitoutuminen erikseen jokaisella ohjauskerrolla, sillä hoitoon liittyvät repsahdukset ovat yleisiä. Sairauden oireettomuus taas voi luoda asiakkaalle vääränlaisen kuvan terveydentilastaan, jolloin sairauden hoitoon ei sitouduta. (Kyngäs ym. 2009, 86.)

Ohjaukseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä voivat olla muun muassa motivaatio, aiemmat kokemukset ja uskomukset, odotukset, mieltymykset, tarpeet ohjaukseen, oppimistyyli sekä valmiudet ohjaukseen. Erityisesti hoitoon sitoutumisessa asiakkaan motivaatiolla on keskeinen rooli. Myös esimerkiksi aiemmat kokemukset terveydenhoidosta vaikuttavat asiakkaan suhtautumiseen ja sitoutumiseen hoitoonsa ja ohjaukseen. Oppimistyyli ovat jokaisella erilaisia ja tämä tulisikin ohjaustilanteessa ottaa huomioon, sillä samasta oppimistyylistä ei ole kaikille asiakkaille hyötyä. Ohjaajan tulisi kyetä yhdistämään omat tapansa ja mieltymyksensä ohjauksen suhteen siihen, millä tavoin kullekin asiakkaalle ohjaus kannattaa tuoda esiin, jotta siitä olisi asiakkaalle maksimaalinen hyöty. (Kyngäs ym. 2009, 87 – 92).

Asiakkaan sosiaalisia taustatekijöitä voivat olla kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät sekä sosiaaliseen ympäristöön liittyvät muut tekijät. Esimerkiksi perheellä ja läheisillä voi olla ratkaiseva merkitys asiakkaan hoitoon sitoutumisessa. Useinkaan ohjaustilanteessa ei välttämättä päästä valitsemaan parasta mahdollista fyysistä ympäristöä, mutta myös psyykkisellä ilmapiirillä ja ympäristöllä on ohjauksen laadun suhteen suuri merkitys. Rauhallinen, viihtyisä ja siisti ympäristö luo hyvän pohjan ohjaukselle. Lisäksi ohjaajan tulee osoittaa aitoa kiinnostusta asiakkaan tilannetta ja ohjausta kohtaan. Ohjaajan on hyvä myös auttaa asiakasta ohjaustilanteessa esimerkiksi kyselemällä ja reagoimalla asiakkaan esille tuomiin asioihin. Avoin, kannustava ja rohkaiseva tunnelma on ohjausprosessissa tärkeää. (Kyngäs ym. 2009, 93 – 96).

Ohjauksen edellytyksenä on siis vuorovaikutuksen toimivuus asiakkaan ja hoitajan välillä. Ohjauksen laadullisuuteen kuuluu se, että asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutussuhde on rakentava, aktiivinen ja tavoitteellinen, ja että siihen liittyy myös hoitajan ammatillinen vastuu sekä asianmukaiset resurssit ohjaukselle. Hyvä vuorovaikutus lisää potilaan luottamusta hoitajaan, mikä vastaavasti nostaa ohjauksen tasoa. (Kääriäinen 2007, 107 – 109; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8 – 9.) Ohjaajan taustatekijät voivat vaikuttaa ohjauksen sisältöön ja laatuun eri tavoilla. Esimerkiksi kokeneella, paljon työvuosia takanaan omaavalla hoitajalla voi olla ohjauksesta kokemusta ja hän

on siten oppinut tunnistamaan eri tilanteet ja ohjaamaan asiakkaita. Toisaalta nuorella, vähemmän työkokemusta omaavalla työntekijällä voi kuitenkin olla hyvät, päivitettyt teoreettiset tiedot ohjattavista asioista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 86 – 87.)

Vaikka hyvä potilasohjaus on merkittävä osa kokonaisuhoitoa, laadukkaalle ohjaukselle on kuitenkin erilaisia esteitä. Näitä ovat muun muassa hoitohenkilökunnan kiire, johon voi vaikuttaa esimerkiksi työntekijöiden puute, tiedon vähäisyys, epätietoisuus ohjauksen sisällöstä sekä puutteelliset tilat ja välineet. (Kaila & Kuivalainen 2007, 21.) Asiakkaiden olisi tärkeää saada hyvää ohjausta sairauden hoitoon, ennaltaehkäisyyn ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Lisäksi he toivovat tukea ja apua välttämättömien asioiden järjestämisessä. Hoitajien tulisi huomioida myös asiakkaan omaiset hoitoprosessissa. Isolan tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat kokivat ohjauksesta olleen vähiten hyötyä juuri omaisten tiedonsaannin kannalta ja olisivat toivoneet omaisten aktiivista mukaan ottamista ohjaustilanteisiin. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen 2007, 119 – 121; Ohtonen 2010.) Aina ohjauksen laadullisuus ei ole kuitenkaan kiinni hoitohenkilökunnasta, vaan potilaat itse voivat välttää ohjaustilanteita, unohtaa asioita tai kieltää ne (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211).

Kääriäisen tutkimuksessa (2007) tuli ilmi, että hoitohenkilökunnan toteuttama suullinen ja henkilökohtainen ohjaus oli asiakkaiden mielestä toimivaa, mutta muita ohjausmenetelmiä ei juuri käytetty tai ne hallittiin huonosti. Erilaisten ohjausmenetelmien käyttö olisi kuitenkin tärkeää, sillä asiakkaat muistavat ja käsittelevät asioita eri tavoilla. Esimerkiksi kirjallinen materiaali on hyvä tuki suullisen ohjauksen lisäksi ja sen avulla potilas voi palauttaa tärkeimmät asiat myöhemmin mieleen, eivätkä ne pääse unohtumaan. Asiakkaat eivät välttämättä kuitenkaan saa lainkaan kirjallista ohjausmateriaalia. Näin ollen he eivät voi tarkistaa ohjattuja asioita jälkeensä ja myös ohjauksen teho jää heikoksi. (Kääriäinen 2007, 119.)

Asiakkaat ovat yleensä tyytymättömiä siis ohjauksen riittämättömyyteen ja lisäksi he arvioivat hoitajien ohjaustaidot sekä tietämyksen puutteellisemmaksi kuin hoitajat itse. Asiakkaista voi myös tuntua, että hoitajat keskittyvät ainoastaan tehtävän tekemiseen, jolloin ohjaus ja keskustelu asiakkaan kanssa jäävät taka-alalle. Empatia ja taito kuunnella onkin tärkeää hoitoalan ammattilaisen työssä ja asiakkaan kohtaamisessa. (McCabe 2004, 41 – 49; Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 294.) Potilaat toivovat, että heitä rohkaistaan ja että heille annettaisiin hoitohenkilökunnan taholta mahdolli-

suus ilmaista tunteitaan sairauteen liittyen myös ohjausprosessin aikana. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211.)

Esimerkiksi glaukoomapotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi tehty tutkimus (Lunnela, Kyngäs & Hupli 2005) paljastaa, että asiakkaat toivovat saavansa terveydenhuollon henkilöstöltä tukea, ohjausta, tiedonantoa, motiivointia sekä yhteistyötä. Lääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta saatu tieto ja ohjaus vaikuttavat merkittävästi hoitoon sitoutumiseen. Tutkimukseen osallistuneista 82 % oli saanut riittävää ja tarpeita vastaavaa ohjausta. Tietoa sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta oli saatu eniten silmälääkäreiltä (99%), sekä sairaanhoitajilta, kirjallisuudesta, internetistä, esitteistä sekä toisilta, samaa sairautta sairastavilta henkilöiltä. (Lunnela ym 2005, 155.)

Kuten edellä kerrotusta käy ilmi, ohjaus on vaikuttavinta silloin, kun hoitotyö suunnitellaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Asiakaslähtöisyys onkin tärkeä kriteeri hyvälle ohjaukselle - ohjauksen on edettävä potilaan taustatekijät huomioiden, hänen henkilökohtaisia tarpeitaan mukaillen sekä omaiset huomioon ottaen (Kääriäinen 2007, 33). Asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus arvioida omaa tilannettaan ja antaa ehdotuksia. Asiakasohjaus muodostuu kolmesta eri osa-alueesta: ohjaajan ja ohjattavan taustatekijöiden selvittäminen, johon kuuluu esimerkiksi ohjaustarpeen kartoitus ja tavoitteiden luominen, ohjaussuhteen rakentaminen sekä ohjauksen arviointi. (Kyngäs ym. 2009, 81 – 82.)

Hyvällä ohjauksella voidaan lisätä asiakkaan tyytyväisyyttä sekä turvallisuuden tunnetta kuten edellä on kuvattu. Lisäksi sairaalassa käyntien ja olemisen tarve, sairauspäivien määrä ja lääkkeiden käyttö vähenee, jolloin myös hoitoon liittyvät kulut vähenevät. Laadukkaalla ohjauksella voidaan parantaa potilaan elämänlaatua sekä kohentaa mielialaa ja toimintakykyä. Ohjauksen avulla potilaiden sekä omaisten tietoisuus sairaudesta, sen hoidosta sekä näiden vaikutuksista lisääntyvät, jolloin sairaudesta koitua ahdistus vähenee. (Kaila & Kuivalainen 2007, 21; Kääriäinen 2008, 13; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.)

9.3 Ohjausmenetelmät

On olemassa erilaisia ohjausmenetelmiä, joista voidaan valita paras mahdollinen ohja-

ustilanteen mukaan. Useampien ohjausmenetelmien käyttö yhtäaikaaisesti ei ole kuitenkaan huono vaihtoehto - päinvastoin, tällöin potilaan on mahdollista muistaa ja sisäistää ohjattu asia entistä paremmin. Jokainen ihminen on yksilöllinen ja oppii asioita eri oppimismenetelmillä, joten myös potilasohjauksessa tulisi käyttää eri menetelmiä huomioiden potilaiden yksilölliset tarpeet. (Kääriäinen 2007, 119.)

Tässä luvussa kerromme kirjallisen ohjausmenetelmän lisäksi myös muista potilasohjauksen keinoista, sillä kirjallinen potilasohjaus on mahdollista yhdistää muihin ohjausmenetelmiin - näin ohjauksesta voidaan saada entistä vaikuttavampi prosessi, kuten edeltävässä kappaleessa todetaan.

Terveydenhuollossa eniten käytetty ohjausmenetelmä on ehdottomasti suullinen ohjaus, jossa asiakas ja ohjaaja tapaavat toisensa kasvotusten. Tätä menetelmää asiakkaat usein myös eniten toivovat. Yksilöohjauksessa on helpompaa selvittää esimerkiksi asiakkaan omat taustatekijät ja tarpeet, ja keskittyä juuri niihin asioihin, jotka asiakas tuo esille. Kasvokkain tapahtuvan ohjauksessa voidaan lukea myös sanattomia eli non-verbaalisia viestejä kuten katse, ilmeet ja asento, joihin taas ei voida puuttua, mikäli asiakasta ei ohjata kasvotusten, vaan esimerkiksi puhelimella tai muun teknologian avustuksella. (Kyngäs ym. 2009, 110 – 111; Niemi ym. 2006, 305 – 306.)

Ryhmäohjausta käytetään terveydenhuollossa useimmiten samaa sairautta sairastavien asiakkaiden ohjauksessa, jolloin asiakkaiden on mahdollista saada ryhmässä vertaistukea. Ryhmätilanteessa ei kuitenkaan voida keskittyä yksilöiden tarpeisiin ja taustoihin, vaan keskustelu ja ohjaus jää usein yleiselle tasolle. (Kyngäs ym. 2009, 111 – 112.)

Motivoivaa haastattelua käytettäessä pyritään siihen, että mahdolliset muutosideat ja tarpeet heräävät asiakkaan omista ajatuksista. Haastattelussa selvitetään asiakkaan ajatuksia ja käsityksiä omasta tilanteestaan ja sen avulla siis autetaan asiakasta ymmärtämään oma tilanteensa ja mahdolliset muutostarpeet. Motivoivan haastattelun perusidea on, ettei vastustusta mahdollisia muutoksia kohtaan syntyisi. (Kyngäs ym. 2009, 112 – 113.)

Kirjallisen materiaalin avulla asiakasta voidaan ohjata ja auttaa sitoutumaan hoitoonsa. Hyvä materiaali tuo asiakkaalle kätevästi tietoa esimerkiksi hänen sairaudestaan sekä erilaisista tutkimuksista, hoitovaihtoehdoista ja niiden merkityksestä. Nykyisin

kirjallisen materiaalin merkitys terveydenhuollossa on suuri, sillä hoitoajat ovat lyhentyneet eikä suulliselle ohjaukselle jää useinkaan aikaa riittävästi. Materiaalin avulla asiakas voi omalla ajallaan käydä lävitse rauhassa suullisessa ohjauksessa esille nostettuja asioita. Yhdistämällä tällä tavoin suullinen ja kirjallinen ohjaus voidaan edesauttaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ja estää sekä oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä. (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinmäki, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 66; Kyngäs ym. 2009, 115; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25.)

Kirjallisten potilasohjeiden ominaisuuksia on tarkasteltava monipuolisesti. Ohjeiden laatua arvioitaessa kiinnitetään huomiota ohjeen ulkoasuun, opetuksellisuuteen, sisältöön sekä kieleen ja rakenteeseen. Kuhunkin näistä arvioitavista alueista voidaan liittää tiettyjä tavoitteita, joiden avulla ohjeen laatua voidaan tarkastella sekä vertailla eri materiaaleja keskenään. (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2004, 223.) Seuraavissa kappaleissa käsitellään tarkemmin näitä kirjallisen ohjeen ominaisuuksia ja niihin liittyviä vaatimuksia.

Kirjallisen potilasohjeen on kiinnitettävä erityistä huomiota ohjeen ulkoasuun. Kirjasintyyppin on oltava selkeä ja erotuttava selvästi taustastaan. Yleisimmin käytettyjä kirjasintyyppejä ovat Arial ja Times New Roman. Kirjasinkoon tulee olla tarpeeksi suuri, yleensä 12 tai suurempi. Erityistä huomiota kirjasinkokoon on kiinnitettävä silloin, kun kohderyhmänä ovat iäkkäät tai näköongelmista kärsivät potilaat. Tekstin tulee olla virheetöntä ja kappalejaon selkeä. Tärkeimmät asiat on hyvä esittää tekstin alussa, jotta ne tulevat myös niiden potilaiden tietoon, jotka eivät jaksa lukea materiaalia kokonaan. Otsikoiden tulee olla selviä ja tiedottavia ja painotettavat sanat on korostettava. Alleviivauksia on kuitenkin hyvä välttää, koska ne tekevät tekstistä vaikeammin luettavaa. Ohjeessa on hyvä olla sisältöä kuvaavia kuvioita tai taulukoita ja näiden tulee olla visuaalisesti selkeitä. Parhaimmillaan kuvien käyttäminen herättää potilaan mielenkiinnon ja auttaa ymmärtämään, mistä ohjeessa on kyse. Kuvien ja kuvioiden yhteydessä tulee aina olla selkeä kuvateksti. (Alaperä ym. 2006, 67 – 68; Hyvärinen 2005; Salanterä ym. 2004, 223.)

Opetuksellisuuden suhteen potilasohjeessa sisällön tulee olla esitetty ymmärrettävästi ja pääkohdittain. Ohjeesta on käytävä ilmi, kuka sen on tehnyt, milloin se on tehty,

kenelle se on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Ohjeeseen tulee sisältyä tieto siitä, miten hoidon onnistumista seurataan, ja miten potilas itse voi toimia päästäkseen tavoitteisiin. Opetettavaa asiaa voidaan selkiyttää esimerkkien avulla. Potilasohjeessa tulee olla myös tieto siitä, mihin voi ottaa yhteyttä tarpeen vaatiessa. (Alaperä ym. 2006, 66 – 67; Hyvärinen 2005; Salanterä ym. 2004, 223.)

Potilasohjeen sisällössä tulisi käsitellä potilaan selviytymistä kaikkien selviytymisen osa-alueiden näkökulmasta. Näitä osa-alueita ovat tiedollinen selviytyminen, toiminnallinen selviytyminen, selviytyminen bio-fysiologisista ongelmista, ekonominen selviytyminen, sosiaalisyhteisöllinen selviytyminen, kokemuksellinen selviytyminen sekä eettinen selviytyminen. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa toteutetun tutkimuksen (Salanterä ym. 2004) mukaan potilasohjeissa oli eniten kehitettävää juuri sisällöllisesti. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu ongelmia ohjeiden sisällön ja sen ymmärrettävyyden suhteen - potilaat eivät ymmärrä esimerkiksi vaikeaa sanastoa tai termejä, joita ei ole selvitetty yleiskielelle. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212; Salanterä ym. 2004, 223, 225.) Potilasohjetta voidaan hyödyntää myös tuettaessa potilasta sopeutumaan sairauteensa. Näin potilas voi suunnitella elämäänsä eteenpäin huolimatta sairaudesta ja sen hoidoista. (Alaperä ym. 2006, 66.)

Potilasohjeessa käytetyn kielen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Lauseiden tulee olla lyhyitä ja yksinkertaisia ja sisältö on esitettävä johdonmukaisesti. Teksti voi olla sävyiltään ohjaavaa ja neuvovaa. Lääketieteellisiä, vierasperäisiä tai ammattisanoja ei tulisi esiintyä ohjausmateriaalissa, tai ne on määriteltävä ymmärtämisen tukemiseksi. Pääasian tulee erottua tekstistä selvästi ja tekstin alussa tai lopussa on hyvä olla yhteenveto sisällöstä. Tekstin kirjoittamisessa on hyvä käyttää aktiivimuotoa. Potilasohjeen pituudelle ei ole annettu erillistä suositusta, mutta useimmiten mahdollisimman lyhyt, selkeä ja tiivis informaatiopaketti herättää suurinta tyytyväisyyttä - pitkä ja monimutkainen teksti sekoittaa ja ahdistaa asiakasta, jolloin ohjaus ei mene perille toivotulla tavalla. (Hyvärinen 2005; Salanterä ym. 2004, 223.)

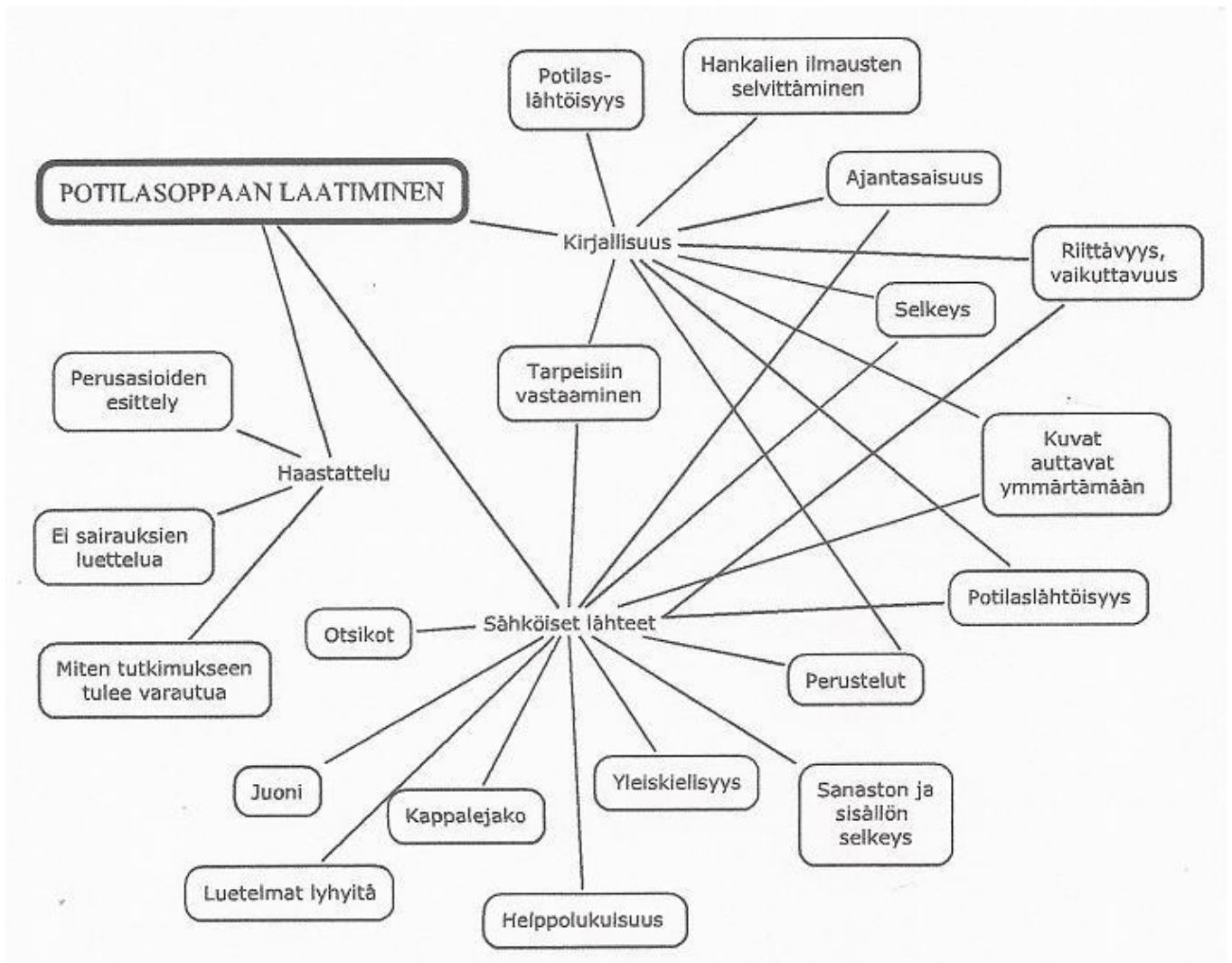
Tiedon siirtäminen ei ole kirjallisen potilasohjeen ainoa tehtävä. Se on lisäksi yksi keino viestiä potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuoltojärjestelmässä. Ohjeen avulla voidaan myös määritellä käsityksiä terveydestä ja sairaudesta. Kirjallinen ohje ei kuitenkaan saa olla ainoa ohjausmenetelmä. Usein potilasohje annetaan potilaalle suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin sitä on mahdollista käydä läpi, täsmentää ja

täydentää. (Alaperä ym. 2006, 66.)

10 POTILASOPPAAN LAADINTA

10.1 Yhteenveto kehittämistehtävän teoreettisesta taustasta

Olemme käyttäneet työme materiaalin käsittelyssä induktiivista sisällönanalyysia, joka lisää työme luotettavuutta ja on auttanut tietojen jäsentelyssä (ks. liite 3). Sisällönanalyysin avulla olemme kyenneet tiivistämään ja nostamaan esille keskeisimmät asiat liittyen laadukkaan potilasoppaan laatimiseen. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 3) on eritelty eri tiedonlähteistä saadut ja tärkeimmät huomioon otettavat seikat potilasopasta kehitettäessä.



Kuvio 2. Viitekehys potilasohjeen laatimiselle

Kirjallisuudesta saamiamme ohjeita hyvän potilasoppaan laatimiselle ovat muun mu-

assa potilaslähtöisyyden, tarpeisiin vastaavuuden ja selkeyden huomioiminen (Kääriäinen 2007, 35). Oppaassa tulee olla riittävästi tietoa aiheeseen liittyen (Kaila ja Kuivalainen 2007; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210). Lisäksi hankalat ilmaukset ja termit tulee selvittää, jotta asiakas ymmärtää oppaassa esille tuodut asiat varmasti (Hyvärinen 2005). Oppaan tulee olla ajantasainen ja uusinta tietoa sisältävä (Kääriäinen 2007, 35). Kuvien käytöllä voidaan edistää ymmärtämistä sekä mahdollisesti helpottaa oppaassa esitettyjen asioiden muistamista (Kääriäinen 2007, 35.; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212). Joskus perusteluilla on oppaassa korostunut merkitys ja usein asiakkaan oman hyödyn käyttäminen perusteluna tehoaa parhaiten (Hyvärinen 2005).

Sähköisistä lähteistä erityisesti Hyvärinen (2005) tuo esille monia kirjallisen ohjeen ulkomuotoon liittyviä seikkoja, jotka tuovat ohjeeseen selkeyttä ja tehoavuutta. Näitä ovat esimerkiksi oppaan otsikointi, juonellisuus, kappalejako sekä lyhyiden luettelien suosiminen. Helppolukuisuus, sanaston selkeys ja yleiskielisyys tuodaan esille myös tässä lähteessä. (Hyvärinen 2005.)

Silmätautien yksikössä tekemissämme haastatteluissa nousi esille asioita, jotka tulisi huomioida nimenomaan näkökenttätutkimukseen tulevalle potilaalle lähetettävän potilasohjeen sisällössä. Näitä ovat näkökenttätutkimukseen liittyvien perusasioiden sekä tutkimukseen varautumiseen liittyvien asioiden esittely. Erilaisten näkökenttäpuutoksia aiheuttavien sairauksien luetteleminen ei sen sijaan ole suositeltavaa. (Asiantuntijahaastattelu (2).)

10.2 Oppaan laadinnan tavoitteet

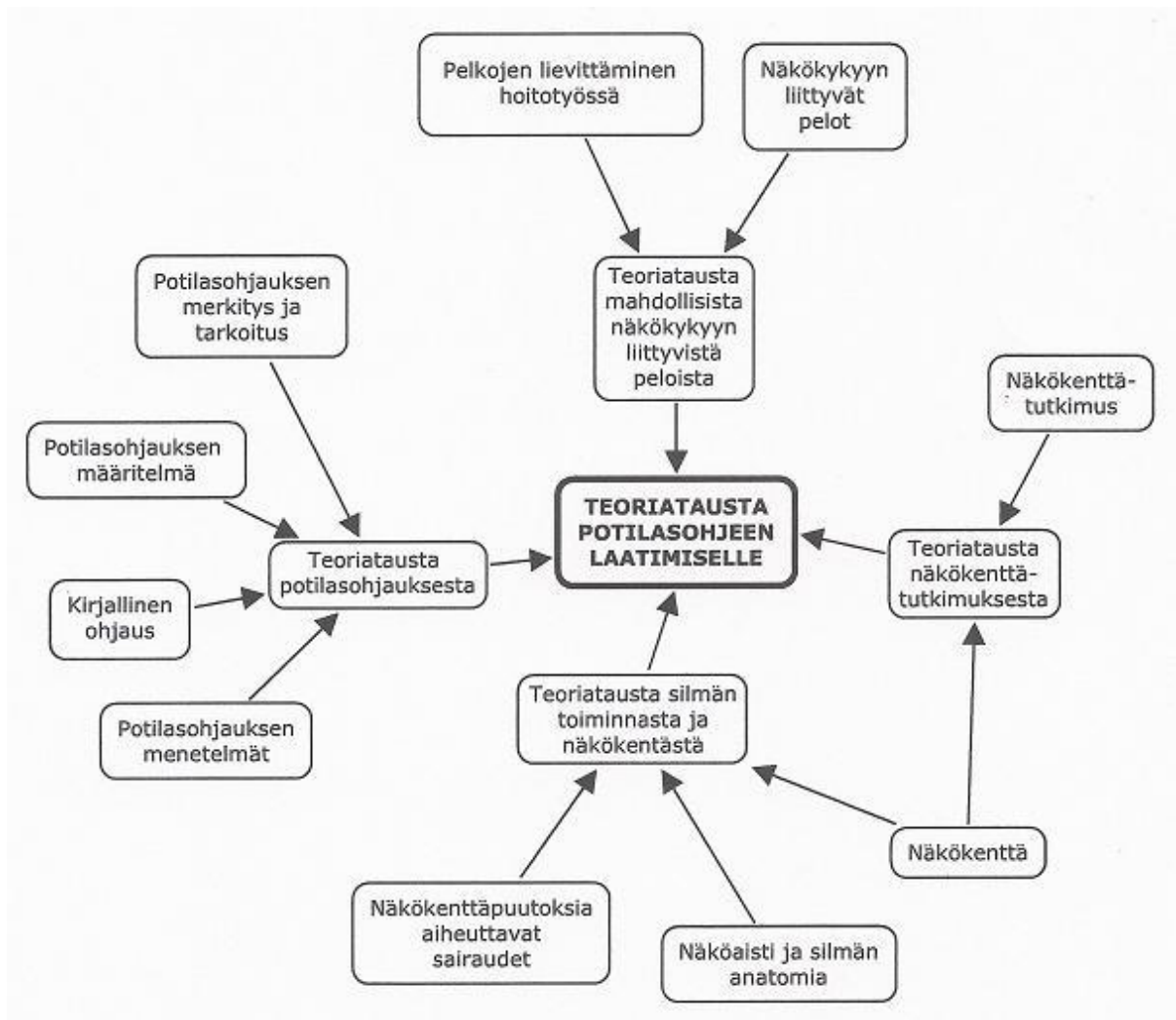
Tavoitteenamme on luoda potilasopas,

- 1) joka vastaa asiakkaan tiedollisiin tarpeisiin ja sisältää näkökenttätutkimukseen liittyvät perusasiat
- 2) joka on ulkoasultaan selkeä
- 3) joka on helppolukuinen ja helposti ymmärrettävä.

10.3 Oppaan laadinnan vaiheet

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena oli laatia potilasopas näkökenttätutkimukseen tuleville potilaille. Hyvän potilasoppaan laatimiseksi meidän oli tutustuttava sekä silmä-

tauteja ja näkökenttätutkimusta, että potilasohjausta ja erityisesti kirjallisia potilasohjeita koskevaan teoriatietoon. Oppaan taustalla on siis kaikki opinnäytetyömme aiheesta löytämämme informaatio, joka vaikuttaa oppaan sisällön sekä rakenteen kehittämiseen. Kuvassa 4 on esitetty potilasoppaan teoriataustaan vaikuttavat pääkohdat.



Kuvio 3. Yhteenveto potilasohjeen laatimisen teoreettisesta taustasta

Olemme opinnäytetyömme tavoitteena kehittäneet potilasoppaan, joka tulee käyttöön Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikköön. Ennen varsinaisen, käyttöön otettavan oppaan laatimista kehittimme kuitenkin myös mallikappaleen oppaasta, joka olisi mahdollisimman hyvin potilaan tarpeita vastaava ja vaikuttava. Sisältö näissä kahdessa oppaassa on lähes sama, mutta laatimassamme mallioppaassa se on jaoteltu erilaisten otsikoiden alle ja oppaassa on käytetty esimerkiksi kuvia herättämään mielenkiintoa. Käyttöön tulevassa oppaassa sisältö on sen sijaan lajiteltu erilaisten komponenttien eli otsakkeiden alle. Oppaassa ei ole käytetty kuvia tai muita erityisiä,

mielenkiintoa herättäviä keinoja. Käyttöön tuleva opas löytyy tämän työn liitteestä 6 ja mallikappale toimivasta oppaasta liitteestä 7.

Oppaan suunnitteluvaiheessa on tärkeää miettiä työn tavoitteet, kriteerit ja vaatimukset, sekä oppaan kohderyhmä ja käyttäjät. Miksi opas tehdään ja miksi sille on tarvetta? Mikä on oppaan tarkoitus ja tavoite? Millaisia vaatimuksia oppaalle on asetettu? Kenelle opas kohdistetaan (henkilökunta, potilas, omaiset)? Tärkeää on myös miettiä, onko oppaan tarkoitus olla paperinen ohje vai sähköisessä muodossa, sillä tälläkin on merkitystä oppaan vaikuttavuuteen, saatavuuteen ja näin ollen tuloksellisuuteen. Tätä kehittämistehtävää tehdessämme olemme pohtineet, millä keinoilla opas olisi siis vaikuttavimmillaan. Tulevan oppaan vaikuttavuus on otettu huomioon suunniteltaessa työn toteutukseen käytettäviä keinoja. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25.) Tämä oli kehittämistehtävämme ensimmäinen vaihe, ja saimme siihen apua sekä teorian tiedon kautta että yhteistyökumppaniltamme Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksiköltä.

Toteutusvaiheessa olemme arvioineet käytettävien tietolähteiden luotettavuutta sekä huomioineet tutkimuseettiset asiat. Lisäksi olemme pohtineet, mitä eri menetelmiä käyttäen oppaasta muodostuisi mahdollisimman hyvin tavoitteita vastaava. Kirjallisuus on valittu työn kannalta sopivaksi, lähteitä on käytetty monipuolisesti, luotettavasti ja eettisesti, ja haastatteluja Silmätautien yksikössä on hyödynnetty. Toteutusvaiheessa olemme järjestelleet ja analysoineet käytettävää materiaalia sisällönanalyysin avulla, jotta kehittämistehtävämme olisi luotettava. (Järvinen & Järvinen 2000, 130; Kyngäs & Vanhanen 1999, 10 - 11.) Sisällönanalyysistä kerrotaan tarkemmin tämän työn kappaleessa 5.

Kun olemme käyneet materiaalin lävitse ja opas on valmiiksi suunniteltu, voimme käydä kehittämään varsinaista opasta. Oppaan luomisessa on huomioitava keinot, joilla se saadaan mahdollisimman vaikuttavaksi - tekstin ymmärrettävyys, selkeys, oppaan ulkomuoto, värit, kuvat ja muut oleelliset seikat on tärkeää ottaa huomioon. Oppaan on oltava sisällöllisesti tarpeita tyydyttävä sekä ajan tasalla oleva. (Hyvärinen 2005; Kääriäinen 2007, 35.) Tärkeitä lähtökohtia ja oikea perusta hyvän potilasoppaan laatimiselle ovat myös potilaslähtöisyys ja potilaan tarpeisiin vastaaminen (Kääriäinen 2007, 33). Nämä kaksi tekijää ohjasivat sekä potilasoppaan sisällön että sen ulkoasun laadintaa tässä opinnäytetyössä.

Päädyimme tekemään potilasoppaastamme A5-kokoisen lehtisen. Tämän toteutimme käyttäen vaakatasossa olevaa A4-kokoista pohjaa, joka on taitettavissa puoliksi. Näin pyrimme luomaan oppaasta kiinnostusta herättävän. Ohjaamme oppaan käyttäjää kohdistamaan huomionsa oppaaseen, kun hänen on selailtava sen sivuja, eikä kaikki oppaan sisältö ole yhdellä sivulla. Oppaan oli kuitenkin oltava lyhyt ja ytimekäs (Hyvärinen 2005), minkä vuoksi sivuja ei ole monta. Luodaksemme oppaalle lisää selkeyttä ja toisaalta tehdäksemme siitä myös ulkoasultaan mielenkiintoisemman, päädyimme käyttämään oppaassa myös reunuksia. Reunukset ovat yksinkertaiset ja selkeät ja antavat oppaalle ryhtiä.

Oppaan kansilehdellä halusimme kertoa, mistä opas kertoo ja kenelle se on tarkoitettu (Alaperä ym. 2006, 66). Pääotsakkeeksi tuli yksinkertaisesti ”Näkökenttätutkimus”. Oppaan tarkoitusta tarkennettiin alaotsakkeella ”opas näkökenttätutkimukseen tulijalle”. Näiden lisäksi halusimme lisätä oppaaseen kuvitusta, jonka tarkoituksena on herättää potilaan kiinnostus (Alaperä ym. 2006, 67). Kansilehdellä päätimme käyttää kuvaa Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikön sisäänkäynnistä. Kyseisen kuvan valitsimme siksi, että se ikään kuin aukaisee potilaalle oven oppaaseen. Tämän lisäksi kuva kertoo, minkä näköiseen paikkaan potilaan tulee hakeutua tutkimusta varten.

Oppaan sisällöstä halusimme rakentaa yksinkertaisen ja tiiviin. Tärkeimmät asiat, jotka oppaaseen tuli mielestämme sisältyä, olivat näkökenttä -termin avaaminen ja näkökenttätutkimuksen kulun kuvaaminen, sekä maininnat asioista, jotka potilaan tulee ottaa huomioon tutkimukseen tullessaan (Asiantuntijahaastattelu (2)). Potilaan kannalta tärkeimpien asioiden kuvaaminen on tärkeää, ja sillä voidaan edistää merkittävästi potilastyytyväisyyttä sekä hoitoon sitoutumista (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210).

Sivun kaksi rakensimme vastaamalla lyhyesti kolmeen kehittämistehtävän tavoitteena olevista kysymyksistä: mikä on näkökenttä, miksi näkökenttää tutkitaan ja miten näkökenttätutkimus etenee. Kirjasimme nämä kysymykset otsikoiksi isoilla kirjaimilla oppaaseen, jotta ne herättäisivät potilaan huomion. Kunkin otsikkokysymyksen alle laadimme keräämäämme teoretietoa hyödyntäen lyhyen vastauksen kysymykseen. Otsikoiden tarkoitus on keventää ja selkeyttää edelleen oppaan sisältöä (Hyvärinen 2005). Pyrimme muotoilemaan vastaukset potilaslähtöisesti ja päädyimme käyttämään

tekstissä teitittelymuotoa (Alaperä ym. 2006, 67): ”Lääkärinne on lähettänyt Teidät näkökenttätutkimukseen”, ”Kone näyttää Teille valopisteitä, jotka havaitessanne painatte kädessänne olevaa painiketta”. Tämän on tarkoitus konkretisoida asiaa potilaalle ja auttaa häntä suhtautumaan tutkimukseen liikaa jännittämättä.

Kolmannelle sivulle päädyimme sijoittamaan lyhyen luettelon asioista, jotka potilaan tulee huomioida tutkimukseen tullessaan. Nämä seikat nousivat esiin Silmätautien yksikössä tekemissämme haastatteluissa (Asiantuntijahaastattelu (1); Asiantuntijahaastattelu (2)). Näitä olivat tutkimukseen kuluva aika, silmälasien käyttö tutkimuksessa sekä lääkehoidon normaali toteuttaminen tutkimuksesta huolimatta. Herättääksemme potilaan mielenkiinnon päädyimme käyttämään muistilista-muotoa. Otsakkeeksi luettelolle muodostui: ”Muistilista näkökenttätutkimukseen tulijalle”. Otsake on sisältöä hyvin kuvaava ja kertoo muutamalla sanalla, mikä luettelon tarkoitus on (Hyvärinen 2005).

Oppaan takakanteen sijoitimme kuvan näkökenttätutkimuslaitteesta. Näkökenttätutkimukseen tulevilla potilailla ei välttämättä ole lainkaan tietoa kuinka tutkimus tehdään ja millaisia välineitä sen tekemisessä käytetään. Kuvan tarkoituksena onkin lievittää potilaan mahdollista jännitystä tai pelkoa ja auttaa häntä suhtautumaan tutkimukseen rennosti. Käyttämällä kuvia olemme pyrkineet tekemään oppaan ulkoasusta mielenkiintoisemman (Alaperä ym. 2006, 67). Takakanteen sijoitimme myös Silmätautien yksikön yhteystiedot: osoite, puhelinnumero sekä soittoajat. Nämä tiedot ovat välttämättömiä, jotta potilas voi olla halutessaan yhteydessä Silmätautien yksikköön.

Käyttöön tulevaa opasta laatiessamme käytimme pohjana jo kehittämäämme potilasohjeen mallikappaletta. Kopioimme siis osittain mallikappaleessa ollutta tekstisisältöä käyttöön tulevaan oppaaseen ja tiivistimme sitä. Työtä teetti ainoastaan sisällön jakaminen seuraavien komponenttien alle: yleistä, tutkimus, tutkimuksen kesto, kipu, lääkitys, ottakaa mukaan, jatkohoito, matkakustannukset ja yhteystiedot. Tarpeellisen informaation lisäsimme näiden otsikoiden alle mahdollisimman tiivistetysti, jotta oppaasta tulisi selkeä, järjestäytynyt ja helppolukuinen (Hyvärinen 2005).

Silmätautien yksikön antamien neuvojen ja palautteen pohjalta kirjoitimme eri otsikoiden alle tarvittavat tiedot näkökenttätutkimuksesta. Joitakin tutkimukseen liittyviä tietoja oli karsittava, koska niiden arveltiin olevan oppaassa turhia ja potilaalle turhaa

huolta aiheuttavia. Käyttöön tulevan oppaan viimeisimmän arvioinnin suorittaa Kymenlaakson keskussairaalan potilasohjeista vastaava työryhmä, jolle lähetämme valmiin potilasoppaamme. He lisäävät oppaamme niin kutsutulle ohjepohjalle, ja tätä kautta potilasopas tulee oikeaan käyttöön Silmätautien yksikköön.

Kehittämistehtävän valmistuttua sen arvioiminen on tärkeä osa luotettavuutta mitatesa. Esimerkiksi valmistaessamme toimivaa ja laadukasta potilasohjetta arviointi voitaisiin suorittaa testaamalla opasta käytännössä kohderyhmällä ja keräämällä sitten palautetta käyttäjiltä. Palautteen perusteella opasta voitaisiin muokata - esimerkiksi tiivistää sisältöä, karsia turha sisältö pois, lisätä tarvittavaa tietoa tai muokata muuten opasta käyttökelpoisemmaksi. Tämän jälkeen voidaan antaa käyttöön lopullinen, mahdollisimman selkeä ja tavoitteet saavuttava, ohjausta tukeva opas. (Mukaiillen Järvinen & Järvinen 2000, 130.) Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea ei kuitenkaan suositellut oppaamme arviointiin käytettäväksi edellä kuvattua asiakkaiden mielipiteiden keruuta. Tarkemmin oppaan arviointivaiheesta löytyy tietoa seuraavasta kappaleesta 10.4 Kehittämistehtävän ja potilasoppaan arviointi.

10.4 Kehittämistehtävän ja potilasoppaan arviointi

Luotettavan kehittämistehtävän taustalla yksi olennainen osa prosessin edetessä on jatkuvasti tapahtuva arviointi - kuten tämän opinnäytetyön luotettavuutta käsittelevässä kappaleessa on todettu. Niinpä olemme työn edetessä jatkuvasti arvioineet esimerkiksi erilaisia päätelmiä ja ratkaisuja, joihin olemme päätyneet. Olemme myös pohtineet eri lähteidemme merkitystä ja luotettavuutta. Erityisesti kehittämistehtävämme päämääränä olevaa potilasopasta laatiessamme tärkeää on oppaan luotettavuus, joten olemmekin pyytäneet oppaasta arviointia myös yhteistyökumppaniltamme eli Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksiköltä. Silmätautien yksikkö arvioi myös koko opinnäytetyömme sisällön siltä osin, mikä liittyy heidän ammattialaansa (näkökenttätutkimukseen ja silmäsairauksiin liittyvät, työssämme käsitellyt asiat).

Alunperin suunnitelmissamme oli antaa valmistuva potilasopas Silmätautien yksikölle niin sanottuun koekäyttöön, jolloin opasta olisi testattu näkökenttätutkimukseen tulevilla potilailla. Potilailta olisi sitten kerätty palautetta, jonka perusteella opasta olisi voitu vielä tarpeen vaatiessa muokata entistä paremmin potilaiden tarpeita

vastaavaan muotoon. Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän, Carean, taholta ei kuitenkaan suositeltu tällaista asiakaspalautteen pyytämistä.

Ennen opinnäytetyömme lopullista arviointia olemme pyytäneet Silmätautien yksikössä toimivilta, näkökenttätutkimuksesta vastaavilta hoitajilta arviointia työstämme ja potilasoppaasta. Heidän palautteensa pohjalta kykenimme muokkaamaan ja tarkentamaan joitakin työssämme käsiteltäviä asioita. Tarkennuksia pyydettiin esimerkiksi joissakin lukumääriä ja nimityksiä koskevissa asioissa. Lisäksi lisäsime joitakin puuttuvia mainintoja ja tietoja työhömme vielä tässä vaiheessa. Kaiken kaikkiaan palautteen sisältö tuki kuitenkin jo tässä vaiheessa olevaa työtämme ja kyse oli vain pienistä tarkennuksista.

Itse oppaaseen yhteistyökumppanimme hoitajat toivoivat lisättävän maininnat tutkimuksen kivuttomuudesta ja tutkimukseen keskittymisen merkityksestä. Lisäksi käyttöön tulevaa opasta muokatessamme pohdimme, pitäisikö oppaassa mainita esimerkiksi näkökenttätutkimuksen yhteydessä mahdollisesti käytettävät laajennustipat. Osaston henkilökunta tuli kuitenkin siihen tulokseen, ettei tietoa näistä silmätipaista ole aiheellista oppaaseen lisätä, koska laajentavia silmätippoja käytetään nykyisin erittäin harvoin. Lisäksi maininta voisi lisätä turhaa huolta tutkimukseen tulevien potilaiden keskuudessa, koska laajentavien tippojen käyttöön liittyy esimerkiksi kiello ajaa autoa tutkimuksen jälkeen.

Silmätautien yksikön antaman palautteen ja neuvojen pohjalta laadimme siis käyttöön tulevan potilasoppaan, jossa näkökenttätutkimukseen tulevan potilaan tarvitsemat tiedot ovat lueteltu erilaisten komponenttien alle. Näin tiedot jakautuvat pieniin kappaleisiin, joten oppaan sisältö on helppolukuinen ja selkeä, mikä kuuluu olennaisena osana vaikuttavan potilasoppaan luonteeseen (Hyvärinen 2005). Vaikka opas on näin selkeästi luettava, se on silti virikkeetön. Vaarana on, ettei opas herätä potilaan mielenkiintoa, eikä saavuta näin ollen potilasta. Halusimme siis luoda myös mallikappaleen meidän mielestämme ja löytämämme materiaalin perusteella rakennetusta, vaikuttavasta potilasoppaasta.

11 POHDINTA

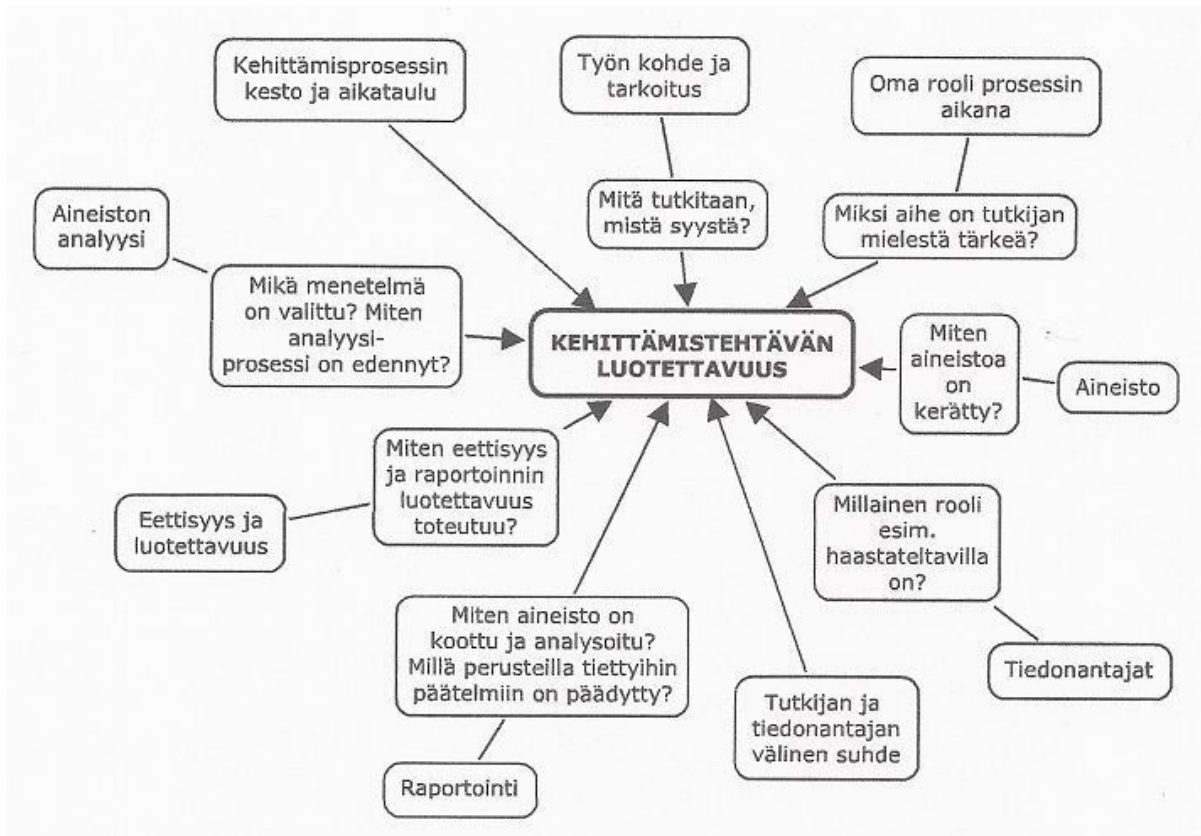
11.1 Kehittämistehtävän luotettavuus

Kehittämistehtävän luotettavuutta tulee arvioida kriittisesti, sillä kaikessa tutkimus- ja kehittämistyössä pyritään välttämään virheitä. Luotettavuutta voidaan arvioida erilaisten mittareiden ja tutkimustapojen avulla. Käsitteet reliaaabelius ja validius kuuluvat olennaisesti kehittämistyön laadun valvontaan. Reliaabelius terminä tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja validius, eli pätevyys, tarkoittaa tutkimusmenetelmän valmiutta mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2007 (2), 226.)

Luotettavuuden kriteereihin kuuluvat lisäksi erilaiset käsitteet, joita ovat uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimus- tai kehittämistilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus, vakiintuneisuus, vahvistettavuus ja vahvistuvuus. Näitä käsitteitä voidaan tulkita eri tavoin, mihin vaikuttaa esimerkiksi eri tutkijoiden vaihtelevat painotukset tulkinnoissaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009 (2), 136 – 139.)

Laadullisen kehittämistehtävän aikaansaamiseksi olemme pyrkineet mahdollisimman tarkkaan selostukseen siitä, mitä opinnäytetyöprosessin aikana olemme tehneet - miten aineisto on tuotettu, miten mahdolliset haastattelut tai muut tiedonkeruumenetelmät on toteutettu, miten kehittämistehtävän tulokseen on päästy ja millä perusteilla tuloksista on tehty päätelmiä. Esimerkiksi tarkalla sisällönanalyysi-prosessin raportoinnilla olemme antaneet lukijalle mahdollisuuden ymmärtää kuinka olemme tiettyihin päätelmiin ja johtopäätöksiin päätyneet. Mahdollisimman tarkka raportointi tutkimuksen kulusta kohottaa tutkimuksen luotettavuutta huomattavasti. (Hirsjärvi ym. 2007 (2), 227 – 228; Tuomi & Sarajärvi 2009 (2), 141.)

Kehittämistehtävän luotettavuutta arvioidessa tulee huomioida työ kokonaisuutena, ja arviointia tulee suorittaa eri näkökulmista koko prosessin ajan. Arviointiin ei ole käytettävissä tiettyjä yleispäteviä tai yksiselitteisiä ohjeita, mutta voimme kuitenkin tarkastella joitakin työn luotettavuuden kannalta oleellisia asioita. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 5) hahmottuu luotettavuuden arvioinnissa huomioon otettavat näkökulmat ja esimerkkejä kysymyksistä, joita luotettavuutta arvioidessa tulee pohtia.



Kuvio 5. Kehittämistehtävän luotettavuuden arviointi

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme useaan otteeseen päätyneet pohtimaan esimerkiksi työmme tarkoitusta, käytettäviä menetelmiä sekä omaa rooliamme työn tekemisessä. Olemme päivittäneet tietojamme esimerkiksi menetelmiemme suhteen jatkuvasti työtä tehdessämme ja pyrkineet oikeisiin, kehittämistehtävän etenemisen kannalta luonteviin toimintatapoihin. Olemme myös raportoineet eri menetelmistämme ja työmme vaiheista opinnäytetyössämme.

11.2 Eettiset tekijät kehittämistehtävän taustalla

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tässä kehittämistehtävässä sitä, että työtä tehtäessä noudatamme hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö puolestaan tarkoittaa sitä, että tiedonkeruu- ja tutkimusmenetelmät valitaan siten että ne ovat eettisesti kestäviä. Esimerkiksi tiedonhankinnassa on toimittava rehellisesti ja vilpittömästi, eli kunnioittaen toisten aihetta tutkineiden saavutuksia. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että käytetään tarkkoja lähdeviitteitä ja hankitut tiedot esitetään oikeassa valossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009 (2), 132; Vilkkä 2005, 30 – 31.)

Hyvään ja eettiseen kehittämistehtävän tekoon kuuluvat rehellisyys, yleinen tarkkuus sekä huolellisuus. Työtä tehdessämme olemme huomioineet nämä seikat. Erityisesti huolellisuus ja rehellisyys tulee esille lähteiden käytössä ja lähdeviittauksissa, jotka ovat tarkkoja ja paikkansapitäviä. Olemme työtä tehdessämme halunneetkin kunnioittaa muita tutkijoita ja heidän aiempia tutkimuksiaan esimerkiksi oikeaoppisen lähdeviittauksen keinoin. Lisäksi työssä sovelletaan tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti hyväksyttäviä. Työn tuloksia julkaistaessa avoimuus on oleellinen osa kehittämistehtävämme luonnetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007 (2), 23 – 24; Tuomi & Sarajärvi 2009 (2), 132 – 133.)

Tutkimusetiikkaan kuuluvat lisäksi prosessin suunnittelu, toteutus ja raportointi yksityiskohtaisesti ja tieteellisen tason vaatimusten mukaisesti. Toisin sanoen lähdeviitteiden huolellinen merkitseminen on aloitettu tässäkin kehittämistehtävässä jo suunnitteluvaiheessa ja tarkkuus on jatkunut koko prosessin läpi. (Vilka 2005, 32.) Kehittämistehtäväämme osallistuneiden rooli tutkimuksen teossa, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet on määritelty ja kirjattu totuudenmukaisesti ja kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2007 (2), 24; Tuomi & Sarajärvi 2009 (2), 133.)

Epärehellinen ja vilpillinen toiminta tarkoittaa vilppiä tai piittaamattomuutta kaikkea tutkimus- tai kehittämistyötä tehtäessä. Vilppi voi ilmetä sepittämisenä sekä toisten tuotosten vääristelynä tai plagioimisena. Plagiointi tarkoittaa tieteellistä varkautta eli toisen tutkijan tiedon, ideoiden tai sanamuodon esittämistä omanaan (Hirsjärvi ym. 2007 (2), 118). Piittaamattomuus puolestaan voi johtua tutkijan tietojen ja taitojen puutteellisuudesta. Se voi näkyä esimerkiksi puutteellisena lähdetietojen viittaamisena kehittämistehtävässä. Piittaamattomuuden voi siis välttää pohtimalla rehellisesti omien tietojen ja taitojen tasoa ja suhteuttamalla tämän työn tavoitteisiin. (Vilka 2005, 31.)

Tutkimusetiikan loukkauksia voivat olla esimerkiksi muiden tutkijoiden vähättely, puutteelliset viittaukset aiempiin tutkimuksiin ja tietolähteisiin sekä omassa työssä käytettyjen menetelmien ja tulosten puutteellinen tai harhaanjohtava raportointi. Vastuu tutkimusetiikan ja hyvän käytännön toteuttamisesta ja noudattamisesta on ensisijaisesti työn tekijällä itsellään sekä tutkimusyksikön johtajalla. (Hirsjärvi ym. 2007 (2), 26; Tuomi & Sarajärvi 2009 (2), 133.)

11.3 Potilasoppaan käyttöehdotuksia

Kuten aiemmin työssä olemme todenneet, opinnäytetyömme lopullinen tarkoitus on ollut työstää näkökenttätutkimukseen tulevalle potilaalle potilasohje Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikön käyttöön. Näin ollen ensisijainen käyttötarkoitus kehittämistehtävämme tuloksena syntyneelle potilasoppaalle on Silmätautiyksikön näkökenttätutkimukseen tulevien potilaiden tiedottaminen tutkimukseen liittyvistä asioista. Olemme laatineet kaksi opasta - ensimmäinen on mallikappale hyvän potilasoppaan kriteerit täyttävästä oppaasta ja toinen on Carean potilasohjemallipohjan mukainen opas, johon olemme keränneet tärkeimmät seikat näkökenttätutkimukseen liittyvistä asioista. Näitä ovat esimerkiksi tutkimukseen varautuminen ja yleinen kerronta tutkimukseen liittyvistä asioista.

Laadullisen potilasoppaan kriteerit täyttävä opas on eräänlainen työkalu, jonka halusimme tehdä työmme liitteeksi. Sen avulla saimme toki itse kerättyä varsinaiseen, käyttöön tulevaan oppaaseen tärkeimmät asiat. Lisäksi opasta laatiessa pääsimme ottamaan käyttöön löytämässämme lähdemateriaalissa mainittuja seikkoja oppaan elävöittämisestä, laadullisuudesta, helppolukuisuudesta ja potilaan mielenkiinnon herättämisestä oppaan ulkoisten ominaisuuksien avulla. Tämäkin opas olisi varmasti hyvä tuki potilasohjauksessa ja sitä voitaisiin yhtäläillä käyttää näkökenttätutkimukseen tulevan potilaan ohjaamiseen ennen tutkimusta, mikäli välttämätöntä potilasohjeiden mallipohjaa ei olisi käytössä.

Jatkossa näkökenttätutkimuksiin liittyvistä aiheista voisi varmasti tehdä lisää tutkimuksia, sillä tällä hetkellä tutkimusaineisto kyseiseen aiheeseen liittyen on olematonta kuten olemme myös aiemmin, kuvatessamme lähdemateriaalimme niukkuutta todenneet. Myös potilaiden kokemukset oppaan käytöstä ja sen vaikuttavuudesta olisivat otollinen tutkimuskohde työmme jatkoksi, jotta saataisiin selville oppaan totuudenmukainen laadullisuus.

Varsinaisen opinnäytetyömme sisältö käsittelee niin ikään näkökenttätutkimusta ja näkökenttään liittyviä asioita kuin potilasohjausta. Potilasohjaus onkin aihe, joka liittyy olennaisesti hoitotyöhön ja terveyden edistämiseen jokaisella hoitotyön osa-alueella. Siitä on jo valmiiksi myös saatavilla paljon erinäistä tutkimusaineistoa ja materiaalia. Opinnäytetyömme sisältääkin informaatiota potilasohjaamisesta, joka

voisi olla hyödyksi muun muassa hoitoalan henkilökunnalle. Potilasohjaus on erittäin tärkeää huomioida hoitotyössä ja sitä tulee kehittää parempaan suuntaan, jotta ohjauksen hyödyt ja vaikuttavuus tulisivat paremmin esille. Potilasohjauksen vaikuttavuutta olemme käsitelleet tämän työn kappaleessa 9.2 Ohjausprosessiin vaikuttavat tekijät.

LÄHTEET

Airaksinen, P. J. & Tuulonen, A. 2001. Glaukooma. Teoksessa K. M. Saari (toim.) Silmätautioppi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinmäki, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Saatavissa:
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf [Viitattu 5.9.2010].

Asiantuntijahaastattelu (1). Kymenlaakson keskussairaala, Silmätautien yksikkö. 16.11.2009.

Asiantuntijahaastattelu (2). Kymenlaakson keskussairaala, Silmätautien yksikkö. 29.3.2010.

Asiantuntijahaastattelu (3). Kymenlaakson keskussairaala, Silmätautien yksikkö. 13.09.2010.

Asiantuntijahaastattelu (4). Kymenlaakson keskussairaala, Silmätautien yksikkö. 25.10.2010.

Bjälje, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K.C. 2007. Ihminen, fysiologia ja anatomia. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Friberg, K., Vesti, E. & Tuulonen, A. Duodecim. 2007. Näkökenttätutkimuksen toistettavuus ja luotettavuus. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=nak03908&p_haku=n%E4k%F6kentt%E4tutkimus [Viitattu 27.10.2009].

Färkkilä, 2009. Migreeni. Lääkäriin käsikirja, Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=migreeni
[Viitattu 3.9.2010].

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. WSOY.

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

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Hyvärinen, L. 2009. Näön tutkiminen. Lääkärin käsikirja, Duodecim. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=N%E4%F6n%20tutkiminen [Viitattu 10.5.2010].

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo95167&p_haku=Potilasohjaus [Viitattu 30.3.2010].

Immonen, T. & Nikoskelainen, E. 2001. Näköhermotulehduksen tutkimus- ja hoitokäytännöt. Lääkärin tietokannat / Lääkärilehti. Duodecim. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=n%E4k%F6hermotulehdus. [Viitattu 15.4.2010].

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, Oulun yliopisto. Saatavissa:

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf [Viitattu 13.10.2010]

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 2/2007.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Impakti* 6/2007.

Kulmala, J. 2010. Visual acuity in relation to functional performance, falls and mortality in old age. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

<http://dissertations.jyu.fi/studsport/9789513939588.pdf> [Viitattu 20.7.2010].

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (1). Näkökenttätutkimukset. Saatavissa: <http://www.kymshp.fi/koks/silmataudit.html> [Viitattu 27.10.2009].

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (2). Kymenlaakson sairaanhoitopiiri. Saatavissa: http://www.kymshp.fi/index_etusivu.php [Viitattu 25.10.2009].

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (3). Kymenlaakson keskussairaala. Saatavissa: <http://www.kymshp.fi/koks/index.html> [Viitattu 25.10.2009].

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (4). Silmätaudit. Saatavissa: <http://www.kymshp.fi/koks/silmataudit.html> [Viitattu 25.10.2009].

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* nro. 1/1999.

Kyyrönen, K., Mäenpää, O. & Pohjanvirta-Hietanen, A. 1992. *Kliininen psykologia*.
Juva: WSOY.

Käypä hoito, 2005 (päivitetty 2010). Näkökyvyn merkitys kaatumisen ja lonkkamurtuman riskitekijänä. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/nak04979> [Viitattu 20.7.2010].

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Pro Gradu. Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 4/2008.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 4/2005.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 10/2006.

Laatikainen, L. & Summanen, P. 2009. Diabeettinen retinopatia. *Lääkärin tietokannat / Lääkärin käsikirja*. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Diabeettinen%20retinopatia [Viitattu 15.8.2010].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Latvala, T. 2006. Kun silmissä vilisee – äkillisen näköhäiriön selvittäminen. *Lääkärin tietokannat / Lääkärilehti Duodecim*. http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=n%E4k%F6h%E4iri%F6 [Viitattu 15.4.2010].

Lunnela, J., Kyngäs, H. & Hupli, M. 2005. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3/2006.

McCabe, C. 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13. Saatavissa: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118794455/PDFSTART> [Viitattu 28.10.2009].

Mustajoki, P. 2009. MS-tauti (multippeliskleroosi). Lääkärin tietokannat / Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=MS-tauti [Viitattu 20.4.2010].

Mustajoki, P. 2010. Prolaktinooma (maitohormonia tuottava kasvain). *Terveyskirjasto Duodecim*. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00998 [Viitattu 25.10.2010].

Mustonen, E. 2001. Neuro-oftalmologia. Teoksessa K.M. Saari (toim.) *Silmätautioppi*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Niemi, T., Vietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Ohtonen, H. 2010. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/ [Viitattu 3.9.2010].

Pasternack, I. 2008. Glaukooma: tauti ja diagnoosi eivät kohta. *Impakti* 5/2008.

Roine, R. 2009. Aivoinfarkti. Lääkärin tietokannat / Lääkärin käsikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=aivoinfarkti [Viitattu 20.4.2010].

Roti, O. & Ihanus, J. 1997. *Terveys ja Psykologia*. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Saarelma, O. 2007. Kaatuileva vanhus. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00760 [Viitattu

20.7.2010].

Saari, K.M., Mäntyjärvi, M., Summanen, P. & Nummelin, K. 2001. Silmän tutkiminen. Teoksessa K. M. Saari (toim.) Silmätautioppi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.-L., Pulkkinen, M.-L. & Leino-Kilpi, H. 2004. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4/2005.

Sankila, E.-M. 2003. Silmätaudit. Lääkärin tietokannat / Aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93502.pdf> [Viitattu 30.4.2010].

Saraheimo, M. & Ilanne-Parikka, P. 1999. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Jyväskylä: Duodecim.

Seppänen, M. 2009 (1). Tietoa potilaalle: Näköhäiriö. Lääkärin tietokannat / Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=N%E4k%F6h%E4iri%F6 [Viitattu 30.4.2010].

Seppänen, M. 2009 (2). Tietoa potilaalle – Silmänpainetauti (glaukooma). Lääkärin tietokannat / Lääkärin käsikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Silm%E4npainetauti [Viitattu 30.4.2010].

Sipilä, I. 2010. HOGA (hyperornitinemia – silmän suoni- ja verkkokalvon pyörörappeuma). Lääkärin tietokannat / Lääkärin käsikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=HOGA [Viitattu 15.4.2010].

Summanen, P. 2010. Verkkokalvon laskimotukos. Lääkärin tietokannat / Lääkärin käsikirja. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Verkkokalvon%20laskimotukos [Viitattu

3.5.2010].

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Glaukoomayhdistys ry:n asettama työryhmä 2007. Glaukooma. Lääkärin tietokannat / Käypä hoito. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi37030.pdf> [Viitattu 30.4.2010].

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2009. MS-taudin diagnoosi, lääkehoito ja kuntoutus. Lääkärin tietokannat / Käypä hoito. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi36070.pdf> [Viitattu 20.4.2010].

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009 (2). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 6., uudistettu painos. Livonia Print, Latvia: Tammi.

Vanni, S. 2008. Näköjärjestelmän toiminta. Tieteessä tapahtuu 1/2008.

Vanni, S. 2004. Näkö tiedon käsittely aivokuoressa. Aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Hemianopia [Viitattu 3.9.2010].

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2006. Sisätaudit, 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Vesti, E. 2009. Glaukooma. Duodecim, terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00056 [Viitattu 23.9.2010].

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wickström, J. 2009. Multippeliskleroosi (MS-tauti). Lääkärin tietokannat / Lääkärin

käsikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=MS-tauti%20%28multippeliskleroosi [Viitattu 20.4.2010].

LIITTEET

LIITE 1

Tutkimustaulukko

Tekijä, paikka, vuosi	Tarkoitus, menetelmä, otanta	Keskeiset tulokset
Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Oulun yliopisto. 2006.	Tarkoituksena kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamansa potilasohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä erikoissairaanhoidossa. Tutkimusaineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidetuilta 65 vuotta täyttäneiltä potilailta kyselylomakkeilla (n=203). Lomakkeessa oli sekä strukturoituja kysymyksiä, joiden tilastollisina menetelminä käytettiin pääasiallisesti suoria prosenttija-kaumia, että strukturoimattomia kysymyksiä, joiden avulla saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyyysilla.	Tulosten mukaan iäkkäät potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen laatuun. Laadullisen aineiston perusteella ilmeni kuitenkin epäkohtia saadussa ohjauksessa. Ohjaustilan toivottiin olevan paremmin potilasohjaukseen soveltuva. Erityisesti korostui henkilökohtainen potilasohjaus. Iäkkäiden potilaiden saamasta ohjauksesta 49% oli lääkäri-hoitaja –työparin toteuttamaa. Riittämättömästi ohjausta potilaat olivat saaneet kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Riittävästi ohjausta oli saatu sairaudesta, sen hoidosta, toimenpiteistä ja tutkimuksista. Iäkkäät toivoivat omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä. He arvioivat ohjauksesta olleen vähiten hyötyä omaisten tiedonsaannille.
Kulmala, J. Visual acuity in relation to functional performance, falls and mortality in old age. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. 2010. Väitöskirja.	Tarkoitus: Selvittää, miten heikentynyt näöntarkkuus vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn, kaatumisiin, muihin vammoja aiheuttaneisiin tapaturmiin ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, miten samanaikainen useampien aistien heikentyminen vaikuttaa vanhusten kaatumistapaturmiin. Menetelmä/otanta: Tutkimuksessa käytettiin aineistona Jyväskylän yliopiston Ikivihreät- ja FITSA-pitkittäistutkimuksia. Tutkimukseen osallistui 850 kotona asuvaa 63-80-vuotiasta miestä ja naista. Osallistuneiden tapaturmatapahtumia seurattiin vuosi ja hoitoa vaatineita tapaturmia 10 vuotta laboratoriomittausten jälkeen.	Ikääntyneiden heikentyneellä näkökyvyllä on vaikutusta moniin terveyden ja toimintakyvyn osa-alueisiin, heikentynyt näkökyky lisää kaatumisten ja muiden tapaturmien riskiä ja se on yhteydessä myös vanhusten ennenaikaiseen kuolleisuuteen.

<p>Kääriäinen, M. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. 2007. Pro Gradu.</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää ja kuvata ohjauksen laatua potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta (ensimmäinen vaihe) sekä määrittellä ohjaus-käsite ja testata käsitteen rakenne (toinen vaihe). Menetelmä ja otanta: Postikysely OYS:n potilailta (n=844) ja hoitohenkilöstöltä (n=916). Aineiston keräys harkinnanvaraisesti tietokannoista (n=32) ja käsihaku yleisteksistä (n=6).</p>	<p>Tulokset: Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjaukseen käytetty aika riittämätöntä. Henkilökunnan tiedot ja taidot ohjata olivat kohtalaisen hyvät. Potilaat pitivät ohjauksen laatua kokonaisuudessaan hyvänä (ensimmäinen vaihe). Ohjaus määriteltiin potilaan ja hoitohenkilökunnan kontekstiin sidoksissa olevaksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka rakentuu vuorovaikutuksessa (toinen vaihe).</p>
<p>Kääriäinen, M. ja Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Oulun yliopistollinen sairaala, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus. Julkaistu: Hoitotiede 4/2005.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosien 1995 ja 2002 välillä. Otanta ja menetelmä: Tutkimuksen aineistona käytettiin 96 artikkelia, jotka analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.</p>	<p>Potilaat ovat tyytyväisiä ohjaukseen, kun se on riittävää ja sisällöllisesti laadukasta. Ohjauksen tulee sisältää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaat eivät aina saa riittävää ohjausta, vaikka se vaikuttaisi positiivisesti muun muassa hyvinvointiin, elämänlaatuun ja hoitoon sitoutumiseen.</p>
<p>Lam, B., Christ, S., Lee, D., Zheng, D. ja Arheart, K. Reported Visual Impairment and Risk of Suicide. Julkaistu Archives of Ophthalmology – lehdessä 2008.</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää, lisääkö näkökyvyn heikkeneminen itsemurhariskiä. Menetelmä/otanta: Tutkimuksessa seurattiin 137 479 yli 18-vuotiasta.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan näkökyvyn heikkeneminen lisää itsemurhan riskiä. Riski on suurempi erityisesti niillä henkilöillä, joilla on heikentynyt näkökyvyn lisäksi myös muuta terveyteen liittyviä ongelmia.</p>
<p>Lunnela, J., Kyngäs, H. ja Hupli, M. 2005. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät.</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää glaukoomapotilaiden sitoutumista hoitoonsa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Menetelmä ja otanta: Aineisto kerättiin strukturoidun, tutkimusta varten muokatun mittarin avulla glaukoomapotilailta (n=97), jotka olivat käynnillä keskussairaalan poliklinikalla silmälääkärin vastaanotolla.</p>	<p>Tulokset: 58 % glaukoomapotilaista oli hyvin sitoutuneita hoitoonsa. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia keskeisiä tekijöitä olivat muun muassa motivaatio, jaksaminen ja tuki lääkäreiltä, hoitajilta ja läheisiltä. Ohjaukseen tyytyväiset potilaat olivat paremmin sitoutuneita hoitoonsa.</p>
<p>McCabe, C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Trinity Centre for Health Sciences, St James's Hospital, Dublin, Ireland. 2004.</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää potilaiden kokemuksia hoitohenkilökunnan kommunikoinnista ja ohjauksesta. Menetelmä ja otanta: Potilaiden ei-strukturoidut haastattelut (n=8).</p>	<p>Tulokset: Hoitajat osaavat kommunikoida potilaiden kanssa sekä ohjata heitä hyvin, kun he käyttävät potilas-keskeistä lähestymistapaa. Osa potilaista koki, että hoitajat eivät keskustele heidän kanssaan tarpeeksi, vaan keskittyvät enemmän tehtäviinsä. Potilaat arvostivat mm. huolenpitoa, empatiaa, ystävällisyyttä sekä huumoria.</p>
<p>Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.-L., Pulkkinen, M.-L. ja Leino-Kilpi, H. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Turun yliopisto. 2004.</p>	<p>Tarkoituksena evaluoida yliopistosairaalan potilaille jaettavan kirjallisen ohjausmateriaalin ulkoasua, opetuslisuutta, sisältöä, kieltä, rakennetta ja luettavuutta. Tutkimusaineistona olivat kaikki keväällä 2002 yliopistosairaalan intranetissä olleet kirjalliset potilasohjeet (n= 611). Ohjeet analysoitiin analysointikehyksellä, joka laadittiin tätä tutkimusta varten hyödyntäen aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden osoittamia hyvän potilasohjauksen osa-alueita.</p>	<p>Lähes kaikissa potilasohjeissa oli käytetty selkeästi luettavaa kirjaintyyppiä ja tarpeeksi suurta kirjainkoko (12 tai suurempi). Teksti oli virheetöntä ja kappalejako selkeä. Painotettavia sanoja oli korostettu 61 %:ssa ohjeista. Sisältöä kuvaavia kuvioita tai taulukoita oli käytetty noin 10 %:ssa ohjeista. Lähes kaikissa ohjeissa sisältö oli esitetty pääkohdittain. Noin puolessa ohjeista oli ilmoitettu, kenelle ohje oli tarkoitettu. 66 %:ssa ohjeista oli kerrottu, miten potilas voi toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Noin puolessa ohjeista oli kerrottu, mihin potilaat voivat ottaa yhteyttä ongelmien esiin-</p>

		<p>tyessä tai saadaksesen lisätietoa.</p> <p>Ohjeissa oli käsitelty pääosin potilaan tiedolliseen selviytymiseen liittyviä asioita (74 %). Potilaan toiminnallista selviytymistä oli käsitelty noin kolmasosassa ohjeista.</p> <p>Kirjallisten potilasohjeiden sisältö oli esitetty loogisesti. Pääasia erottui selvästi 82 %:ssa ohjeista. Teksti oli sävyiltään ohjaavaa ja neuvovaa.</p> <p>Lähes kaikkien toimialojen ohjeet olivat sisällöltään yksipuolisia, eivätkä täyttäneet hyvän potilasohjeen kriteerejä.</p>
--	--	---

LIITE 2

Tietokanta	Hakusana(t)	Osumia	Valitut aineistot
Aleksi	Näkökenttätutkimus	0	0
Aleksi	Glaukooma	35	2
Aleksi	Näköaisti	17	0
Arto	Näkökenttätutkimus	0	0
Arto	Näkökenttä	4	0
Arto	Glaukooma	25	0
Linda	Potilasohjaus	14	0
Linda	Potilasneuvonta	260	3
Linda	Näkökyky	6	0
Linda	Terveys + pelko	3	0
Medic	Näkökenttätutkimus	7	0
Medic	Potilasohjaus	336	5
Medic	Ohjaaminen	14	1
Medic	Kirjallinen ohjaus	6	0
Medic	Potilasohje	24	1
Medic	Asiakasohjaus	0	0
Medic	Potilasopas	3	0
Medic	Potilaan ohjaaminen	3	0
Medic	Näköaisti	0	0
Medic	Näkökyvyn merkitys	1	0
Medic	Näkö + psyykki*	2	0
Medic	Terveydentila + pelko	0	0
Medic	Terveys + merkitys	0	0
Medic	Terveys + menetys	0	0
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Näkökyvyn merkitys	1 (keskeiset)	1
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Näköaisti	8 (keskeiset)	0
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Näkökenttä	25 (keskeiset)	0
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Näkökenttätutkimus	10 (keskeiset)	2
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Potilasohjaus	138 (keskeiset)	2
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Verkkokalvon rappeuma	66	1
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Retinitis pigmentosa	25	2
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Verkkokalvon tukokset	20	1
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Hemianopsia	68	2
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Homonyymi hemianopsia	10	1
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Aivoinfarkti + hemianopsia	16	0
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Optikusneuriitti	49	1
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Migreeni	76	1
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Näön tutkiminen	15 (keskeiset)	2
Terveysportti / Lääkäriin tietokanta	Näkökyvyn merkitys	1 (keskeiset)	1
Terveysportti / Sairaanhoidajan tietokanta	Potilasohjaus	21 (keskeiset)	2

LIITE 3

Näkökenttätutkimusta käsittelevien materiaalien sisällönanalyysi-prosessin kulku:

Tutkimusmateriaalista haetut ilmaukset vastaavat seuraaviin kysymyksiin:

- Mikä näkökenttä tutkimus on?
- Millaisille asiakkaille näkökenttätutkimus tehdään?
- Mitä näkökenttätutkimuksen avulla voidaan selvittää?

Alkuperäinen ilmaisu	Tiivistetty ilmaisu	Pelkistys
Silmätautien yksikössä tehdään näkökenttätutkimuksia, (kymshp)	tehdään silmätautien yksikössä	silmätautien yksikkö
täysin kivuton, potilaan keskittymistä vaativa tutkimus. (kymshp)	kivuton tutkimus, vaatii keskittymistä	kivuttomuus, keskittyminen
kestää noin 15 minuutista tuntiin (kymshp)	kestää n. 15 min-1 h.	kesto 15 min - 1 h.
potilaan vasteesta riippuvainen testi (Friberg ym. 2007).	potilaan vasteesta riippuvainen	vasteesta riippuvaisuus
vaatii keskittymiskykyä sekä käden ja silmän yhteistyön toimivuutta. (Asiantuntijahaastattelu (1).)	vaatii keskittymiskykyä sekä käden ja silmän yhteistyötä	keskittymiskyky, käden ja silmän yhteistyö
Mikäli asiakkaalla on käytössä silmälasit -- Tutkimus tehdään lukulaseilla (Asiantuntijahaastattelu (1).)	mahdolliset silmälasit mukaan tutkimukseen	mahdolliset silmälasit mukaan
Liiallinen yrittäminen aiheuttaa virheitä, (Asiantuntijahaastattelu (2).)	liiallinen yrittäminen aiheuttaa virheitä	virheet
potilaat tulevat useista eri syistä, yleisimmän silmänpainetaudin perusteella. (kymshp)	taustalla useita eri syitä, silmänpainetauti yleisin	eri syitä taustalla
Glaukoomapotilaat ovat suurin näkökenttätutkimuksessa käyvä asiakasryhmä (Asiantuntijahaastattelu (1).)	Glaukoomapotilaat suurin asiakasryhmä	glaukooma
Muita syitä näkökenttätutkimukseen tulevilla ovat esimerkiksi näköhermon tulehdukset tai traumat. (Asiantuntijahaastattelu (1).)	Muita syitä näköhermon tulehdukset ja traumat	näköhermon tulehdus, traumat
neurologian puolelta tulevia asiakkaita (Asiantuntijahaastattelu (1).)	neurologisia potilaita	neurologiset
Tutkimukseen tulevat ovat yli 7-vuotiaita (Asiantuntijahaastattelu (1).)	potilaita yli 7-vuotiaita	7-vuoden ikäraja
Asiakkaat, joilla on äkillinen (esimerkiksi traumaperäinen) näkökentän häiriö, tulevat päivystyksen kautta. (Asiantuntijahaastattelu (1).)	potilaita myös päivystyksen kautta	päivystys
Näkökenttätutkimukseen tulevat asiakkaat saapuvat usein yksityistyisten lääkäreiden läheteellä(Asiantuntijahaastattelu (1).)	potilaita yksityisten lääkäreiden läheteellä	yksityinen puoli
Neurologisten ongelmien vuoksi tutkimukseen saapuvilla on neurologin lähete (Asiantuntijahaastattelu (1).)	potilaita neurologin läheteellä	neurologinen puoli
Sokeutumisen pelko on yksi yleisimmistä ongelmista tutkimukseen tulevilla (Asiantuntijahaastattelu (2).)	ongelmana sokeutumisen pelko	pelot ongelmana
tutkimuksessa havaitaan vaihtelevanasteinen näöntarkkuuden heikentyminen, -- näkökenttäpuutos (Immonen ja Nikoskelainen 2001.)	näkökenttätutkimuksen avulla havaitaan näkökenttäpuutokset	näkökenttäpuutosten havaitseminen
Glaukooman toteaminen perustuu seuraaviin tutkimuksiin: --, näkökenttätutkimukset (Seppänen 2009 (2).)	glaukooman toteaminen perustuu mm. näkökenttätutkimukseen	glaukooman toteamisen perusta
Mikäli glaukooma todetaan, tehdään usein kahden ensimmäisen vuoden aikana 4–6 erillistä näkökenttätutkimusta taudin	glaukooma-diagnoosin jälkeen jatkohoitona näkökenttätutkimuskontroleja	jatkohoitona kontrollit

etenemisvauhdin ennustamiseksi (Seppänen 2009 (2).)		
Sormiperimetrialla suoritettu näkökenttätutkimus on oikein tehtynä yksinkertainen menetelmä (Hietanen ym. 2005, 23.)	sormiperimetria oikein tehtynä yksinkertainen menetelmä	sormiperimetria yksinkertainen menetelmä
näkökenttätutkimuksen tulisi olla mahdollisimman luotettava ja toistettava (Friberg ym. 2007.)	luotettava ja toistettavissa oleva	luotettavuus ja toistettavuus

Pelkitys	Alakategoria	Yläkategoria
Jatkohoitona kontrollit	Jatkohoito	
Sormiperimetria yksinkertainen menetelmä	Yksinkertaisuus	
Virheet	Ongelmat	
Pelot ongelmana		
Eri syitä taustalla		
Glaukooma		
Glaukooman toteamisen perusta		
Näkökenttäpuutosten havaitseminen		
Näköhermon tulehdus, traumat	Tutkimuksen taustat	
Neurologiset		
Neurologinen puoli		
Yksityinen puoli		
Päivystys		
Kivuttomuus, keskittyminen		
Kesto 15 min – 1 h		
Silmätautien yksikkö		
Vasteesta riippuvaisuus		
Keskittymiskyky, käden ja silmän yhteistyö		
7-vuoden ikäraja	Tutkimuksen vaatimukset	
Mahdolliset silmälasit mukaan		
Luotettavuus ja toistettavuus		

Potilasohjausta käsittelevien materiaalien sisällönanalyysi-prosessin kulku:

Tutkimusmateriaalista haetut ilmaukset vastaavat seuraaviin kysymyksiin:

- Millaista on hyvä ja laadukas potilasohjaus?
- Mitä vaikutuksia hyvällä potilasohjauksella on?
- Miten ohjauksesta voidaan tehdä asiakasta parhaiten hyödyttävä prosessi?
- Millainen on hyvä, toimiva ja selkeä potilasopas?

Alkuperäinen ilmaisu	Tiivistetty ilmaisu	Pelkistys
Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. (Finlex.)	potilaalle on annettava tietoa terveydentilasta, hoidosta sekä muista hoitoon liittyvistä asioista	laki ohjaamisen taustalla
Yleensä tärkeysjärjestys on toimivin: aloitetaan siis merkityksellisimmistä seikoista ja lopuksi kerrotaan vähäpätöisemmät. (Hyvärinen 2005.)	tärkeysjärjestys auttaa ohjauksessa	tärkeysjärjestys
Houkuttelevin perustelu on (potilaan) oma hyöty (Hyvärinen 2005.)	potilaan hyötyminen perusteluna	hyödyllisyys perusteluna
ymmärrettävyyteen vaikuttava seikka on asioiden esittämisjärjestys (Hyvärinen 2005.)	asioiden esittämisjärjestys auttaa	esittämisjärjestys
Laadukas ohjaus on yksilöllistä ja riittävää. (Kaila ja Kuivalainen 2007.)	yksilöllisyys ja riittävyys	yksilöllisyys, riittävyys
Ohjauksen perusta on terveydenhuollon	terveydenhuollon juridiikka ja etiikka	juridiikka ja etiikka taustalla

juridiikassa ja ammattietiikassa (Kääriäinen 2007.)	taustalla	
Ohjauksen laatu ei tarkoita pelkästään sen yleistä erinomaisuutta, vaan potilaiden tarpeisiin sisältyvien ominaisuuksien kokonaisuutta. (Kääriäinen 2007.)	potilaiden tarpeisiin vastaaminen	potilaan tarpeet
Laadukkaalle ohjaukselle on ominaista potilaslähtöisyys (Kääriäinen 2007.)	ominaista potilaslähtöisyys	potilaslähtöisyys
Tiedontarpeet kohdistuvat pääosin sairauteen ja sen hoitoon, näiden vaikutuksiin ja niistä selviytymiseen (Kääriäinen 2007.)	tiedontarpeina sairaus, hoito, hoidon vaikutukset ja niistä selviytyminen	tiedontarpeet
Omaisten läsnäolo ohjauksessa auttaa tulkitsemaan ja käyttämään tietoa sekä välttämään väärinkäsityksiä. (Kääriäinen 2007.)	omaisten läsnäolo auttaa ohjauksen sisäistämistä	omaisten läsnäolo
Laadukas ohjaus edellyttää, että potilas saa riittävästi ohjausta. (Kääriäinen 2007.)	riittävä ohjaus tärkeää	riittävyys
He (potilaat) tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, kuten sairauden oireista, syistä, ongelmista ja lääkehoidosta (Kääriäinen 2007.)	tietoa sairaudesta ja hoidoista tarvitaan	tietoa sairaudesta, hoidosta
Tavoitteena on turvata potilaalle riittävä ja vaikuttava ohjaus (Kääriäinen 2007.)	tavoite turvata riittävä ja vaikuttava ohjaus	riittävyys, vaikuttavuus
Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia resursseja. (Kääriäinen 2007.)	ohjauksen asianmukaiset resurssit	resurssit
Laadukkaana ohjauksen tulee olla myös potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista (Kääriäinen 2007.)	potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista	potilaslähtöisyys, vuorovaikutteisuus
ohjauksen tulee olla myös riittävää (Kääriäinen 2007.)	ohjauksen riittävyys tärkeää	riittävyys
Lisäksi se, että potilas saa ohjausta riittävästi jo ennen sairaalaan tuloa vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen ja mielialaan (Kääriäinen 2007.)	ohjauksen riittävyys jo ennen sairaalaan tuloa tärkeää	ohjaus ennen sairaalaan tuloa
Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. (Kääriäinen 2007.)	osa asianmukaista ja hyvää hoitoa	osa hyvää hoitoa
Asiakaslähtöinen, yksilöllinen ja potilaan tarpeista lähtevä ohjaaminen lisää hyvinvointia (Kaila ja Kuivalainen 2007.)	lisää hyvinvointia	hyvinvoinnin lisääminen
ohjauksen ja neuvonnan kehittämisellä on myös kansantaloudellista merkitystä (Kaila ja Kuivalainen 2007.)	kansantaloudellinen merkitys	kansantaloudellisuus
Laadukkaalla ohjauksella voidaan vähentää sairausmenoja, sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä (Kaila ja Kuivalainen 2007.)	kulujen, hoitokäyntien, sairauspäivien ja lääkkeiden käytön vähentäminen	kulujen vähentäminen
Ohjauksen ja riittävän tiedon on todettu lisäävän tyytyväisyyttä ja turvallisuudentunnetta sekä vähentävän epävarmuutta, potilaiden ja omaisten yhteydenottojen tarvetta, sairaalahoidon tarvetta ja sairaalassaoloaikaa. (Kaila ja Kuivalainen 2007.)	tyytyväisyyden ja turvallisuuden tunteen lisääntyminen sekä epävarmuuden, hoidon tarpeen ja yhteydenottojen (omaisten ja potilaiden välillä) väheneminen	tyytyväisyys, turvallisuuden tunne
Lisäksi ne parantavat elämänlaatua. (Kaila ja Kuivalainen 2007.)	parantaa elämänlaatua	elämänlaadun paraneminen
Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Finlex)	ohjauksen tarkoitus, että potilas ymmärtää sen sisällön	ohjauksen ymmärtäminen
nurses can communicate well with patients when they use a patient-centred approach (McCabe 2004.)	potilaskeskeisyys tärkeää vuorovaikutuksessa	potilaskeskeisyys
Potilaalla on oikeus päättää hoidostaan sekä siitä, haluaako ohjausta (Kääriäinen 2007.)	potilaan oikeudet otettava huomioon	potilaan oikeudet
Potilaslähtöinen ohjaus edellyttää, että hoitohenkilöstö toimii aktiivisesti, tavoitteellisesti ja johdonmukaisesti ohjaustilanteissa (Kääriäinen 2007.)	hoitohenkilökunnan toimittava aktiivisesti, tavoitteellisesti ja johdonmukaisesti	aktiivisuus, tavoitteellisuus, johdonmukaisuus

potilasta ohjaavan tulisi tunnistaa ja tiedostaa omat ohjausta koskevat lähtökohdansa, kuten mitä ohjaus on, miten potilasta ohjataan ja miksi. (Kääriäinen 2007.)	ohjaavan henkilön tunnistettava omat lähtökohdansa ohjaukseen	lähtökohdat ohjaukseen
Ohjauksen saanti ei myöskään saisi olla pelkästään potilaan oman aktiivisuuden varassa. (Kääriäinen 2007.)	hoitajan tehtävä tarjota ohjausta ensisijaisesti	ohjauksen tarjoaminen
Vuorovaikutussuhteessa on oleellista hyväksyä potilaan ja hoitohenkilöstön asiantuntijuuksien erilaisuus toisiaan täydentävänä voimavarana (Kääriäinen 2007.)	potilaan ja henkilökunnan erilaisuus hyväksyttävä	erilaisuuksien hyväksyminen
Pitkissä ohjeissa perusteluja kannattaa käyttää enemmän (Hyvärinen 2005.)	perusteluja enemmän pitkissä ohjeissa	perustelut
Otsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta (Hyvärinen 2005.)	otsikot selkeyttävät	otsikot
Potilasohjeissa juoni on tavallisimmin tärkeysjärjestys, joka on valittu potilaan näkökulmasta. (Hyvärinen 2005.)	juoni = tärkeysjärjestys potilasohjeissa	juoni
Teksti muuttuu kuitenkin turhan raskaaksi, jos luettelmat ovat pitkiä. (Hyvärinen 2005.)	luettelmat eivät saisi olla pitkiä	luettelmat lyhyitä
Kappalejako osoittaa, mitkä asiat kuuluvat tiukemmin yhteen. (Hyvärinen 2005.)	kappalejako selkeyttää	kappalejako
Virkkeitten ja lauseitten pitäisi olla kertalukemalla ymmärrettäviä. (Hyvärinen 2005.)	tekstin tulee olla helppolukuista	helppolukuisuus
potilasohjeen tyypillinen lukija on maallikko, kannattaa käyttää mahdollisuuksien mukaan yleiskielen sanoja. (Hyvärinen 2005.)	yleiskielistä tekstiä, ei erikoissanastoa	yleiskielisyys
Turha termien ja termimäisten lyhenteiden käyttö etäännyttää lukijan asiasta (Hyvärinen 2005.)	ei termejä tai ylimääräisiä termien lyhenteitä	termittömyys
Jos vaivasta on mahdoton puhua ilman lääketieteen termejä tai lyhenteitä, pitäisi hankalat ilmaukset selittää. (Hyvärinen 2005.)	hankalat ilmaukset tulee selittää	hankalien ilmausten selvittäminen
On hyvä antaa ohje luettavaksi jollekulle muulle ennen sen julkaisemista (Hyvärinen 2005.)	toisten mielipide ohjeesta ennen julkaisua	toisten mielipiteet ohjeesta
Suosituspituutta on mahdoton antaa (Hyvärinen 2005.)	ei suosituspituutta ohjeille	ei suosituspituutta
tekstin lyhyys ilahduttaa useimpia. (Hyvärinen 2005.)	tekstin lyhyys ilahduttaa	tekstin lyhyys
Ohjetta kirjoitettaessa on otettava huomioon myös se, missä teksti julkaistaan ja mistä sitä luetaan. (Hyvärinen 2005.)	tekstin julkaisutapa ja -paikka	julkaisutapa
Laadukas kirjallinen ohjausmateriaali on sanastoltaan selkeä ja sisällöltään potilaiden tarpeita vastaava, ajan tasalla oleva sekä mahdollisimman vähän tunteisiin vetoava (Kääriäinen 2007.)	sanaston selkeys, sisältö tarpeita vastaava, ajan tasalla oleva, tunteisiin vetoamaton	selkeys, tarpeisiin vastaavuus, ajantasaisuus
yksinkertaiset kuvat helpottavat muistamista ja ymmärtämistä (Kääriäinen 2007.)	kuvat auttavat muistamaan ja ymmärtämään	kuvat
Hyvä kirjallinen ohjausmateriaali edistäisi myös tiedonkulkua omaisille (Kääriäinen 2007.)	ohjausmateriaali tiedottaa omaisia	tiedonkulku omaisille
oppaassa olisi hyvä kertoa, miksi näkökenttätutkimus tehdään, mitä siinä tutkitaan ja miten tutkimus etenee. (Asiantuntijahaastattelu (2).)	oppaan sisältönä miksi näkökenttätutkimus tehdään, mitä tutkitaan, miten etenee	sisältö tärkeä
esimerkiksi sairauksia ei kannata ohjeessa luetella. (Asiantuntijahaastattelu (2).)	eri sairauksien luetteleminen turhaa	ei sairauksien luettelua
Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä silloin, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210.)	tiedon riittävyys tärkeää potilaille	riittävyys tärkeää
Potilaiden ohjaustarpeet liittyivät tietoon ja tukeen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210.)	ohjaustarpeet liittyvät tietoon ja tukeen	tarpeina tieto ja tuki
Tiedontarpeet kohdistuivat pääosin sairauteen ja sen hoitoon, näiden vaikutuksiin ja	tiedontarpeena sairaus ja hoito, näiden vaikutukset ja niistä selviytyminen	tarpeina tieto sairaudesta ja hoidoista

niistä selviytymiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210.)		
Ohjaustarpeeseen vaikuttivat potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutus potilaan jokapäiväiseen elämään (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 210.)	ohjauksen tarpeeseen vaikuttavat potilaan taustatiedot	taustalla potilaan taustatiedot
Potilaat toivoivat enemmän tietoa sairauden oireista, syistä, ongelmista ja lääkehoidosta (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211.)	tietoa sairauden oireista, syistä, ongelmista ja lääkehoidosta	tietoa sairaudesta ja hoidosta
Potilaat halusivat, että heidän omaisiaan rohkaistaan yhteistyöhön ja heidät otetaan mukaan ohjaukseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211.)	omaisten ottaminen mukaan ohjaukseen	omaiset mukana
osa potilaista ei ymmärtänyt saamaansa kirjallista ohjausmateriaalia (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212.)	potilaat eivät ymmärrä kirjallista ohjetta	tarpeena ohjeen selkeys
Kirjallinen ohjausmateriaali oli käyttökelpoinen, kun se oli sanastoltaan selkeä ja sisällöltään potilaiden tarpeita vastaava, ajantasalla oleva sekä mahdollisimman vähän tunteisiin vetoava (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212.)	käyttökelpoisuus edellyttää sanaston selkeyttä, tarpeisiin vastaamista, ajantasaisuutta ja tunteisiin vetoamattomuutta	sanaston selkeys ja sisältö
kirjallisen ohjausmateriaalin yksinkertaiset kuvat helpottivat muistamista ja ymmärtämistä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 212.)	kuvat helpottavat muistamista ja ymmärtämistä	kuvien merkitys
Tehostettu ohjaus paransi potilaan toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua. Se myös edisti hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä vähensi sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.)	ohjaus parantaa toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua, edistää hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa, vähentää sairauteen liittyviä kuluja	elämänlaadun paraneminen, hoitoon sitoutuminen, kulujen väheneminen
ohjauksella oli vaikutusta myös potilaan omaisten tiedonsaantiin (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.)	ohjauksen avulla omaiset saavat tietoa	omaisten tiedottaminen
Ohjauksen todettiin myös lisäävän turvallisuudentunnetta ja sairaudesta selviytymistä sekä vähentävän sairauden aiheuttamaa ahdistusta (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 213.)	ohjaus lisää turvallisuudentunnetta, sairaudesta selviytymistä ja vähentää ahdistusta	turvallisuuden tunteen lisääminen, ahdistuneisuuden vähentäminen
Olennaista kirjallisessa ohjeistuksessa on ohjeiden oikeellisuus ja miten asiat niissä kerrotaan. (Alaperä ym. 2006.)	olennaista ohjeiden oikeellisuus	oikeellisuus
Kirjallisilla ohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin (Alaperä ym. 2006.)	potilaan tiedon tarpeisiin vastaaminen	tarpeisiin vastaaminen
Potilasohjeesta tulee käydä ilmi kenelle ohje on tarkoitettu ja kuka sen on tehnyt, milloin ja mitä tarkoituksia palvelemaan (Alaperä ym. 2006.)	kenelle ja mitä varten tehty, kuka tehnyt	ohjeen taustatiedot
Hyvä ohje puhuttelee potilasta (Alaperä ym. 2006.)	puhuttelee potilasta	puhuttelee potilasta
Teitittelyn käyttäminen potilasohjeissa on soveliasta aina (Alaperä ym. 2006.)	teitittely soveliasta	teitittely
Ohjeiden kirjoittamisessakin on hyvä aloittaa tärkeimmästä asiasta ja edetä vähemmän tärkeään (Alaperä ym. 2006.)	tärkeysjärjestyksen noudattaminen	tärkeysjärjestys
Kuvien käyttö potilasohjeissa parhaimmillaan sekä herättää mielenkiintoa että auttaa ymmärtämään (Alaperä ym. 2006.)	kuvien käyttö herättää mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään	kuvat auttavat ymmärtämään
Laadukkaan ohjauksen toteuttamiselle ovat välttämättömiä asianmukaiset ohjausresurssit (Kääriäinen 2008.)	asianmukaiset ohjausresurssit tärkeitä	asianmukaiset resurssit
Potilaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan (Kääriäinen 2008.)	potilaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen	potilaan fyysiset taustatekijät
Potilaslähtöinen ja riittävä ohjaus mahdollistavat ohjauksen vaikutukset (Kääriäinen 2008.)	potilaslähtöinen ja riittävyys tärkeitä ohjauksessa	potilaslähtöisyys, riittävyys

Ohjaus edistää myös potilaan terveyttä (Kääriäinen 2008.)	ohjaus edistää potilaan terveyttä	terveyden edistäminen
Hyvin onnistuessaan ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen (Kääriäinen ja Kyngäs, 2006.)	ohjaus edistää potilaan sekä omaisten terveyttä sekä kansantaloutta	terveyden edistäminen, kansantaloudellisuus
Hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksessa (Kääriäinen ja Kyngäs, 2006.)	hoitajan ammatillinen vastuu taustalla	hoitajan ammatillinen vastuu

Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
Laki ohjaamisen taustalla	Hoitotyön juridiikka	Ammattietiikka ja -juridiikka
Juridiikka ja etiikka taustalla		
Potilaan oikeudet		
Hoitajan ammatillinen vastuu		
Potilaan tarpeet	Potilaan oikeudet	
Tiedontarpeet		
Tietoa sairaudesta, hoidosta		
Omaisten läsnäolo		
Tarpeina tieto ja tuki		
Tarpeina tieto sairaudesta ja hoidoista		
Tietoa sairaudesta ja hoidosta	Hoitajan velvollisuudet	
Omaiset mukana		
Omaisten tiedottaminen		
Osa asianmukaista hoitoa		
Ohjaus ennen sairaalaan tuloa		
Aktiivisuus, tavoitteellisuus, johdonmukaisuus		
Lähtökohdat ohjaukseen		
Erilaisuuksien hyväksyminen		
Ohjauksen ymmärtäminen		
Resurssit		
Tarpeisiin vastaaminen	Tärkeysjärjestys	
Asianmukaiset resurssit		
Esittämisjärjestys	Riittävyys	
Tärkeysjärjestys		
Tärkeysjärjestys	Potilaslähtöisyys	
Yksilöllisyys, riittävyys		
Riittävyys		
Riittävyys, vaikuttavuus		
Riittävyys		
Riittävyys tärkeää		
Potilaslähtöisyys, riittävyys		
Potilaslähtöisyys		
Potilaslähtöisyys, vuorovaikuteisuus		
Potilaskeskeisyys		
Taustalla potilaan taustatiedot	Hyvinvoinnin edistäminen	
Potilaan fyysiset taustatekijät		
Hyvinvoinnin lisääminen		
Kansantaloudellisuus		
Kulujen vähentäminen		
Tyytyväisyys, turvallisuuden tunne		
Elämänlaadun paraneminen		
Tiedonkulku omaisille		
Elämänlaadun paraneminen, hoitoon sitoutuminen, kulujen väheneminen		
Turvallisuuden tunteen lisääminen, ahdistuneisuuden vähentäminen		
Terveyden edistäminen, kansantaloudellisuus	Hyvä potilasohjaus	
Terveyden edistäminen		
Otsikot		
Juoni		
Luetelmat lyhyitä		
Kappalejako		
Helppolukuisuus		
Yleiskielisyys		

Termittömyys	Selkeys ja helppolukisuus	
Hankalien ilmausten selvittäminen		
Ei suosituspituutta		
Tekstin lyhyys		
Selkeys, tarpeisiin vastaavuus, ajantasaisuus		
Sisältö tärkeä		
Ei sairauksien luettelua		
Tarpeena ohjeen selkeys		
Sanaston selkeys ja sisältö		
Perustelut		
Hyödyllisyys perusteluna	Perusteleminen	
Puhuttelee potilasta		
Kuvat		
Kuvien merkitys	Kuvien merkitys	
Kuvat auttavat ymmärtämään		
Oikeellisuus		
Julkaisutapa		
Teitittely		
Toisten mielipiteet ohjeesta		
Ohjeen taustatiedot		

LIITE 4

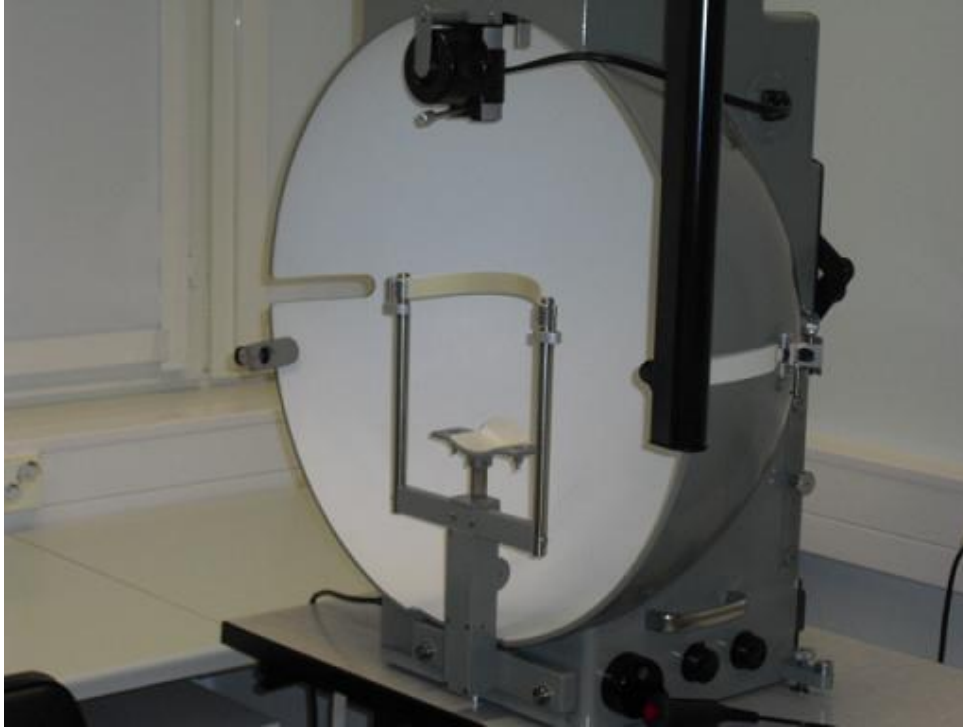


Näkökenttätutkimuslaite Octopus. KOKS Silmätaudit. Kuva: Satu Suortti 2010.



Näkökenttätutkimuslaite Octopus. KOKS Silmätaudit. Kuva: Satu Suortti 2010.

LIITE 5



Näkökenttätutkimuslaite Goldmann (Goldmannin perimetri). KOKS Silmätaudit. Kuva: Satu Suortti 2010.

NÄKÖKENTTÄTUTKIMUKSEEN TULEVA POTILAS

Teille on varattu aika näkökenttätutkimukseen Kymenlaakson keskussairaalan Silmätautien yksikköön (2. kerros).

Yleistä	Näkökenttätutkimus suoritetaan mahdollisten näkökenttäpuutosten selvittämiseksi - tällaisia puutosalueita esiintyy joidenkin sairauksien, esimerkiksi glaukooman yhteydessä.
Tutkimus	Tutkimuksen aikana istutte tuolissa, otsa ja leuka tuettuna tutkimuslaitteen telineeseen ja kohdistatte katseenne laitteen keskellä olevaan pisteeseen. Laite näyttää Teille valopisteitä eri puolilla näkökenttää ja painatte kädessänne olevaa painiketta aina valopisteen havaitessanne. Tutkimus tehdään yleensä molemmille silmille erikseen toinen silmä peitettynä.
Tutkimuksen kesto	Näkökenttätutkimus vie aikaa noin yhden tunnin.
Kipu	Tutkimus on kivuton. Se vaatii Teiltä tutkimukseen keskittymistä.
Lääkitys	Mahdollisesti käytössänne olevilla lääkkeillä ei ole vaikutusta tutkimuksen kulkuun tai tuloksiin, joten voitte ottaa lääkityksenne normaalisti myös tutkimuspäivänä, myös silmätipat.
Ottakaa mukaan	Ottakaa mukaanne: <ul style="list-style-type: none">- ajanvarausilmoitus- käytössänne olevat silmälasit- optikon kortit tai lasiresepti
Jatkohoito	Näkökenttätutkimuksen tulokset tulkitsee Teidät tutkimukseen lähettänyt lääkäri.
Matkakustannukset	Matkakustannukset korvataan yleisen kulkuneuvon mukaan.
Yhteystiedot	Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä Silmätautien yksikkö p. (05) 220 4530 Ma – To klo 8:00 – 9:30 Pe klo 13 – 14

NÄKÖKENTTÄTUTKIMUS



- OPAS TUTKIMUKSEEN TULIJALLE

LIITE 7/2

MIKÄ ON NÄKÖKENTTÄ?

Näkökentällä tarkoitetaan sitä aluetta, jonka ihminen näkee kerralla, liikuttamatta päätään tai silmiään.

MIKSI NÄKÖKENTTÄÄ TUTKITAAN?

Lääkäriinne on lähettänyt Teidät näkökenttätutkimukseen.

Tutkimuksen avulla halutaan selvittää, onko näkökenttänne normaali.

MITEN TUTKIMUS TEHDÄÄN?

Näkökenttätutkimus tehdään Silmätautien yksikössä. Se on täysin kivuton, ja vaatii Teiltä vain keskittymistä. Tutkimus etenee siten, että istutte tutkimuslaitteen ääressä. Silmät tutkitaan vuorotellen, joten toinen silmä peitetään toista tutkittaessa. Kone näyttää Teille valopisteitä, jotka havaitessanne painatte kädessänne olevaa painiketta. Tutkimuksesta vastaava hoitaja ohjaa Teitä tarkemmin tutkimuksen kulkuun liittyvissä asioissa.

MUISTILISTA NÄKÖKENTTÄTUTKIMUKSEEN TULIJALLE

- ✓ Varatkaa tutkimukseen aikaa n. tunti.
- ✓ Ottakaa mukanne lukulasit tai lasiresepti, mikäli Teillä on sellaiset käytössänne.
- ✓ Mikäli käytössänne on lääkkeitä tai silmätippoja, voitte ottaa ne normaalisti myös tutkimuspäivänä.



Silmätautien yksikkö
Kymenlaakson keskussairaala
Kotkantie 41
48210 Kotka

Puh: (05) 220 4530

Soittoajat: ma-to 8:00–9:30 ja 13:00–14:00,
pe 13:00–14:00