



TULEHDUKSELLISTEN SUOLISTO- SAIRAUKSIEN HOITOTYÖ

Opetusmateriaalia hoitotyön koulutus- ohjelmaan

Niina Kivistö-Rahnasto

Lassi Rähä

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KIVISTÖ-RAHNASTO, NIINA & RÄIHÄ, LASSI:
Tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyö
Opetusmateriaalia hoitotyön koulutusohjelmaan

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 28 sivua
Maaliskuu 2014

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä opetusmateriaalia Tampereen ammattikorkeakoululle tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyöstä. Opinnäytetyö on tuotokseen painottuva teoreettinen työ, joka koostuu raportista ja PowerPoint opetusmateriaalista. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitkä ovat yleisimmät tulehdukselliset suolistosairaudet ja millaista on tulehduksellisten suolistosairauksien potilaslähtöinen hoitotyö sekä millainen on hyvä opetusmateriaali?

Tulehduksellisten suolistosairauksien esiintyvyys on jatkuvasti kasvussa. Työ on rajattu käsittelemään Crohnin tautia ja colitis ulcerosaa, niiden etiologiaa ja yleisimpiä hoitoprotokollia. Opetusmateriaaliin on koottu keskeinen tieto tulehduksellisten suolistosairauksien potilaslähtöisestä hoitotyöstä.

Työssä on perehdytty myös siihen, mitä on hyvä opetusmateriaali. Teoriatiedon pohjalta on koottu PowerPoint esitys, joka toimii itseopiskelumateriaalina hoitotyön koulutusohjelmassa. Verkko-oppimateriaali ei ole aikaan eikä paikkaan sidottu, joten se sopii hyvin itseopiskelumateriaaliksi. Työn oppimateriaali on pyritty tekemään niin, että opiskelija pystyy helposti etsimään lisää tietoa aiheesta linkkien avulla internetistä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä suuntavan vaiheen hoitotyön opiskelijoiden tietoutta tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyöstä. Aihe on ajankohtainen, ja siitä voi jatkossakin tehdä opinnäytetöitä. Jatkotutkimuksen aiheeksi sopisi tulehduksellista suolistosairautta sairastavan potilaan tiedon ja tuen tarpeen arviointia taudin toteamisvaiheessa.

Asiasanat: Crohnin tauti, colitis ulcerosa, tulehdukselliset suolistosairaudet, opetusmateriaali

ABSTRACT

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

KIVISTÖ-RAHNASTO, NIINA & RÄIHÄ, LASSI:
Nursing of the Inflammatory Bowel Diseases
Learning Material for the Nursing Students

Bachelor's thesis 66 pages, appendices 28 pages
March 2014

This bachelor's thesis concentrates on nursing and healthcare of inflammatory bowel diseases. The purpose of this study was to produce learning material for Tampere University of Applied Sciences. Objective of the learning material is to increase nursing and health care students' knowledge on inflammatory bowel diseases. The learning material is in the form of PowerPoint presentation. It contains all the basic information about ulcerative colitis and Crohn's disease, and most common treatments and cures.

This thesis based on theoretical information. We also used productive ways whilst working with the PowerPoint presentation. The starting points of this study were ulcerative colitis, Crohn's disease, good educational material and consideration of how to take best possible care of patient.

This study was based on the interests of our own, and the needs of our training programme. We both have been working in the gastroenterology ward and have come across with the patients who suffer from inflammatory bowel diseases. These diseases affect up to 37 people per 100,000 in our country and are still increasing. That's why it is important for health care professionals to know how these diseases are taken care of.

Key words: Crohn's disease, ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, teaching material

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	3
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	4
	3.1 Tulehdukselliset suolistosairaudet	4
	3.1.1 Crohnin tauti	5
	3.1.2 Colitis ulcerosa.....	7
	3.2 Lääkehoito	8
	3.3 Kirurginen hoito.....	10
	3.3.1 Crohnin taudin leikkaushoito	11
	3.3.2 Colitis ulcerosan leikkaushoito	11
	3.3.3 Avannekirurgia.....	12
	3.4 Tulehduksellisten suolistosairauksien potilaslähtöinen hoitotyö.....	14
	3.4.1 Ravitseminen	16
	3.4.2 Minäkuvan muutos.....	18
	3.4.3 Tukiverkostot ja kuntoutus.....	19
	3.4.4 Sosiaaliturva.....	20
	3.5 Avanteen hoito	21
	3.5.1 Ohjaus	22
4	HYVÄ OPETUSMATERIAALI	24
	4.1 Verkko-oppimateriaali	24
	4.2 PowerPoint esitys.....	25
5	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	27
6	POHDINTA.....	29
7	LÄHTEET	32
8	LIITTEET	35

1 JOHDANTO

Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat yleistyneet viimevuosina rajusti ja ne ovat edelleen kasvava ongelma terveydenhuollossa. Tämä on lisännyt sairaanhoitajien tiedontarvetta aiheesta. Suomessa tulehduksellisia suolistosairauksia sairastaa 37 henkilöä 100 000 kohden. (Lehtinen 2010.) Taudit ovat harmillisia sekä fyysisten oireiden, että lieveilmiöiden vuoksi. Krooniset tulehdukselliset suolistosairaudet laskevat potilaan mielialaa, ja pahimmillaan aiheuttavat jopa työkyvyttömyyttä. (Kolho 2012.) IBD (Inflammatory bowel disease) on yleinen nimitys kroonisille tulehduksellisille suolistosairauksille. Näihin tauteihin kuuluvat haavainen paksusuolentulehdus eli colitis ulcerosa ja Crohnin tauti. (Centers for disease control and prevention 2011.)

Ominaista näille pitkäaikaissairauksille on, että oireettomat jaksot vuorottelevat tautien aktiivisten vaiheiden kanssa. Tautien aiheuttajaa ei tunneta, mutta tiedetään että perintötekijät vaikuttavat alttiuteen saada sairaus. Tautien puhkeaminen aiheuttaa suolistossa epätavallisen immuunireaktion, minkä vuoksi suoliston immuunijärjestelmä reagoi oman bakteeriflooransa kanssa, minkä seurauksena oireita ilmenee. Yleisimmät oireet molemmissa sairauksissa ovat vatsakipu, ripuli ja pakonomainen ulostamisen tarve. (Käypä hoito 2011; Mustajoki 2013.)

Länsimaisten ihmisten elintavat ja elinolosuhteet ovat muuttuneet samaan aikaan, kun tulehduksellisten suolistosairauksien esiintyvyys on kasvanut huomattavasti. Tämä viittaa siihen, että ympäristöperäisiä syitä tautien puhkeamiseen on myös olemassa. Varhaislapsuudessa vähäisiksi jääneet mikrobikontaktit ja monet mikrobilääkekuurit näyttäisivät vaikuttavan sairastuvuuteen. Ravintoperäisiä tekijöitä ja ruokailutottumuksia on tutkittu, mutta suoraa yhteyttä ravintoperäisiin taudinaiheuttajiin ei ole löydetty, vaan potilaat kuvailevat ennemminkin tiettyjen ruoka-aineiden lisäävän oireita. Taudit ovat elinikäisiä, ja niihin sairastutaan yleensä nuorella iällä, 15–35-vuotiaana. Vaikka tauteja ei voida parantaa, oireita voidaan hoitaa lääkkeillä ja vaurioitunutta suolta voidaan poistaa leikkaamalla. Crohnin taudissa jopa 70–90% potilaista joudutaan leikkaamaan, kun taas colitis ulcerosassa leikkaukseen päätyy 20–45% sairastuneista. (Crohn ja Colitis ry 2010a; Järvinen 2010, 428–430.)

Opinnäytetyössämme on tarkoitus tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille opetusmateriaalia tulehduksellisista suolistosairauksista ja niiden hoitotyöstä. Tavoitteenamme on luentomateriaalin avulla lisätä ammattiin valmistuvan hoitotyöntekijän tietoutta kyseisistä sairauksista, ja antaa valmiuksia kohdata potilas, jolla on tulehduksellinen suolistosairaus. Oiretunnistus ja yleisimmin käytössä olevien hoitomuotojen tietäminen antavat sairaanhoitajalle taitoja hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti. Tulevina terveydenhuollon ammattilaisina haluamme korostaa työssämme potilaslähtöisyyden näkökulmaa. Hoitotyöntekijän tulee huomioida työssään potilaiden yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus, jonka vuoksi hänen tulee toimia ihmistä kunnioittavasti ja huomioida hoitotyössä potilaan tarpeet ja toiveet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 27–28.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

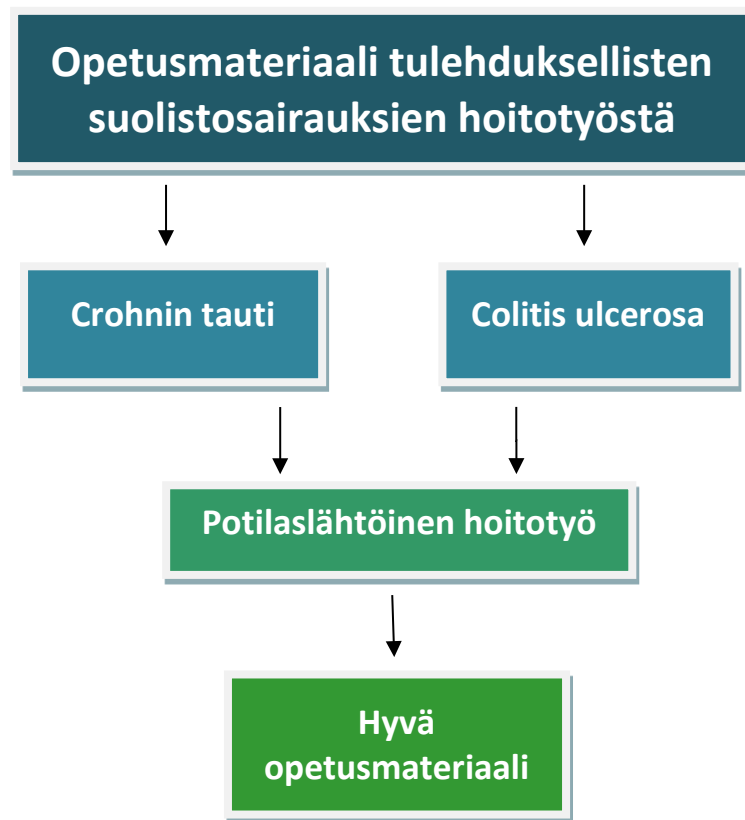
Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa Tampereen ammattikorkeakoululle oppimateriaalia tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyöstä.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitkä ovat yleisimmät tulehdukselliset suolistosairaudet?
2. Millaista on tulehduksellisten suolistosairauksien potilaslähtöinen hoitotyö?
3. Millainen on hyvä opetusmateriaali?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa opiskelijoille opetusmateriaali, jonka avulla valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat saavat keskeisen tiedon tulehduksellisten suolistosairauksien oireista ja erilaisista hoitomuodoista. Tällä tavoin opiskelijoiden taidot IBD-potilaan hoitotyössä kehittyvät. Luentomateriaali on kohdistettu hoitotyön opettajille, jotka voivat käyttää sitä sisätautikirurgisen suuntautumisvaihtoehdon opinnoissa. Oma tavoitteenamme on syventää tietämystämme tulehduksellisten suolistosairauksien oireista ja hoidosta, sekä kehittää taitojamme opetusmateriaalin tekemisessä.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA



KUVIO 1. Viitekehys

3.1 Tulehdukselliset suolistosairaudet

Tulehdukselliset suolistosairaudet eli IBD (inflammatory bowel disease) ovat lisääntyneet räjähdysmäisesti viime vuosina. Nykyisin tautia sairastaa Suomessa 37 asukasta 100 000 kohden. (Lehtinen 2010.) Tulehduksellisista suolistosairauksista yleisimpiä ovat colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolen tulehdus ja Crohnin tauti eli regionaalinen enteriitti. Taudit puhkeavat kun jokin, vielä tuntematon tekijä, aiheuttaa taudeille alttiille ihmisille suolistossa epätavallisen suolen säätelyhäiriön. Tämän vuoksi potilaan toleranssi oman suoliston normaaliflooraa vastaan katoaa. Tekijät mitkä aikaansaavat tautien puhkeamisen ovat toistaiseksi tuntemattomia, mutta ympäristötekijöillä, stressillä, ruokavaliolla, infektiolla ja tulehduskipulääkkeiden käytöllä on epäilty olevan vaikutusta tautien syntyyn. Tulehduksellisia suolistosairauksia ei tulisi sekoittaa ärtyneen paksusuolen oireyhtymään, jossa oireet ovat samankaltaisia, mutta lievempiä. (Centers for disease control and prevention 2011; Käypä hoito 2011.)

Yleisimmin tulehdukselliset suolistosairaudet puhkeavat nuoruusiällä noin 15–35-vuotiaana, mutta tautiin voi sairastua missä iässä tahansa. Colitis ulcerosa on hieman yleisempi miehillä, kun taas Crohnin tautia esiintyy hieman enemmän naisilla. (Centers for disease control and prevention 2011.) Molempia tauteja esiintyy eniten Pohjois-Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Tulehduksellisten suolistosairauksien syntymekanismia ei tunneta, mutta epäillään, että immunologiset-, psykososiaaliset- ja ympäristötekijät sekä infektiot ja perimä vaikuttavat sairauksien puhkeamiseen. (Sipponen 2013.)

Mahdollisia ympäristötekijöitä, jotka ovat yhteydessä näiden sairauksien syntyyn, ei tunneta. Kuitenkin hyvä elintaso ja kaupunkiasuminen näyttäisivät olevan selityksenä maakohtaisen sairauden esiintymisen eroihin. Myös ravinto, elämäntavat, ympäristömyrkyt, infektiot, tulehduskipulääkkeet sekä auringonvalon määrä voivat lisätä sairastumisen riskiä. Stressitekijät eivät vaikuta tautien syntyyn, mutta voivat vaikuttaa taudin kulkuun ja oireisiin. Eräiden bakteerien on epäilty olevan osasyllisinä Crohnin taudin syntyyn, mutta myös potilaiden immuunijärjestelmässä ja suolen limakalvolla on huomattu muutoksia, jotka reagoivat herkemmin tulehduksiin. (Niemelä 2007, 466–469.) Tulehduksellisilla suolistosairauksilla on todettu olevan myös selvä yhteys geneettiseen perimään. Jos toisella vanhemmalla on Crohnin tauti, lapsen riski sairastua on 2-3 % ja colitis ulcerosassa noin 1 %. Jos molemmilla vanhemmilla on tulehduksellinen suolistosairaus, riski on suurempi. (Sipponen 2013.)

3.1.1 Crohnin tauti

Crohnin tauti voi esiintyä missä tahansa ruuansulatuskanavan osassa suusta peräaukkoon. Crohnin taudissa on tyypillistä tulehdus suolen seinämän kaikissa kerroksissa ja suoliliepeen imusolmukkeissa. Erotusdiagnostiikka Crohnin taudin ja colitis ulcerosan välillä on joskus epäselvää. Crohnin taudin oireina esiintyy vatsakipua, laihtumista, ripulia, anemiaa, peräaukon seudun haavaumia tai fisteleitä (epänormaali yhteys kahden onkalon välillä) sekä mahdollisesti taudin alkuvaiheessa suun limakalvon aftoja. Oireet määräytyvät taudin sijainnin mukaan. (Järvinen 2010, 426–429.)

Tautimuutokset Crohnin taudissa tapahtuvat useimmiten ohutsuolessa, mikä vaikeuttaa diagnosointia. Useasti tauti todetaan vasta leikkaussalissa, operoitaessa esimerkiksi suolitukosta tai abskessia. Tauti voidaan myös diagnosoida ohutsuolen röntgenkuvauksen ja erilaisten tähystysten avulla. Tähystyksessä tavanomainen löydös taudista on aftamaiset limakalvojen haavaumat, joiden välissä on terveeltä vaikuttavaa limakalvoa (Kuva 1). Taudin edetessä haavaumat kasvavat ja ahtaavat suolta. Röntgenkuvassa voi tautilöydös näyttäytyä eripituisina ohutsuolen kaventumina, jolloin suoli on laajentunut ennen kaventumaa. (Järvinen 2010, 426–429.)



KUVA 1. Crohnin taudin aiheuttamat muutokset ohutsuolen loppupäässä näyttäytyvät kuvassa haavaumina ja verenvuotona (Ashorn, Iltanen & Kolho 2009.)

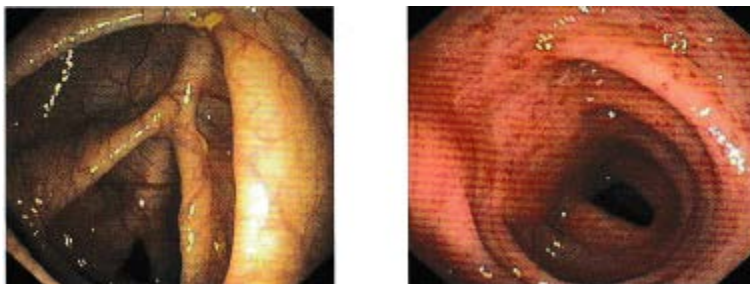
Crohnin tauti on elinikäinen sairaus, johon ei ole parantavaa hoitomuotoa. Hoidoilla pyritään lievittämään oireita, tai saamaan sairaus oireettomaksi. Sairauden hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä terveydentila, kattaen riittävän ravitsemuksen ja työkyvyn. Crohnin tautia voidaan hoitaa konservatiivisesti 5-aminosalisyylihapolla, kortikosteroideilla ja immunosuppressiivisilla lääkkeillä. Jos edellä mainitut lääkkeet eivät tehoa tai oireet ovat erityisen vaikeita, turvaudutaan biologisiin lääkkeisiin. Remissiossa eli taudin oireettomassa vaiheessa tautia voidaan hoitaa ilman lääkehoitoa pelkällä seurannalla. Taudin pahentuessa huomattavasti voidaan päätyä operatiiviseen hoitoon. Tällöin suolesta poistetaan vaurioitunut osa ja tarvittaessa potilaalle tehdään avanne. Taudin aktiivinen seuranta voi antaa viitteitä pakollisesta leikkaushoidosta jo ennen kuin oireet pääsevät kehittymään liian vakaviksi. Tällöin leikkaus voidaan suorit-

taa elektiiivisesti eli suunnitellusti, jolloin leikkausriskit ovat pienemmät. (Järvinen 2010, 426–429; Crohn ja colitis ry 2010a.)

3.1.2 Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa, eli haavainen paksusuolentulehdus, alkaa lähes aina rektumin limakalvolta ja etenee eripituisen matkan paksusuolen alueelle. Colitis ulcerosa on krooninen tauti, jossa vuorottelevat eripituiset oireettomat vaiheet ja taudin pahenemisvaiheet eli relapsit. Colitis ulcerosa vaatii jatkuvaa tarkkailua, johon liittyy colonoskopiat, lääkehoidon arviointi ja syöpävaaran ennakointi. Taudin laukaiseva tekijä saa aikaan immuunivasteen muodostumisen ja paksusuolen limakalvolle kehittyy krooninen tulehdusreaktio. Colitis ulcerosan tavallisin oire on ripuli. Muita oireita ovat vatsakivut, suolistokouristukset, pakonomainen ulostamisen tarve ja verinen uloste. Vaikeassa taudissa suolen tulehdusreaktio voi aiheuttaa potilaalle kuumeilua. Lisäksi tulehtuneen suolen verenvuodon takia potilas anemisoituu. Vaikeiden oireiden yhteydessä on huomioitava potilaan kuivumisen riski. Hankalimmissa tapauksissa ripuli ja verenvuoto aiheuttavat nopeasti nestevajeen, laihtumisen ja yleistilanlaskun, kun taas lievimmillään taudinkuvaan kuuluu vähäistä ripulia ja niukkaa verenvuotoa. (Järvinen 2010, 440–441.)

Colitis ulcerosan diagnoosi perustuu tyypilliseen oireenkuvaan, suoliston tähytykseen sekä kudoksenäytteisiin. Tähytyksen yhteydessä suolessa nähdään punoittava ja himmeä limakalvo, kapillaariverisuonien korostuminen, pieniä haavaumia ja verenpurkaumia (kuva 2). Colitis ulcerosassa tulehdus rajoittuu yleensä suolen pintaosiin, mukosaan ja submukosaan. (Järvinen 2010, 440–441.)



KUVA 2. Vasemmalla terve paksusuolen limakalvo ja oikealla lievästi tulehtunut paksusuoli (Crohn ja colitis ry 2011.)

Colitis ulcerosaa pyritään ensisijaisesti hoitamaan lääkkeillä. Lääkehoitona käytetään 5-aminosalisyylihappoa tai salatsosulfapyridiinia. Riippuen taudin oireistosta ja sijainnista, voidaan aloittaa paikallinen tai suunkautta otettava kortikosteroidivalmiste. Jos kortikosteroidivalmisteita joudutaan käyttämään pitkiä aikoja (2–3 kuukautta) useita kertoja vuodessa, voidaan potilaalle tällöin aloittaa immunosuppressiivinen hoito. Jos taudilla on huono lääkeväste, tai komplikaatioita ilmenee, turvaudutaan kirurgiseen hoitoon, jolloin vaurioitunutta suolta poistetaan. Colitis ulcerosan leikkausaiheita ovat äkillinen, lääkehoitoon reagoimaton tai krooninen invalidisoiva koliitti, todettu syöpä tai syöpäriski. (Järvinen 2007, 479–80; Crohn ja colitis ry 2010a.)

3.2 Lääkehoito

Tulehduksellisten suolistosairauksien ensisijainen hoitomuoto on lääkehoito. Silloinkin kun sairaus on oireeton, pyritään lääkehoidolla estämään sairauden aktivoitumista. Lääkehoito voidaan jakaa kahteen eri osa-alueeseen: tulehduksen rauhoittaminen ja remission ylläpito. Lääkkeitä voidaan annostella tabletteina, enterotabletteina, suonensisäisesti sekä peräruiskeina ja -puikkoina. (Saano. & Taam-Ukkonen 2013, 454.)

Kortikosteroideilla hoidetaan taudin akuutteja vaiheita 2–4 kuukauden pituisilla kuu-reilla, joilla pyritään hillitsemään tulehdusta. Tällaisten pitkien lääkehoitojaksojen aikana on tärkeää seurata lääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia, jollaisia voivat olla: verenpaineen nousu, ihon oheneminen, osteoporoosi, korkea verensokeri, ruokahalun lisääntyminen ja painonnousu, kuukautishäiriöt, aivopaineen nousu, harmaakaihi, ”kuukasvot”, rasvan kertyminen, veren purkaumat iholla, haavojen hidaskasvu ja lapsilla kasvun hidastuminen. Kortikosteroidit vaikuttavat myös heikentämällä ihmisen omia puolustusmekanismeja infektioita vastaan ja voi täten altistaa infektioille. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 454,588; Käypä hoito 2011.)

Kortikosteroideja on pitkä- ja keskipitkävaikutteisia, ja niitä annostellaan tabletteina, peräruiskeina ja suonensisäisesti. Keskipitkävaikutteisia kortikosteroideja ovat esimerkiksi: prednisoni (Prednison®), prednisolon (Prednisolon®), metyyliiprednisoloni (Depo-Medrol®). Pitkävaikutteisia kortikosteroideja ovat beetametasoni (Betapred®, Ora-

dexon®) ja deksametasoni (Dexametason ®). (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 454,588; Käypä hoito 2011.)

Antibiootteja kuten metronidazolea ja siprofloksasiinia voidaan joissain tapauksissa käyttää tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon, jos tauti ei helpota kortikosteroidihoidosta huolimatta. Lisäksi antibiootteja voidaan käyttää tautien aiheuttamien muiden sairauksien, kuten abskessien hoitoon. Metronidazolella on havaittu olevan hyötyä leikkauksen jälkeisen taudin aktivoitumisen (relapsin) estossa. Metronidazolea voidaan käyttää pitkiäkin aikoja, mutta sitä ei suositella haittavaikutusten vuoksi, joita voivat olla muun muassa neurologiset oireet ja raajojen tuntohäiriöt. (Käypä hoito 2011; Mustajoki 2013; Todorovic 2012.)

Tulehduksia estävää lääkettä käytetään tyypillisesti tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon. Niitä ovat esimerkiksi suunkautta otettava 5-aminosalisyylihappo eli 5-ASA (Asacol ®, Pentasa ®), olsalatsiini (Dipentum ®) ja sulfasalatsiini (Salatzopyrin ®). Lääkkeitä käytetään taudin rauhallisessa vaiheessa estämään tulehdusta, mutta niistä voi olla hyötyä myös lievässä tulehduksessa. Valmisteilla on vain vähän haittavaikutuksia, tai ne ovat vähäisiä, kuten esimerkiksi iho- ja ruuansulatuskanavan oireita. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 454; Pharmaca fennica 2013; Käypä hoito 2011.)

Immunosuppressiivista lääkettä käytetään potilailla, joilla tulehdus uusiintuu glukokortikoidiannosta pienentäessä, joten sitä voidaan käyttää aktiivisen vaiheen hoitoon ja remission ylläpitoon. Tällainen lääke on esimerkiksi suunkautta otettava siklosporiini (Sandimmun®). Immunosuppressiivinen lääke hillitsee immuunijärjestelmän toimintaa, mutta lääkehoidon vaste saadaan vasta useiden käyttökuukausien jälkeen. Immunosuppressiivien haittavaikutuksena voi olla bakteeri-, virus-, sieni- ja loisinfektiot. Lääkitys saattaa lisätä riskiä sairastua lymfoomiin ja eräisiin muihin pahanlaatuisiin sairauksiin, jonka vuoksi potilaan tulee käydä kontrolloimassa säännöllisesti veriarvojaan, joissa mitataan munuais-, rasva-, maksa-arvoja sekä elektrolyyttejä. Yleisimpinä haittavaikutuksina esiintyy vatsavaivoja, vapinaa, karvoituksen lisääntymistä, munuaisten toimintahäiriöitä, korkeaa verenpainetta, rasva-arvojen nousua, ikenien paksuuntumista ja tuntoharhoja. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 454, 585; Käypä hoito 2011.)

Biologista lääkehoitoa voidaan käyttää vaikeassa tai keskivaikeassa tulehduksellisessa suolistosairaudessa aktiivisen taudin hoitoon ja remission ylläpitoon. Tulehduksellisissa suolistosairauksissa immuunijärjestelmä toimii yliaktiivisesti, mitä biologisilla lääkkeillä hillitään. Nämä lääkkeet joko vahvistavat tulehdusta estäviä sytokiineja tai heikentävät tulehdusta lisääviä sytokiineja. Biologiseen lääkehoitoon turvaututaan silloin, kun muulla lääkähoidolla ei ole vastetta sairauden oireille. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 587; Käypä hoito 2011.)

Biologisia lääkkeitä, joita käytetään tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon, ovat esimerkiksi infliximabi (Remicade®) ja adalimumabi (Humira®). Biologiset lääkkeet vaikuttavat immuunijärjestelmän tuottamaan proteiiniin nimeltä tuumorinekroositekijä (TNF). Vasta-aiheita biologisille lääkkeille on sydäntaudit, multippelliskleroosi, syöpä ja munuaisten vajaatoiminta. Näitä lääkkeitä ei voida antaa jos potilaalla on infektio sen vakavuudesta riippumatta ja hoito on myös keskeytettävä jos lääkityksen aikana ilmenee infektion merkkejä. Haittavaikutuksina voi esiintyä esimerkiksi paikallista ärsytystä, mutta systeemisistä haittavaikutuksista vakavimpana pidetään elimistön puolustusjärjestelmän heikkenemisestä johtuvaa infektioherkkyyden lisääntymistä. Biologisen lääkehoidon aikana voi esiintyä keuhkokuumetta, iho- ja virtsatieinfektioita, märkäpesäkkeitä ja tuberkuloosia. Vaikeimmillaan haittavaikutukset voivat olla syövän esiashteita, maksaentsyymien lisääntymistä, perikardiittia, sydämen vajaatoimintaa ja neuropatiaa. (Mayo clinic 2013; Lääketietokeskus 2013; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 587; Crohn ja colitis 2009; Käypä hoito 2011.)

3.3 Kirurginen hoito

Tulehduksellisten suolistosairauksien ensisijainen hoito on aina lääkehoito. Kuitenkin, jos lääkehoito ei tehoa tai sillä on huono vaste, voidaan päätyä leikkaushoitoon. Leikkaushoidon periaatteena on aina mahdollisimman paljon suolta säästävä kirurgia. Operaatiot pyritään tekemään suunnitellusti, ennakoiden taudin kulkua, sillä päivystysleikkauksiin liittyy aina huomattavasti korkeammat riskit, jopa nelinkertainen kuolemanriski ja infektioiden mahdollisuus. Leikkauspäätös on potilaalle iso ja vaikea asia. Hoitohenkilökunnan tehtävä ei ole painostaa potilasta leikkaukseen, vaan antaa asiallista tietoa leikkauksen hyödyistä ja mahdollisista haitoista. (Järvinen 2004, 428, 443.)

3.3.1 Crohnin taudin leikkaushoito

Crohnin tautia sairastavista potilaista 70–90% joudutaan leikkaamaan jossain sairauden vaiheessa. Pakollisia leikkaushoidon aiheita ovat perforaatio eli suolen puhkeaminen, runsas verenvuoto, suolitukos, suolifisteli, tai syöpäpäily. Suhteellisia leikkausaiheita on suolen osittainen ahtauma, anemia, aliravitsemus, vaikeat krooniset oireet, vaikeat anaalihaavaumat ja lapsilla kasvun hidastuminen. Leikkaushoito pyritään aina toteuttamaan elektiivisesti, ennen kuin potilaan tila pahenee hätätilanteeksi. (Järvinen 2010, 428–430.)

Crohnin taudin leikkaushoidossa pyritään aina mahdollisimman paljon suolta säästävään leikkaukseen. Suolen osapoiston jälkeen 50 % potilaista pysyy kliinisesti oireettomina, mutta 80 prosentilla voidaan silti nähdä taudin uusiutumista tähyttämällä kuuden kuukauden jälkeen operaatiosta. Uusintaleikkaukseen joutuu noin 30 % leikatuista. Koska taudin uusiutumisen riski on suuri, on potilaasta tarkkailtava kliinistä oireenkuvaa, tulehdusparametreja sekä jäljellä olevaa suolta on tarvittaessa tähyttävä. (Järvinen 2010, 428–430; Aitola 2007, 495–496.)

Crohnin tautia sairastavista joka toisella esiintyy tautimuutoksia myös paksu- ja peräsuoleessa. Näistä potilaista yli puolet joutuvat jossain vaiheessa leikkaushoitoon ja kaikista leikatuista noin puolelle tehdään jossain vaiheessa ohutsuoliavanne. Joissakin tapauksissa, kun tauti on vaikea, eikä se reagoi lääkitykseen voi ainoaksi vaihtoehdoksi potilaalle jäädä peräaukon poisto ja pysyvä avanne. (Aitola 2007, 495–496.)

3.3.2 Colitis ulcerosan leikkaushoito

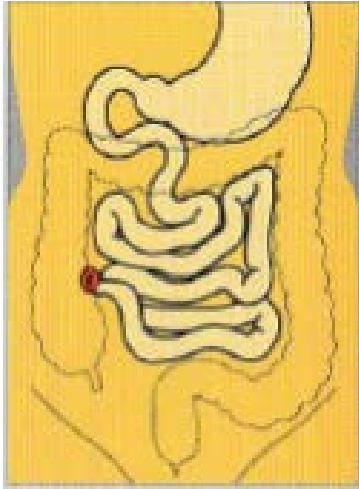
Colitis ulcerosaa sairastavien potilaiden leikkauksosuus vaihtelee 20 prosentista 45 prosenttiin. Leikkauksen todennäköisyyttä lisää varhainen taudin alkamisikä, laajalle paksusuoleen ulottuva koliitti ja pitkä taudin kesto. Tauti on periaatteessa parannettavissa paksu- ja peräsuolen poistamisella, jolloin potilaan sairauden aktiivinen seuranta ei ole enää tarpeellista. Pääasialliset leikkausaiheet ovat äkillinen hoitoon reagoimaton koliitti, toimintakykyä ja elämänlaatua vaikeasti laskeva tauti, suolen laajentuminen, suolen perforaatio, syöpä tai sen riski. Leikkaushoitoa harkitaan jos kortisonihoito pitkittyy yli kuusi kuukautta tai kortisonihoidosta ilmenee vakavia haittavaikutuksia. Tavanomaisin

leikkausmenetelmä colitis ulcerosassa on proktokolektomia, eli peräaukon säästävä leikkausmuoto ja suurin osa (90 %) potilaista valitsevat tämän leikkausmuodon. (Järvinen 2004, 442–443.)

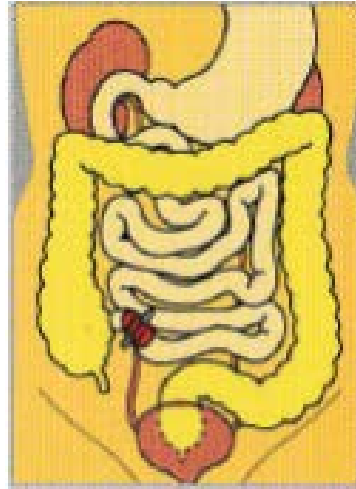
3.3.3 Avannekirurgia

Tulehduksellisten suolistosairauksien kirurgisessa hoidossa avannekirurgia on varsin yleistä. Avanne, eli stooma, on kirurgisesti rakennettu eritteiden ulostuloaukko, joka sijaitsee vatsanpeitteiden päällä. Avanteesta erittyvä suolen sisältö kerääntyy vatsalle kiinnitettävään avannesidokseen. Sairaudesta riippuen avanteet voivat olla joko väliaikaisia tai pysyviä. Suolistoavanteita voidaan tehdä ohutsuoleen tai paksusuoleen. Ohutsuolen tyhjäsuoleen tehty avanne on jejunostooma, sykkyräsuoleen tehty avanne on ileostooma tai loop-ileostooma. Paksusuolen avanteita ovat poikittaiseen paksusuoleen rakennettu transversostooma ja sigmasuoleen sigmoideostooma. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen. 2010, 431.)

Avannetyypit saavat nimensä usein sijaintinsa perusteella. Loop-ileostooma on kaksipiippuinen avanne, eli sekä suolen tuova että vievä pää ovat tuotu vatsanpeitteiden läpi, ja osaa suolenseinämästä ei ole katkaistu. Avanne on yleensä tällöin väliaikainen, ja sen avulla suojataan paksusuoleen tehtyä suolisaumaa. Jejunostooma on harvinainen avanne, joka tehdään yleensä yksipiippuisena (kuvat 3 ja 4). Ohutsuoliavanteelta tuleva erite on nestemäistä ja sitä voi tulla useitakin litroja vuorokaudessa. Erite sisältää ruuansulatusentsyymejä ja sappihappoja, minkä vuoksi se on syövyttävää. Siksi avannesidoksen on oltava tiivis, ja ympäröivä iho on suojattava huolellisesti. (Iivanainen ym. 2010, 434.)

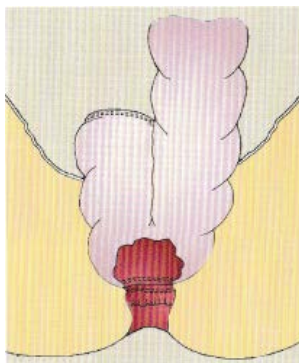


KUVA 3. Ohutsuoliavanne
eli jejunostooma (ConvaTec 2010.)



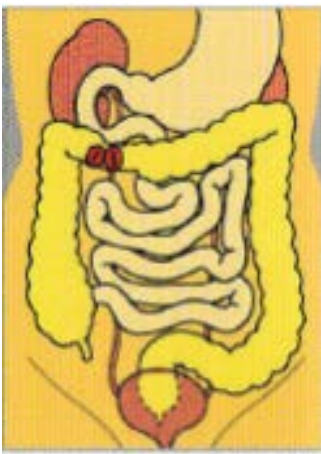
KUVA 4. Loop-ileostooma
(ConvaTec 2010.)

Ileumsäiliö, (IPAA eli ileal pouch anal anastomosis) eli J-pussi on leikkausmenetelmä, jossa peräaukkoa ei tarvitse sulkea. IPAA leikkauksessa paksu- ja peräsuoli poistetaan, lantiolihakset, peräaukko ja sen sulkijalihakset säilytetään. Ohut- ja paksusuolesta rakennettu säiliö yhdistetään peräsuolikanavaan, jolloin suolierite poistuu normaalia reittiä pitkin (kuva 5). IPAA:n ansiosta potilaan elämänlaatu paranee ja ulostuskerrat vähenevät 4–6 kertaan vuorokaudessa. Suolierite ei ole kuitenkaan normaalia, vaan sen entsyymipitoisuuden vuoksi se on hyvin löysää, ja peräaukkoa ärsyttävää. Leikkausmenetelmään liittyy useita riskejä, joita voivat olla esimerkiksi leikkaussauman peittäminen, josta voi aiheutua anaalifisteleitä, abskesseja (märkäpesäkkeitä), ulostamiskipuja ja ulosteinkontinenssia (pidätyskyvyttömyyttä). Leikkauksen jälkeen on myös yleistä, että ohutsuoli, tai säiliö tulehtuu ja aiheuttaa koliittimaisia oireita. Suolisäiliön tulehdus on yleensä helposti hoidettavissa antibiooteilla, mutta joskus sitä joudutaan hoitamaan myös glukokortikoideilla. (Iivanainen ym. 2010, 434. Järvinen 2010, 443–444.)

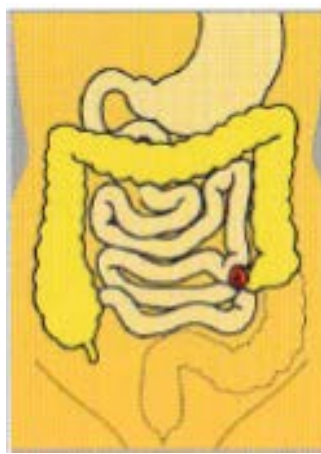


KUVA 5. J-pussi saa nimensä muotonsa mukaan (Crohn ja colitis ry 2008.)

Paksusuoliavanteita nimitetään colonostoomiksi. Tavallisimmin kaksipiippuinen transversostooma on poikittaiseen paksusuoleen tehty avanne (kuva 6). Se on yleensä tilapäisratkaisu suolitukosten laukeamisen varmistamisessa, tai suolen osapoiston ommel-
sauman parantuessa. Sigmoideostooma on tavallisin paksusuoliavanne (kuva 7). Sig-
masuoli nostetaan alavatsalle vasemmalle, vatsanpeitteiden päälle. Yleisimmin se teh-
dään pysyväksi yksipiippuiseksi avanteeksi. Niin sanotussa Hartmanin leikkauksessa
tehdään kuitenkin väliaikainen avanne (kuva 8). Tällöin osa sigmasuolta poistetaan,
peräsuoli säästetään ja myöhemmin avanne voidaan sulkea ja nämä kaksi suolta voidaan
yhdistää. (Iivanainen ym. 2010, 434.)



KUVA 6. Transversostooma
(ConvaTec 2010.)



KUVA 7. Sigmoideostooma
(ConvaTec 2010.)



KUVA 8. Hartmanin leikkaus
(ConvaTec 2010.)

3.4 Tulehduksellisten suolistosairauksien potilaslähtöinen hoitotyö

Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat elinikäisiä sairauksia, mikä tulisi ottaa huomioon potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu molemminpuoliseen vuorovaikutukseen. Hoitajan tehtäviin kuuluu tiedottaa potilasta hänen terveydentilastaan ja informoida hoidon merkityksestä. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas kokee pystyvänsä tuomaan esille häntä huolettavat asiat sekä tarpeet, ja toisaalta sairaanhoitaja pitää potilaan ajan tasalla hoitojen ja erilaisten hoitovaihtoehtojen suhteen. Ennalta määrätyt yhteiset toimintaperiaatteet sovitaan hoitosuhteen alussa. Tällöin hoitajalla on merkittävä rooli potilaan motivoinnissa ja luottamuksellisen hoitosuhteen pohjan luomisessa. (Kalkas & Sarvimäki 2000, 117-132; Ouahi 2011, 2.)

Potilaat toivoivat vuonna 2006 tehdyssä tulehduksellisten suolistosairautta sairastavien potilaiden ohjausta käsittelevässä tutkimuksessa, että hoitajat antaisivat enemmän tietoa mitä tulevaisuus sairauden kanssa tuo tullessaan. Myös rohkaisua kaivattiin ohjaukseen. Potilaat toivoivat, että hoitajat pohtisivat yhdessä heidän kanssaan, miten tulevaisuudesta selvittää, mitä voimavaroja potilaalla on ja millaisia hoitovaihtoehtoja sairauden hoitoon on olemassa, sekä mitä hoito-ohjeet konkreettisesti arkielämässä tarkoittavat. Myös toivon luominen potilaalle ja sairaudesta puhumiseen kannustaminen koettiin tärkeäksi. Vertaistukea potilaat olisivat kaivanneet jo sairaalassa, sekä tietoa potilasyhdistyksistä. Potilaat toivoivat myös, että ensimmäinen jälkitarkastus sairastumisen jälkeen tapahtuisi sairaalassa eikä puhelimessa. (Sonninen, Kinnunen & Pietilä 2006.)

Potilas voi menettää sairastuessaan oman elämänhallinnan tunteen, myös avuttomuuden ja epätoivon tunteet voivat aiheuttaa kriisin potilaan elämässä. Diagnoosin varmistuessa potilas tarvitsee paljon tukea ja ohjausta tilanteeseen sopeutuakseen. Monet sairaalat järjestävät tulehduksellisiin suolistosairauksiin sairastuneille ensitietokursseja, jossa he saavat ohjausta ja vertaistukea taudin alkuvaiheessa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 444; Crohn ja Colitis ry 2010c.)

Leikkaukseen päädyttyä on usein lopputuloksena avanne. Avanneleikatun potilaan hoitoaika vuodeosastolla on keskimäärin noin viikko. Leikkauksen jälkeiseen hoitotyöhön kuuluvat potilaan yleisvoimien aktiivinen tarkkailu. Peruselintoiminnoista seurataan verenpainetta, sykettä, hengitystä ja lämpöä. Riittävästä nestetasapainosta huolehtiminen kuuluu olennaisesti leikatun potilaan hoitoon. Suonensisäisillä infuusiolla ja suun kautta annettavilla nesteillä turvataan potilaan riittävä nesteiden saanti. Myös virtsamäärää ja sen laatua tarkkaillaan. Verikokeista tärkeitä ovat hemoglobiini ja nestetasapainoarvot. Itse avanteen tarkkailuun kuuluu sen ulkonäön, toiminnan ja erityksen seuranta. (Iivanainen ym. 2010, 435.)

Heti leikkauksen jälkeen avannesidoksen tulee olla kirkas, läpinäkyvä säiliö, jotta voidaan arvioida avanteen kuntoa. Stooman limakalvo on normaali, kun väri on helakanpunainen (kuva 9). Jos väri on liian vaalea, se voi kertoa liian matalasta hemoglobiiniarvosta. Tummanpunainen väri voi taas liittyä verenkiertohäiriöön. Jos avanne on himmeä ja eloton, tai mennyt kuolioon, on uusintaleikkaus tarpeellinen. Ensimmäisinä päivinä avanteelta erittyy verta ja kudosnestettä, jolloin hoitajan on tarkkailtava vuodon

määrää. Ensimmäisen viikon aikana turvotus avanteella on tavallista. Hoitajan on kiinnitettävä huomiota myös leikkaushaavan paranemiseen ja ompeleisiin. Laskuputkista tulevaa eritteen laatua ja määrää seurataan ja dokumentoidaan hoitokertomukseen. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilas autetaan istumaan vuoteen reunalle, ja yleensä myös seisomaan ja liikkeelle. Alkuvaiheessa lepo on kuitenkin tärkeää potilaan toipumisen kannalta. Postoperatiivisen hoidon kulmakivenä on myös riittävä kivunhoito. (Iivanainen ym. 2010, 435.)



KUVA 9. Terve avanne (Dansac 2009.)

Nestehoito ja ravinnontarve määräytyvät potilaan nestetasapainon ja suolentoiminnan mukaan. Potilaan natriumarvo saattaa olla matala, etenkin ohutsuoliavannepotilailla runsaan suolieritteen erityksen vuoksi, joten nestetasapainoarvojen tarkkailu, ja niihin reagointi on tärkeää. Erilaiset oireet, kuten suonenveto, väsymys, voimattomuus, janon tunne, pahoinvointi ja pienet virtsamäärät voivat paljastaa potilaan nestetasapainon epäsuhtauden. (Iivanainen ym. 2010, 435.)

3.4.1 Ravitseminen

Tulehduksellisten suolistosairauksien hoidossa ruokavalio on oleellisessa osassa tautien hoitoa. Ravitsemushoidolla hillitään ruuansulatuskanavan oireita ja ehkäistään suolitukoksen riskiä. Tavoitteena on riittävä ravitsemustila ja normaali paino. Ruokavalio määräytyy taudin aktiivisen ja rauhallisen vaiheen mukaan. Taudin rauhallisessa vaiheessa potilaat voivat syödä monipuolista perusruokaa, välttämällä yksittäisiä ruoka-aineita, jotka heille eivät sovi. Aktiivisessa sairauden vaiheessa potilaalla on vajaaravitsemuksen ris-

ki, koska tulehtuneesta suolesta menetetään nestettä, verta ja proteiineja. Potilaan ruokahaluttomuutta lisää kipu, pahoinvointi ja ripuli. Tässä vaiheessa on turvattava riittävä ravitsemustila esimerkiksi vähäkuituisella rakennemuunnetulla ruokavaliolla, täydennysravinnevalmisteilla tai letkuravitsemuksen avulla. Potilailla tulee huomioida myös hoitojen aiheuttamat vajaaravitsemuksen riskit, kuten B12- vitamiinin puutoksesta johtuva anemia ohutsuoli leikatuilla ja potilailla joilla on tulehtunut ohutsuoli. Kortikosteroidihoito voi aiheuttaa joillain potilailla osteoporoosia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 136–137; Käypä hoito 2011.)

Leikkauksen jälkeen hyvä ravitsemushoito turvaa potilaan ravitsemustilan, edistää toipumista, hillitsee avanteen eritystä, pienentää avanteen ja suolen tukkeutumisriskiä sekä vähentää kaasun muodostusta. Avanneleikkauksen jälkeen potilaat syövät aluksi nestemäistä ruokaa, jota kiinteytetään asteittain niin, että potilaat voivat syödä perusruokaa 2–6 viikon jälkeen leikkauksesta. Tämänkin jälkeen potilaiden ruokavalio määräytyy yksilöllisesti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 141–144.)

Ohutsuolierite on löysää ja se sisältää paljon natriumia ja kaliumia, minkä vuoksi on tärkeää seurata neste-elektrolyyttitasapainoa. Erityisesti ohutsuoliavanneleikattujen potilaiden riittävä nesteensaanti, sekä suola- ja elektrolyyttitasapaino on turvattava kaikissa hoidon vaiheissa. Potilaiden tulisi pureskella ruoka huolellisesti, sillä se vähentää tukkeutumisvaaraa ja kipua avanteessa. Ohutsuoliavanneleikatuilla on turvattava leikkauksen jälkeen B12-vitamiinin ja foolihapon saanti, joiden imeytyminen voi olla häiriintynyt. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 141–144.)

Avanneleikatun ravitsemuksen tavoitteena on hyvä ravitsemustila. Kaikkien avanneleikattujen ravitsemustilaa tulee tarkkailla, mutta erityisen tärkeää se on, jos paino on laskenut ennen leikkausta. Jos leikkauksen jälkeen paino edelleen laskee, se voi kertoa imeytymishäiriöstä ja huonosta ruokahalusta. Toisaalta paino voi myös nousta, ja kiloja saattaa kertyä ylipainoksi asti, mikä aiheuttaa verenpaineen, verensokerin ja rasva-arvojen nousua. Siksi oikeanlainen ruokavalio onkin tärkeää. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2011.)

Avanneleikatun tulee syödä säännöllisin väliajoin, noin 5-6 ateriaa päivässä. Vähintään hyvä olisi syödä aamupala, lounas, päivällinen, iltapala ja 1-2 välipalaa. Jos ruokahalu on huonoa, tai pääaterioiden koko on pieni, voi välipaloja syödä useamminkin. Iltaa kohden ruokailua tulee kuitenkin vähentää, jotta suolen toiminta ei häiritsisi yöunta. Kokeilemalla potilaalle selviää, mitkä ruoka-aineet aiheuttavat hänelle oireita ja mitkä eivät. Toipumisen edetessä suoli tottuu yhä useampiin ruoka-aineisiin. Ruokailun olisi tapahduttava rauhassa, jotta ilman nieleminen olisi mahdollisimman vähäistä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2011.)

3.4.2 Minäkuvan muutos

Pitkäaikaissairaus vaikuttaa potilaaseen monella tavalla. Krooninen sairaus saattaa muuttaa minäkuvaa, mikä puolestaan heijastuu seksuaalisuuden alueelle. Seksuaalisuus voi jopa hetkeksi aikaa kadota kokonaan sairastuessa, koska ajatukset ovat pääsääntöisesti sairaudessa. Useimmiten ajatukset sairautta kohtaan ovat negatiivisia ja tunteet kielteisiä, kuten pelkoa, häpeää ja ahdistusta. Miehuuden ja naiseuden tunteet voivat muuttua tai kadota kokonaan sairastuessa, ja potilas voi tuntea itsensä vastenmieliseksi ja epäeroottiseksi. Sairastuminen ei koske ainoastaan vain potilasta, vaan herättää myös puoliossa tunteita, kuten epävarmuutta ja sääliä sekä tiedostamatonta tai tietoisista vastenmielisyyttä kumppania kohtaan. Haluttomuutta potilaassa saattaa aiheuttaa kivut, anemia, väsymys, yleiskunnon heikkeneminen tai ulosteenpidätyskyky. Myös lääkkeet voivat kuivattaa limakalvoja. Sairastumisesta huolimatta on tärkeää huolehtia läheisyydestä kumppanin kanssa, vaikkei itse yhdyntää olisikaan. (Crohn ja Colitis ry 2010c.)

Avanneleikkaus tarkoittaa suurta ja äkillistä muutosta kehossa, ja se vaikuttaa välittömästi siihen, miten me itsemme koemme. Potilas, joka saa avanteen ei ole itse sitä pyytänyt tai toivonut. Leikkaus saattaa poistaa vuosia jatkuneen sairastelun ja epäasukavuuden, tai parantaa sairauden, joka uhkasi potilaan terveyttä. Avanne on silti merkki kehon normaalitoimintojen menetyksestä ja minäkuvan muutoksesta. Muutokseen totuttelu vie aikaa. Kun potilas käy läpi erilaisia vaiheita, hän saattaa tuntea masentuneisuutta, kiukua ja surua. Potilaalle on hyvä muistuttaa, että avanne ei ole sairaus, vaan se on osa sairauden hoitoa. Leikkauksesta toipuminen ja avanteeseen tottuminen vie useita viikkoja, jopa kuukausia. Uuden minäkuvan hyväksyminen toteutuu asteittain ja vähitellen

potilas oppii elämään avanteensa kanssa. Tärkeää on, että potilas oppii kohtaamaan omat tunteensa ja puhuu niistä. (Galt & Hill 2002.)

Seksuaalisuus on osa-alue, jota laiminlyödään ehkä eniten potilaan leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Suurin osa avanneleikkaukseen menevistä potilaista ajattelee, että heidän seksuaalinen viehätysvoimansa ja seksielämänsä heikkenee leikkauksen jälkeen. Lääkärit ja hoitajatkin saattavat vältellä aiheesta puhumista. Aiheen esille otto kuitenkin vähentää tarpeetonta murehtimista, kun potilas saa häntä askarruttaviin kysymyksiin vastauksen. Sukupuolinen toimeliaisuus kuuluu ihmisen normaalitoimintoihin, ja on tärkeää, että potilas ymmärtää, että avanne ei estä seksuaalista kanssakäymistä. Leikkauksesta toipumisen aikana potilaan on hyvä kertoa puolisolleen tunteistaan, toiveistaan ja peloistaan. Parisuhteessa on tärkeää säilyttää avoin keskusteluyhteys, jossa otetaan huomioon toisen tarpeet, esimerkiksi läheisyyden ja seksin suhteen. (Galt & Hill 2002.)

Leikkauksen jälkeen yleensä intiimi eritystoiminta muuttuukin paljon näkyvämmäksi. Potilas saattaa kokea epävarmuutta ja pelkoa, jonka vuoksi hän voi vältellä tilanteita, joissa avanne on näkyvillä, kuten saunaillat ja uiminen. Avanneleikkaus on suuri toimenpide, jossa voidaan vaurioittaa sukupuolielimiä hermottavia hermoja. Naisilla hermovaurio saattaa aiheuttaa emättimen kuivuutta, yhdyntäkipuja ja tuntopuutoksia. Miehillä hermovaurio voi oireilla erektiohäiriöinä. Seksuaalineuvonta auttaa potilasta pääsemään yli turhista peloista, joita voi liittyä yhdyntään. Mahdollisiin toiminnallisiin ongelmiin kehoitetaan suhtautumaan rauhallisesti, sillä ne eivät välttämättä ole pysyviä ja voivat parantua itsestään. (Rosenberg 2006, 298.)

3.4.3 Tukiverkostot ja kuntoutus

Pitkäaikaissairaille järjestetään kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja. Sopeutumisvalmennuksen tarkoituksena on lisätä kuntoutujan ja hänen perheensä valmiuksia toimia jokapäiväisessä elämässä sairaudesta tai vammasta huolimatta. Sopeutumisvalmennuksessa annetaan tukea ja neuvoja miten elää sairauden kanssa. Kursseja järjestetään monissa muodoissa. Kursseja löytyy yksittäishenkilöille, pariskunnille, perheille, joissa on IBD:tä sairastava lapsi sekä avanne- ja J-pussileikatuille. Vaikeat liitännäisoiheet tai muut sairaudet ovat myös peruste kuntoutukseen hakeutumiselle. Myös

sairauden merkittävä muutos, esimerkiksi leikkaus, voi olla aiheena kuntoutukselle. (Crohn ja colitis ry 2010c.)

Crohn ja Colitis ry järjestää tulehduksellista suolistosairautta sairastaville ja leikatuille vertaistukipainotteisia kursseja, joissa tavoitteena on täysipainoinen elämä sairaudesta huolimatta. Crohn ja Colitis ry on myös aloittanut vuonna 2012 vessapassi hankkeen, jonka tarkoituksena on helpottaa IBD:n kanssa eläviä niin, että he voivat käyttää julkisia sekä henkilökunnan vessoja ilmaiseksi. Vessapassia voi hakea liittymällä Crohn ja Colitis ry:n jäseneksi. (Crohn ja colitis ry 2013.)

3.4.4 Sosiaaliturva

Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat pitkäaikaissairauksia, jotka oikeuttavat potilaan saamaan sosiaalietuksia. Potilas voi täyttää hakemukset verkossa Kelan sivuilla tai palauttaa ne paperisina Kelan toimistoon. Eräiden etuuksien saamiseksi on määriteltävä sairauden haittaluokka 1–20, tarkoittaen 1 pienintä haittaa ja 20 suurinta. Tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet kuuluvat Kelan alemman erityiskorvausluokkaan, jolloin Kela korvaa 72 % lääkkeen hinnasta. Jos potilas hakee korvausta lisäravinteista, on hänen toimitettava B-lääkärinlausunto Kelan toimistoon. Sairaalassa ollessaan potilaalla on mahdollisuus tavata sosiaalityöntekijä. (Crohn ja colitis ry 2010c.)

Vuoden 2014 omavastuu raja lääkekorvauksissa on 610€, jonka jälkeen Kela maksaa lääkkeen, mutta potilas maksaa vielä 1,50€ jokaisesta lääkeostosta. Kalenterivuoden päätyttyä korvausta lääkkeistä on haettava puolen vuoden kuluessa. Jokaiseen lääkekorvauserään on oma hakemuslomakkeensa, johon liitetään alkuperäiset maksukuitit. Myös apteekki voi seurata potilaan suostumuksella maksukatton täyttymistä, mutta tällöin lääkeostokset on keskitettävä yhteen apteekkiin. (Crohn ja colitis ry 2010c; Kela 2013.)

Vuonna 2014 terveydenhuollon maksukatto on 679€ Maksukattoon sisältyy käytännössä kaikki julkisen terveydenhuollonpalvelut, pois lukien hammashoito, sairaankuljetus ja lääkärintodistukset. Potilaan on itse seurattava maksukatton täyttymistä. Seuranta helpottaa terveystakeskuksesta saatava seurantakortti. Alkuperäiset maksukuitit on säilytettävä korvauksen hakua varten. Todistuksen korvauksen hakemista varten antaa terve-

yskeskus tai muu julkinen terveydenhuolto. (Crohn ja colitis ry 2010c; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

3.5 Avanteen hoito

Avanteenhoidossa on tärkeää, että potilaalla on yksilöllisesti sopivat avannesidokset ja että potilas itse pystyy ja osaa hoitaa avannetta. Avannesidoksia on kahdenlaisia: yksiosaisia, joissa ihonsuojalevy ja pussi ovat yhdessä, sekä kaksiosaisia, joissa levy ja pussi ovat erikseen. Myös avannepusseissa on eroja: avannepusseja voi olla tyhjennettäviä ja umpipusseja. Umpipussit ovat yleensä parempia paksusuoliavanteissa, ja tyhjennettävät pussit toimivat ohutsuoliavanteissa runsaamman erityksen vuoksi. Avanteen pohjalevy tulisi vaihtaa ohutsuoliavanteessa 2–3 päivän välein, tai jos iho alkaa ärtyä, tai pohjalevy irtoaa. Paksusuoliavanteessa pohjalevy tarvitsee vaihtaa vain 1–2 kertaa viikossa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 174, Iivanainen ym. 2006, 344–345.)

Hyvä käsihygienia on tärkeää avannetta hoidettaessa niin potilaalla, kuin hoitohenkilökunnallakin. Avannetta käsitellään tehdaspuhtailla välineillä, mutta potilas voi itse käsitellä niin välineitä kuin avannettakin paljain käsin kotiooloissa. Iho avannesidosten alla pestään samalla tavalla kuin muukin iho. Peseytymisen jälkeen iho kuivataan hyvin ja uusi avannesidos asetetaan kuivalle iholle. Sidos tulisi saada iholle mahdollisimman tiiviisti, jotta eritettä avanteesta ei valuisi iholle. Sidosta voidaan tiivistää tarvittaessa pastalla ja geelillä. Ihoa aivan avanteen vieressä ei kannata rasvata, jotta avannesidokset pysyisivät paremmin kiinni. Jos eritettä tiivistämisestä huolimatta valuu iholle tai potilaalle kehittyy vaikea ihoärsytys avanteen juurelle, tulee avannehoitajaan ottaa yhteyttä. (Iivanainen ym. 2006 343–344; Sirviö 2010, 182.)

Avanteesta tarkkaillaan väriä ja ”korkeutta” eli luiskahtaako avanne takaisin vatsaonteloon, vai pullahtaako se ulos. Lisäksi seurataan, että alkaako avanteen viereen muodostua tyrää ja että toimiiko avanne normaalisti. Avannetta ympäröivän ihon hoito ja tarkkailu on tärkeää varsinkin ohutsuoliavannepotilaille. Läpinäkyvä avannepusseja helpottaa avanteen tarkkailua. (Iivanainen ym. 2006, 343–344; Sirviö 2010, 182; Iivanainen & Syväoja 2012, 174.)

Avanteen toiminta riippuu avanteen paikasta. Ohutsuoliavanne alkaa toimia heti leikkauksen jälkeen, ja toimii yleensä säännöllisesti 2-3 tunnin jälkeen ruokailusta. Ohutsuoliavanteesta tuleva uloste on normaalisti löysää ja rusehtavaa, sitä erittyy noin 6-8 dl päivässä. Heti leikkauksen jälkeen ohutsuoliavanne saattaa tuottaa jopa kolme litraa vihertävää ulostetta. Jos suoli tulehtuu, muuttuu erite yleensä veriseksi tai märkäiseksi. (Iivanainen & Syväoja 2012, 174; Sirviö 2010, 182.)

Paksusuoliavanne toimii yleensä vasta viidentenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kotona paksusuoliavanne toimii suunnilleen 1-2 kertaa päivässä. Sigmoideostoomasta tuleva erite on yleisimmin kiinteää, joten ripuli voikin tarkoittaa suolen toiminnan häiriötä. Transversostoomasta ja kekostoomasta tuleva erite saattaa olla löyempää. (Iivanainen & Syväoja 2012, 174; Sirviö 2010, 182.)

3.5.1 Ohjaus

Avanneleikkaus on monille potilaille vaikeasti käsiteltävä ja hyväksyttävä vaihtoehto. Ennen avanneleikkausta tulee potilaan saada hyvää ja asiantuntevaa ohjausta avanteesta, ja sen hoidosta. Monissa sairaaloissa on avanteisiin erikoistunut avannehoitaja, joka on perehtynyt juuri avanteiden hoitoon. Potilaan ohjauksessa tavoitteena on saada potilas hyväksymään hoitoratkaisu, sekä opettaa potilasta omatoimisesti hoitamaan avannetta. Ohjauksen tavoitteena on saada potilas ymmärtämään, että avanteen kanssa voi elää normaalia ja täysipainoista elämää. (Iivanainen ym. 2006, 343–344.)

Ohjauksessa potilaalle kerrotaan avanteen toiminnasta, ihon ja henkilökohtaisen hygienian hoidosta. Potilaalle kerrotaan myös ennen toimenpidettä, mitä rajoituksia liikunnan ja ruokavalion suhteen on leikkauksen jälkeen. Myöhemmin ohjauksessa voidaan käydä läpi sidosten hankkimiseen liittyviä asioita sekä potilaalle valitaan ja sovitaan yksilöllisesti sopiva avannesidos. Avanneleikattu potilas tulee myös myöhemmin leikkauksen jälkeen tarvitsemaan ohjausta ja apua jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa, sekä rohkaisua, miten erilaisista haasteista selvittää. Ohjauksessa on hyvä olla mukana joku potilaan läheinen, joka myös opettelisi avanteen hoitoa. Tämä voi helpottaa kotiutumista ja selviytymistä avanteen kanssa kotona. Potilaalle annetaan myös suullisen ohjauksen lisäksi kirjalliset ohjeet, joihin potilas voi syventyä kotonaan. (Iivanainen ym. 2006, 343–344.)

Jos vain mahdollista, potilaalle suunnitellaan ensimmäinen tapaaminen avannehoitajan kanssa ennen leikkausta. Silloin potilaan kanssa valitaan sopiva avannesidos ja ennen kaikkea, valitaan avanteen paikka. Avanteen paikkaa valittaessa on otettava huomioon potilaan ruumiinrakenne, jotta potilas voi itse kätevästi hoitaa avannetta. Paikkaa valittaessa on myös huomioitava, ettei avanne tule liian lähelle napaa, kylkikaarta, ihopoimuja, lantioluuta, nivustaivetta tai vanhaa leikkausarpea sillä nämä voivat vaikeuttaa avannesidoksen vaihtoa ja sen paikalla pysymistä. Avanteen paikkaa mietittäessä on otettava huomioon myös potilaan omat toiveet, jos vain mahdollista. Kun avanteen paikka on valittu, on potilaan itse testattava sen hoito istualtaan, makuultaan ja seisoaltaan. (Iivanainen ym. 2006, 343–344.)

4 HYVÄ OPETUSMATERIAALI

Ammattikorkeakouluopetuksen tavoitteena on oppiminen, mikä tarkoittaa opiskelijan tiedon lisääntymistä, osaamisen kehittymistä ja syvempää ymmärrystä. Oppimisympäristön tulisi sisältää resursseja, joiden avulla ongelmanratkaisutaidot kehittyvät. Oppiminen on yksilöllistä, sillä siihen vaikuttaa opiskelijoiden käsitys siitä, millainen heidän oppimisympäristö on, erilaiset tieto- ja oppimiskäsitykset ja opiskelijoiden taidot sekä mahdollisuudet soveltaa teoreettista tietoa käytäntöön. Ihanteellinen oppimisympäristö on mahdollisimman monipuolinen, näin se palvelee erilaisia opiskelijoita. Ammattikorkeakouluopetuksessa pidetään tärkeänä työelämälähtöisyyttä, sillä teoreettinen tieto tulee olla siirrettävissä työelämään. Oppimisenlaatuun vaikuttavat sekä opiskelijan, että opettajan odotukset, opiskelijan mahdollisuus panostaa opiskeluun, myönteinen ilmapiiri ja hyvä opiskelija-opettaja suhde. (Savander-Ranne & Linfors 2012, 14, 54.)

4.1 Verkko-oppimateriaali

Verkko-oppimateriaalilla tarkoitetaan kaikkea verkkoon laitettua oppimismateriaalia, joka voi vaihdella aina peleistä ja kokeista blogeihin ja powerpoint esityksiin. E-oppimateriaali on verkossa saatavilla olevaa opetusmateriaalia, joten e-oppimateriaalista voidaan puhua siis verkko-oppimateriaalina. Materiaalityyppejä on kuusi erilaista: oppimisaihiot, teemakokonaisuudet, oppimisaihiopankit, kurssin osat tai koko kurssit, oheisaineistot ja opettaja-aineistot. (Ilomäki 2012.; Opetushallitus 2012.) Verkko-opetuksessa tärkeää on hyvän ohjauksen ja opettamisen lisäksi helppokäyttöinen oppimisympäristö. Verkko-opetusta on mahdollisuus järjestää kolmella eri tapaa: verkon tukemalla lähiopetuksella, monimuotoisella opetuksella verkossa ja itseopiskelulla verkossa. (Kallila 2002, 20.)

Verkossa oleva oppimateriaali ei ole aikaan eikä paikkaan sidonnainen, vaan opiskelija voi hyödyntää tarvitsemaansa tietoa milloin vain. Opetusmateriaalin tulee olla riittävän informatiivinen, koska opiskelijalla ei välttämättä ole opettajaa tai tuutoria, jonka puoleen kääntyä epäselvissä tilanteissa. Itsenäinen opiskelu verkossa mahdollistaa opiskelun opiskelijan omassa tahdissa. Verkossa oppiminen on enemmän oppijakeskeistä kuin opettajakeskeistä. Tällöin opiskelija on aktiivinen toimija, joka oppii kiinnostuksen koh-

teidensa ja omien näkemyksiensä perusteella. Opiskelija voi myös halutessaan etsiä aiheesta syventävää tietoa internetistä. (Kallila 2002, 27–28.)

Laadukas verkko-oppimateriaali aktivoi oppilaan ajattelua, tukee oppimista ja keskittyy vain opiskeltavan asian keskeisiin asioihin. Erään määritelmän mukaan laadukas verkko-opetusmateriaali on joustava ja se tukee yhteisöllisyyttä sekä pitkäkestoista työskentelyä. Toiminnaltaan hyvä e-oppimateriaali on helppokäyttöistä ja ulkoasultaan ja sisällöltään tavoitteita tukevaa. (Ilomäki 2012.)

4.2 PowerPoint esitys

PowerPoint esityksen suunnitteluvaihe aloitetaan asiakokonaisuuksien jaottelulla. Suunnittelussa otetaan huomioon se, käytetäänkö valmista materiaalia vai tuotetaanko asiasisältö työskentelyn lomassa. Jos käytössä on valmis materiaali, on selvítettävä miten alkuperäinen teksti saadaan tarkoituksenmukaisesti PowerPoint esitykseen. Jos esityksessä halutaan hyödyntää muiden tahojen tuottamia kuvia tai videoita, on tekijänoikeuksista otettava selvää. (Ojala 2004, 6–7.)

Hyvän lopputuloksen kannalta PowerPoint esityksen ulkoasu on tärkeä seikka. Valmiiden diarakenteiden käyttö takaa esityksen selkeyden. Ulkoasussa kannattaa käyttää huomiota yhdenmukaisuuteen. Lisäelementtinä käytettäviä tehosteita kannattaa käyttää harkiten, sillä itse pääaihe ei saa jäädä tehosteiden varjoon. Yhtenäisesti valittu tehostetapa luo selkeyttä esitykseen. Esityksen suunnittelussa on huomioitava kohderyhmä ja mitä tavoitteita esityksellä on. Hyvä PowerPoint esitys sisältää kohtuullisen määrän dioja, eikä yhdellä dialla ole liian paljon tekstiä (maksimissaan 10 riviä/dia). Yhdellä dialla esitetään yksi asiakokonaisuus kerrallaan, sisältö koostuu avainsanoista ja lyhyistä virkkeistä. Tekstin fontin tulisi olla selkeä ja yhtenäinen koko esityksen ajan (korkeintaan 2-3 eri fonttia). (Ojala 2004, 6–7.)

PowerPoint esitystä laatiessa ideointi ja esityksen kokoaminen vuorottelevat. Kun itse työskentely ei tuota tulosta, on keksittävä uusia ratkaisuja ja palattava ideointivaiheeseen. Ideointi ja kokoaminen pitäisi nähdä toisiaan täydentävinä tekniikoina. Hyvässä esityksessä on keskitytty esittelemään aiheen pääasiat niin, että lukija voi halutessaan hakea lisätietoa häntä kiinnostavista asiakokonaisuuksista. Jos PowerPoint esitys on

itseopiskelumateriaalia, on esityksen oltava tarpeeksi informatiivinen asiakokonaisuuden ymmärtämiseksi. (Lammi 2009, 19, 29.)

5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Ammattikorkeakoulussa on mahdollisuus tehdä toiminnallinen opinnäytetyö tutkimuksellisen opinnäytetyön sijaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään ohjeistamaan toimintaa käytännön työelämässä, opastamaan työntekijöitä tai järjeistämään jotain tiettyä toimintaa. Tutkimusviestinnän keinoja hyödynnetään yhdistämällä käytännön toteutus ja raportointi, eli kirjallinen tuotos. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Vaikka opinnäytetyö painottuu toimintaan, ei voida kokonaan sivuuttaa selvityksen tekemistä. Ilman tarkempaa selvitystä ei voida täydellisesti tavoittaa ammattikulttuurien tietoja ja taitoja. Ammattikorkeakoulututkimuksen tavoitteena on saada opiskelijasta alansa asiantuntijatehtävissä toimiva yksilö, joka hallitsee kehittämisen ja tutkimuksen perusteet. Opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella otteella toteutettu sekä riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. Tavoitteena on yhdistää ammatillisuus ja ammatilliset teoriat, saavuttaa tutkimuksellinen asenne työskentelyssä ja kirjoittamisessa sekä tehdä opinnäytetyö pitkäjänteisesti ja järjestelmällisesti työskennellen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Meidän toiminnallisessa opinnäytetyössämme toteutustapana on tuotos. Selvitämme ja suunnittelemme luentomateriaalin tulehduksellisista suolistosairauksista sisätautikirurgisen hoitotyön opiskelijoille itseopiskelumateriaaliksi. Luentomateriaalissa käymme läpi yleisimmät tulehdukselliset suolistosairaudet, niiden tavanomaiset hoitomuodot ja hoitotyön erityispiirteet tulehduksellisia suolistosairauksia hoidettaessa. Teemme opetusmateriaalista tiivistetyn ja havainnollisen tietopaketin, josta sairaanhoitajaopiskelija saa tarvitsemansa perustiedot tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon.

Valitsimme uuden opinnäytetyön aiheen syyskuussa. Työelämäpalaverissa syyskuun lopussa rajasimme aiheemme ja sovimme oppimateriaalin työstämisestä Tampereen ammattikorkeakoululle. Suunnitelma valmistui marraskuussa, jolloin lähetimme lupahakemuksemme eteenpäin. Samalla kun työstimme lopullista suunnitelmaa, aloimme myös kirjoittaa varsinaisen opinnäytetyön teoriapohjaa. Tiivis yhteistyö ohjaavan opettajan, ja Tampereen ammattikorkeakoulun edustajan kanssa takaavat lopputuloksen, josta hyötyy sekä koulu, että me työn tekijöinä. Puhtaaksikirjoitimme työtämme tammi-

helmikuun ajan, ja työ oli valmis maaliskuussa 2014. Teoriaosuuden työstämisen lomassa teimme tuotosta, eli verkko-oppimateriaalia PowerPoint esityksen muodossa.

Tavoitteenamme on saada opetusmateriaalista tiivis ja kattava, mutta samaan aikaan selkeä paketti, josta hoitotyön opiskelijat saavat tarpeelliset tiedot tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyöstä. Eettisiä ongelmia muodostui tuoreen lähdemateriaalin etsimisessä ja tuotoksellisen osuuden työstämisessä niin, että opetusmateriaalista tulee selkeä ja monipuolinen. Pyrimme käyttämään tuoreimpia aihetta koskevia tutkimuksia ja artikkeleita. Hyödynnämme myös kokemuksiamme opiskelijoina siitä, millaista on hyvä opetusmateriaali.

6 POHDINTA

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyön, koska koimme aiheen kiinnostavaksi, ja meillä molemmilla oli käytännökokemusta kyseisten potilaiden hoitamisesta. Tavoitteenamme oli tuottaa itseopiskelumateriaalia tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyöstä Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille. Työssämme käsitelimme aluksi Crohnin tautia ja colitis ulcerosaa tauteina erikseen, huomioiden molempien sairauksien samankaltaisuudet ja erot. Sairauksien lääke- ja kirurgisen hoidon osuudet käsitelimme yhdessä, koska sairauksien hoidot ja hoitolinjat ovat hyvin samanlaisia molemmissa taudeissa. Käsitelimme tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyön molemmat sairaudet huomioiden. Avanteen hoitotyön osuus sisältyi tulehduksellisten suolistosairauksien hoitotyön osuuteen. Työmme teemana oli potilaslähtöisyys ja pyrimme painottamaan sitä tekstissä mahdollisimman paljon. Käymme työmme kirjallisessa osuudessa läpi myös hyvän oppimateriaalin pääpiirteet, ja tuotokseen perustuvan opinnäytetyön lähtökohdat.

Oppimateriaali on tarkoitettu ensisijaisesti syventävän vaiheen opiskelijoille, ja sen tarkoituksena on antaa keskeinen tieto sairauksista, niiden oireista ja hoitomuodoista. Itseopiskelumateriaali työstettiin tiiviiksi, mutta kattavaksi PowerPoint esitykseksi, josta opiskelija saa oleellisen informaation helposti irti. Täydensimme oppimateriaalia verkkolinkeillä, kuvilla ja videoilla. Halutessaan opiskelija pystyy tutustumaan verkkolinkkien avulla aiheeseen syvällisemmin. Oppimateriaalin luettavuutta pyrimme parantamaan kirjoittamalla dioille kohtuullisen määrän tekstiä. Kiinnitimme huomiota myös esityksen ulkoasuun, huomioimalla fontin koon ja taustan värityksen.

Työ toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Työelämäpalaverissa käsitelimme millaisesta oppimateriaalista viimeisen vuoden opiskelijat hyötyisivät. Aiheenrajauksessa saimme apua työelämältä, jolloin heidän toiveitansa kuunneltiin siitä, millaisia asioita opetusmateriaalissa tulisi huomioida. Tuotokseen kokosimme keskeisimmät asiat molemmista sairauksista, niiden oireista, hoidoista ja hoitotyöstä. Tuotos itsessään ohjaa opiskelijaa hakemaan lisätietoa internetistä linkkien avulla. Mielestämme onnistuimme vastaamaan asettamiin tehtäviimme ja tuotoksesta tuli tavoitteiden mukainen.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen muita opiskelijoita noin 7 kuukautta myöhemmin, koska vaihdoimme aihetta syyskuussa. Tämän vuoksi pidimme aluksi hieman kiirettä teorian tiedon kasaamisessa ja lähteiden keräämisessä sekä koko opinnäytetyön rakenteen suunnittelussa. Nopeasti huomasimme että lääketieteellistä lähdemateriaalia oli runsaasti tarjolla, mutta sairauksien hoitotyöhön painottuvaa kirjallisuutta ja hoitotieteellisiä tutkimuksia oli niukasti käytettävissä. Tämä johti siihen, että samat kirjoittajat esiintyvät eri teoksissa ja useat lähteistämme ovat myös hoitotyön oppikirjoja. Pyrimme työsämme hyödyntämään niin kotimaisia kuin ulkomaalaisiakin lähteitä. Runsaasti lähdemateriaalia saimme myös Crohn ja colitis ry:n nettisivuilta, ja heidän tuottamista ohjelehtisistä, joita käytetään potilasohjauksessa sairaalassa. Käytimme hakukoneina lähteiden hankintaan muun muassa alexi, arto ja medic artikkelitietoviitekantoja.

Tuotosta pääsimme tekemään tammikuussa ja sen työstäminen sujui hyvin ja nopeasti. Mielestämme onnistuimme tuotoksemme teossa hyvin. Saimme kasaan selkeän paketin jossa on mielestämme tarpeellinen tieto taudeista ja niiden hoidosta. Tuotoksessa on myös hyviä, selkeitä ja selittäviä videoita Crohnin taudista ja colitis ulcerosasta sekä avanteen hoidosta, jotka tukevat opiskelijan oppimista. Videot ovat englanninkielisiä, mutta ne ovat puhuttu hyvin selkeästi, niin että myös huonommin englantia ymmärtävät opiskelijat hyötyvät niistä.

Toivoimme alusta saakka, että saisimme toteuttaa työn toiminnallisena opinnäytetyönä. Olemme myös tyytyväisiä aihevalintaan, se on ajankohtainen, ja meillä oli siitä jo käytännönkokemusta. Saimme myös itse paljon lisätietoa tulehduksellisista suolistosairauksista ja niiden hoitotyöstä. Opetusmateriaalin työstäminen oli uutta ja haasteellista. Yhteistyö työelämän, sekä ohjaavan opettajan kanssa on ollut luontevaa ja hedelmällistä. Olemme saaneet ohjausta aina tarvittaessa, ja tapaamisten järjestäminen on ollut helppoa. Opponentit ovat olleet helposti lähestyttäviä ja yhteistyö heidän kanssaan on sujunut hyvin.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida käytetyn lähdemateriaalin, sen tuoreuden, tunnettavuuden ja monipuolisuuden avulla. Yksi eettinen näkökulma on alkuperäisen tekstin referoiminen luettavaan muotoon, olemmeko itse ymmärtäneet luetun ja referoineet sen oikein. Koimme työkokemuksemme gastroenterologiselta vuodeosastolta hyödylliseksi, mutta se aiheuttaa eettisen ongelman siitä, miten olemme lähdemateriaa-

limme valinneet, ja onko omat kokemuksemme ohjannut meitä työn teossa. Tuotoksen luotettavuutta voidaan arvioida sen luettavuuden, selkeyden ja ymmärrettävyyden kautta. Myös se, herättääkö se lukijassa mielenkiintoa ja sisäistääkö lukija työstä mitään on yksi luotettavuuden arviointitapa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72–79.)

Tulehduksellisten suolistosairauksien lisääntyessä sairaanhoitajat tulevat tarvitsemaan yhä enemmän tietoa sairauksien hoitamisesta ja hoitotyöstä. Jatkossa olisi hyvä, jos aiheesta kirjoitettaisiin edelleen opinnäytetöitä. Koska sairauksia tutkitaan jatkuvasti, ja uutta tietoa saadaan selville kokoajan, olisi hyödyllistä jos ammattikorkeakoulujen hoitotyön opiskelijat pitäisivät tietonsa ajan tasalla aiheesta. Potilaan kokemukset ja tarpeet luovat lähtökohdan hoitotyön kehittämiseksi. Jatkotutkimusaiheeksi sopisikin tulehduksellista suolistosairautta sairastavan potilaan tiedon ja tuen tarpeen arviointi taudin toteamisvaiheessa. Näin voitaisiin kehittää potilaan psykososiaalista kohtaamista taudin toteamisvaiheessa.

7 LÄHTEET

Aitola, P. 2007. Crohnin taudin leikkaushoito. Teoksessa Höckrstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. Gastroenterologia ja hepatologia. Jyväskylä: Gummerus. 495-496

Ashorn, Iltanen & Kolho. 2009. Duodecim. Krooniset tulehdukselliset suolistosairaudet lapsilla ja nuorilla. Luettu 14.1.2014. www.duodecimlehti.fi.

Centers for disease control and prevention. 2011. Inflammatory bowel disease (IBD). Päivitetty 15.7.2011. Luettu 19.9.2013.

ConvaTec. 2010. Avanneopas.

Crohn ja colitis ry. 2010a. Colitis ulcerosan hoito ja seuranta. Päivitetty 6.4.2010. Luettu 19.9.2013. [/www.crohnjocolitis.fi](http://www.crohnjocolitis.fi)

Crohn ja colitis ry. 2010b. Sairauden hoito ja seuranta. Päivitetty 6.4.2010. Luettu 19.9.2013. www.crohnjocolitis.fi

Crohn ja colitis ry. 2010c. IBD-opas. Sopeutuminen elämään IBD:n kanssa.

Crohn ja colitis ry. 2009. IBD-opas. Lääkehoito.

Crohn ja colitis ry. 2013. Kurssit. Päivitetty 15.8.2013. Luettu 10.1.2014. www.crohnjocolitis.fi/

Crohn ja colitis ry. 2011. IBD-opas. Colitis ulcerosa.

Crohn ja colitis ry. 2008. IBD-opas. Leikkaushoidot.

Dansac. 2009. Nuori ja avanne.

Galt, E. & Hill, H. 2002. Puhataanko rakkaudesta ja seksistä- Avanneleikatulle ja hänen kumppanilleen. Lindegaard: Tuokinprint.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhianen, M. & Pikkarainen, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma pro.

Ilomäki, L. 2012. E-oppimateriaali oppimisen ja opettamisen tukena. Teoksessa Ilomäki, L. Laatu e-oppimateriaaleihin. Tampere: Juvenes print- Suomen yliopistopaino. 7-9

Järvinen, H. 2010. Ohutsuoli, appendix ja paksusuoli. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. Kirurgia. Porvoo: Ws Bookwell oy. 426-443.

Kalkas, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 2000. Hoitotyön etiikan perusteet. Vantaa: WSOY.
- Kalliala, E. 2002. Verkko-opettamisen käsikirja. Helsinki: Finn lectura. 20.
- Kela. 2013. Lääkekatto. Päivitetty 17.12.2013. Luettu 10.1.2014
- Kolho, K-L. 2012. Tehy lehti 7/2012. Suoliston mysteerit. 33. Luettu 18.2.2014.
- Käypä hoito. 2011. Crohnin tauti. Päivitetty. 2.5.2011. Luettu 5.10.2013
<http://www.kaypahoito.fi>
- Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti – laadi selkeä esitys. Jyväskylä: WSOYpro
- Lehtinen. P. 2010. Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat kehittymässä kansantaudiksi. Päivitetty 14.12.2010. Luettu 16.10.2013. <http://www.helsinki.fi/>
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY
- Lääketietokeskus. 2013. Remicade 100mg. Päivitetty 06.2013. Luettu 7.10.2013.
<http://www.laakeinfo.fi/>
- Mayo clinic. 2013. Inflammatory bowel disease. Treatments and drugs. Päivitetty 13.7.2013. Luettu 7.10.2013. <http://www.mayoclinic.com/>
- Mustajoki, P. 2013. Haavainen paksusuolentulehdus. Päivitetty 11.9.2013. Luettu 20.2.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Niemelä, S. 2007. Tulehdukselliset suolistosairaudet. Teoksessa Höckrstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. Gastroenterologia ja hepatologia. Jyväskylä: Gummerus. 466-493.
- Ojala, A. 2004. PowerPoint 2003- esitysgrafiikka. Jyväskylä: Docento
- Opetushallitus. 2012. E-oppimateriaalin laatukriteerit. Päivitetty 30.11.2012. Luettu 24.9.2013. <http://www.edu.fi>
- Ouahi, P. 2011. Potilaslähtöisyys hoitotyössä – kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Pharmaca fennica. 2013. Porvoo: Painoyhtymä oy.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2012. Avanneleikkaus ja ruokavalio.
- Rosenberg, L. 2006. Seksuaalisuus ja sairaus. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerrus.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Savander-Ranne, C. & Lindfors, J. 2012. Oppimisympäristö ja oppiminen. Teoksessa: Savander-Ranne, C., Lindfors, J., Lankinen, P. & Lintula L. Kehittyvät oppimisympäristöt. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Sipponen, T. 2013. Tulehdukselliset suolistosairaudet raskauden aikana. Teoksessa: Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. Gastroenterologia ja hepatologia. 2013. 516

Sirviö, T. 2010. Avannepotilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: WS Bookwell.

Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A. 2006. Elämän hallintaa tukevan ohjauksen kehittämisen- Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Luettu 6.2.2014. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Päivitetty 2.1.2014. Luettu 10.1.2014

Todorovic, V. 2012. British Journal of Community Nursing. Providing holistic support for patients with inflammatory bowel disease. Päivitetty 1.10.2012. Luettu 2.3.2014. <http://web.b.ebscohost.com.elib.tamk.fi>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Prima oy.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.

8 LIITTEET

LIITE 1: 1(28)



Ohjeita opiskelijalle

- Tämän oppimateriaalin tukena on käytetty hyperlinkkejä, jotka erotat vihreästä fontista
- Pääset diaesityksestä suoraan linkin kautta nettisivulle

Tulehdukselliset suolistosairaudet

- Inflammatory bowel diseases=IBD
- Yleisimpinä Crohnin tauti ja colitis ulcerosa
- Taudit johtuvat suolessa tapahtuvasta epätavallisesta immuunireaktiosta
- Yleisimpinä oireina molemmissa taudeissa ovat vatsakivut ja ripuli
- Tauteihin ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan lievittää ruokavaliolla, lääkähoidolla ja leikkauksilla

Esiintyminen

- Taudit puhkeavat yleensä nuoruusiällä 15-35 vuotiaana, mutta tauteihin voi sairastua missä iässä tahansa
- Tauteja on eniten teollistuneissa maissa, kuten Pohjois-Euroopassa ja –Amerikassa
- Suomessa tauteja esiintyy noin 37 henkilöllä sataatuhatta kohden
- Miehillä ja naisilla ei ole juuri eroa tautien esiintyvyydessä

Mistä taudit johtuvat?

- Taudit puhkeavat kun jokin, vielä tuntematon tekijä, aiheuttaa taudeille altuille ihmisille suolistossa epätavallisen suolen säätelyhäiriön, jonka vuoksi potilaan toleranssi oman suoliston normaaliflooraa vastaan katoaa => tulehdusreaktio
- Tekijät mitkä aikaan saavat tautien puhkeamisen ovat toistaiseksi tuntemattomia, mutta ympäristötekijöillä, stressillä, ruokavaliolla, infektiolla ja tulehduskipulääkkeiden käytöllä on epäilty olevan vaikutusta tautien syntyyn
- Molempien sairauksien on havaittu olevan perinnöllisiä:
 - Jos toisella vanhemmista on tulehduksellinen suolistosairaus on lapsen riski sairastua n. 1-2%
 - Jos molemmilla vanhemmilla on jokin tulehduksellinen suolistosairaus on riski sairastua huomattavasti korkeampi

CROHNIN TAUTI

LIITE 1: 4(28)

- Crohnin tauti eli regionaalinen enteriitti voi esiintyä missä tahansa ruuansulatuskanavan osassa suusta peräaukkoon
- Tulehdusreaktio on kaikissa suolen kerroksissa, ja imusolmukkeissa
- Oireina taudissa on ripulia, vatsakipua ja veristä eritettä ulostettaessa

- Diagnoosi tapahtuu paksusuolen ja ohutsuolenloppuosan tähytyksellä, jossa otetaan suolesta koepaloja
- Lisäksi potilaalta voidaan määrittää verestä IBD vasta-aineet, sekä vatsan seutu voidaan kuvantaa magneetti- tai tietokonetomografialla

LIITE 1: 5(28)

Video Crohnin taudista

COLITIS ULCEROSA

LIITE 1: 6(28)

- Colitis ulcerosa on haavainen paksusuolentulehdus, joka esiintyy vain paksusuolen limakalvoilla
- Oireena on tavallisimmin ripulia ja tihentynyttä ulostamisen tarvetta
 - Ulosteen mukana voi myös usein tulla veristä tai märkäistä eritettä
- Diagnoosi varmistuu paksusuolentähystyksessä otetuista koepaloista



- Vasemalla terve paksusuoli
- Oikealla lievästi tulehtunut paksusuoli

Video colitis ulcerosasta

Oire tai löydös	Colitis ulcerosa	Chronin tauti
Ripuli, löysävatsaisuus	+++	++
Veren, liman vuoto peräsuolesta	+++	+
Vatsakivut	(+)	+
Kuume	Akuutissa vaiheessa	++
Laihtuminen	+	++
Perianaalifistelit	-	++
Endoskopia muutosten jaokkeellisuus	-	+++
Muutoksia ohutsuolen loppupäässä	-	++
+++ = Tyypillinen löydös (+) = Epätavallinen	++ = Tavallinen - = Ei esiinny	+ =Esiintyy

LÄÄKEHOITO

Tulehduksellisten suolistosairauksien lääkehoito

- Lääkkeet ovat IBD:n ensisijainen hoitomuoto!
- Silloinkin kun sairaus on oireettomassa vaiheessa (remissio), pyritään lääkehoidolla estämään sairauden aktivoitumista (relapsi)
- Lääkehoito voidaan jakaa aktiivisen taudin vaiheen rauhoittamiseen ja remission ylläpitoon

Kortikosteroidit

- Tautien akuutteja vaiheita hoidetaan 2-4 kuukauden **glukokortikoidikuurilla** eli **kortikosteroidilla**
- Kortikosteroidit hillitsevät tulehdusta, mutta niillä on myös paljon haittavaikutuksia, joita tulisi seurata, haittavaikutuksista lisää **täältä**
- Vuodessa maksimissaan 2-3 kortikosteroidi kuuria
- Lääkkeitä voidaan annostella p.o, i.v ja peräruiskeina
- Kauppanimiä: Prednisolon®, Dexametason ®

5-ASA

- **5-aminosalisyylihappo** eli **5-ASA** on tulehduksia estävä lääke, jota käytetään sekä akuuteissa että oireettomissa sairauden vaiheissa
- 5-ASA valmisteet alkavat vaikuttamaan hitaasti 2-3kk sisällä aloituksesta
- Lääkkeitä käytetään lähes jatkuvasti, koska taudit aktivoituvat herkästi
- Lääkkeillä vähän haittavaikutuksia, jonka vuoksi sopivat pitkäaikaiseen käyttöön
- Kauppanimiä: **Asacol®**, **Salatzopyrin®** (p.o) joitain valmisteita annostellaan myös p.r suppoina ja peräruiskeina

Immunosuppressiivinen lääkehoito

- Immunosuppressiivinen lääkehoito aloitetaan potilaalle jos kortikosteroidihoidosta ei saada vastetta
- Lääkkeitä voidaan myös käyttää remission ylläpitoon vaikeissa taudeissa
- Immunosuppressiivinen lääkehoito hillitsee immuunijärjestelmän toimintaa jonka vuoksi alttius infektioille kasvaa

- Immunosuppressiivisen lääkehoidon vaste tulee vasta useiden kuukausien käytön jälkeen
- Lääkkeen muina haittavaikutuksina infektioiden lisäksi voi olla lymfooma ja muut pahanlaatuiset sairaudet joiden vuoksi potilaan tulee käydä säännöllisesti verikokeissa
- Kauppanimiä: [Sandimmun®](#) (p.o)

Biologinen lääkehoito

- Käytetään vaikeassa tai keskivaikeassa tulehduksellisen suolistosairauden hoitoon tai silloin kun muulla lääkehoidolla ei ole vastetta
- Biologisilla lääkkeillä pyritään hillitsemään yliaktiivisen immuunijärjestelmän toimintaa
- Vaikutustavat:
 - vahvistaa tulehdusta estäviä sytokiineja
 - heikentää tulehdusta lisääviä sytokiineja

- Lääkkeillä on haittavaikutuksia reilusti, jotka voivat vaihdella lievistä vakaviin esim: Infektioista syövän esiasteisiin
- Ehdottomat vasta-aiheet lääkkeen käytölle ovat: infektiot, ms-tauti, sydän- ja munuaistaudit, syöpä
- Kauppanimiä: Remicade® (i.v) ja Humira® (s.c)

Antibiootit

- Jos suoli ei rauhoitu kortikosteroidi hoidolla voidaan potilaalle aloittaa antibiootti (metronidazole, siprofloksasiini)
- Antibioottien käytöstä ei ole tehty kontrolloituja tutkimuksia tulehduksellisten suolistosairauksien hoidossa, mutta niistä voi olla apua mm. leikkauksen jälkeisten fisteleiden estämisessä
- Antibiooteilla voidaan myös hoitaa tautien aiheuttamia abskesseja suolessa
- Metronidazolen pitkäaikaista käyttöä ei suositella koska sillä on paljon haittavaikutuksia, kuten raajojen tuntohäiriöitä

Taulukko lääkkeiden käytöstä

	Aktiivisen taudin vaiheen rauhoittaminen	Remission ylläpitäminen
Kortikosteroidit	X	-
Antibiootit	X	-
5-ASA valmisteet	X	X
Immunosuppressiiviset lääkkeet	X	X
Biologiset lääkkeet	X	X

KIRURGINEN HOITO

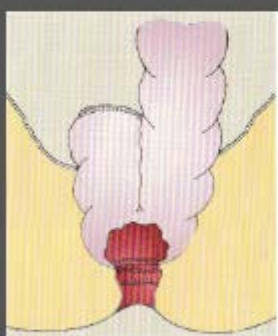
- Kirurgiseen hoitoon päädytään jos lääkehoidosta ei ole vastetta
- Leikkaushoidon periaatteena on aina mahdollisimman paljon suolta säästävä kirurgia
- Suurin osa potilaista joudutaan leikkaamaan IBD:n joissain vaiheessa, tällöin voidaan päätyä myös väliaikaiseen tai pysyvään avannehoitoon
- Colitis ulcerosa voidaan periaatteessa "hoitaa" poistamalla potilaalta paksu- ja peräsuoli, jolloin potilaaseen ei jää enää sairasta suolta

- Leikkauspäätös on potilaalle aina iso ja vaikea asia
- Hoitohenkilökunta ei saa painostaa potilasta leikkaukseen, vaan heidän tehtävä on antaa asiallista tietoa leikkauksen hyödyistä ja mahdollisista haitoista

- Operaatiot pyritään aina tekemään suunnitellusti, ennakoiden taudin kulkua
 - Päivystysleikkauksiin liittyy usein huomattavasti korkeammat riskit; jopa 4 kertainen kuoleman riski ja infektioden mahdollisuus
 - Päivystysleikkaukseen päädytään jos potilaalla on peritoniitti, täydellinen suolitukos, runsasta verenvuotoa tai perforaatio suolessa

IPAA-leikkaus

- Ileumsäiliö eli ileal pouch anal anastomosis (J-pussi)
- Yleensä vain colitis ulcerosan hoitoon, koska Crohnin taudissa IPAA-leikkauksen tulos yleensä huono taudin uusiutumisen vuoksi
- Leikkaus menetelmään liittyy kuitenkin omat riskinsä:
 - Leikkaussauman peittäminen → fistelit ja abskessit
 - Ulostuskivut ja uloste inkontinenssi



- J-pussi on ohut- ja paksusuolesta rakennettu säiliö joka yhdistetään peräsuolikanavaan
 - Suolierite poistuu normaalia reittiä pitkin
 - Elämänlaatu paranee ja ulostuskerrat vähenevät

Suolisäiliötulehdus eli pouchiitti

- IPAA-leikkauksen jälkeen J-pussi voi tulehtua jolloin ohutsuolen limakalvo tulehtuu
- Pouchiitin hoito on helpompaa kuin koliitin hoito
- Hoidoksi yleensä riittää p.o antibiootti, mutta joskus antibioottia joudutaan pitämään pouchiitin estolääkityksenä ja joissain kroonisissa tapauksissa potilaalle annetaan kortikosteroideja tulehduksen rauhoittamiseksi

Avannekirurgia

- Avanne eli stooma, tehdään joko pysyväksi tai väliaikaiseksi
 - Väliaikainen avanne tehdään suojaamaan alempana suolistossa olevaa leikkaussaamaa
 - Väliaikainen avanne tehdään nostamalla molemmat suolenpäätsä vatsanpeitteiden läpi, kunnes leikkaussauma on parantunut voidaan suolenpäätsä ommella yhteen ja pudottaa takaisin vatsaonteloon



Pysyvä ohutsuoli-avanne



Sigmoideostooma

- Jejunostooma ja ileostooma ovat ohutsuoliavanteita
- Sigmoideostooma ja colostooma ovat paksusuoliavanteita



Väliaikainen loop-ileostooma



Väliaikainen paksusuoliavanne, transversostooma

- Loop-ileostooma ja transversostooma ovat puolestaan kaksipiippuisia avanteita, eli suolten tuovat että vievät päät on tuotu vatsanpeitteiden läpi
- Molemmat avanteet ovat väliaikaisia

Ohutsuoliavanne

- Ohutsuoliavanne toimii 2-3 tunnin päästä ruokailusta
 - Avanne tuottaa päivässä noin 6-8 dl löysää ja rusehtavaa eritettä
 - Heti leikkauksen jälkeen voi tuottaa useitakin litroja
- Erite avanteelta on entsyymipitoista jonka vuoksi avanteen ympärysihon suojaaminen on tärkeää
- Runsaan suolieritteen erittymisen vuoksi tärkeää turvata potilaan nesteen ja natriumin saanti, sekä riittävä ravitsemustila

Paksusuoliavanne

- Paksusuoliavanne toimii yksilöllisesti
 - Yleensä avanne tuottaa kiinteää ulostetta 1-2 krt/vrk
- Erite ei ole yhtä haitallista iholle kuin ohutsuolierite, mutta ihon suojaaminen on silti tärkeää

Avanteen tarkkailu

- Avanteesta tarkkaillaan päivittäin väriä ja ulkonäköä
 - Normaali avanne on helakan punainen, lämmin ja kostea
 - Heti leikkauksen jälkeen avanne on normaalisti turpea ja voi olla hieman normaalia verekkäämpi, joka rauhoittuu ajan kuluessa
 - Kalpea väri voi kertoa matalasta hemoglobiinista tai verenkierto häiriöstä
 - Avanteen tumma väri voi kertoa nekroosista
 - Avanteesta huomioitava myös avanteen "korkeus", vetäytyykö avanne takaisin vatsaonteloon
- Erityksestä tarkkailtava, laatua, määrää, hajua, väriä
 - Määrä ja laatu ovat erilaisia eri avanteissa
 - Verinen ja märkäinen erite kertoo yleensä tulehduksesta
- Avannetta ympäröivän ihon tarkkailu ja hoito tärkeää
 - Jos avannetta ympäröivän ihon kanssa on ongelmia on otettava yhteys lääkäriin tai avannehoitajaan



- Terve avanne on helakan punainen, lämmin ja kostea

Avanteen hoito

- Jokaisella potilaalla on yksilöllisesti sopivat avannesidokset!
- Avannesidoksia on monenlaisia, mm: yksi ja kaksiosaisia, sekä tyhjennettäviä ja umpipusseja
 - Ohutsuoliavanteeseen suositellaan että sidos olisi kaksiosainen ja tyhjennettävä runsaan erityksen vuoksi
 - Paksusuoli avanteessa voi olla yksi- tai kaksiosainen tyhjennettävä tai umpipussi vähäisemmän erityksen vuoksi



- Kaksiosaisia avannesidoksia
- Pohjalevy ja erilaisia pusseja



- Erilaisia yksiosaisia avannesidoksia
- Pohjalevy ja pussi samassa
- Lisää **tuotteita**

- Kaksiosaisten avanteiden pohjalevy tulisi vaihtaa ohutsuoliavanteissa 2-3 päivän välein ja paksusuoliavanteissa pari kertaa viikossa, tai jos sidos irtoaa tai iho ärsyyntyy
- Sairaalassa hoitohenkilökunta käsittelee avannetta tehdaspuhtain käsinein, mutta kotona potilas voi koskea avanteeseen ja sen hoitovälineisiin puhtain käsin

Avanteen hoito

- Iho avanteen vierestä puhdistetaan suihkuttelemalla tai kostein pyyhkein
 - Avanteen vieressä olevan ihon rasvausta ei suositella, jotta avannesidos pysyisi hyvin paikallaan
- Avannesidoksen pohjalevyyn tehdään avanteelle sopiva reikä
 - Sopivan reiän mittaamisessa apuna voidaan käyttää reikämittaa

- Pohjalevyyn leikatun reiän reunoja pyöristetään sormilla ja avannesidoksen pohjalevy asetetaan paikalleen
 - Jos kyseessä on kaksiosainen sidos asetetaan ensin pohjalevy ja sitten vasta pussi
- Tarvittaessa käytetään tiivisterengasta tai tiivistepastaa varmistamaan ettei suolieritettä pääse valumaan iholle

Video avanteen hoidosta

Hoitotyö

- **Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat pitkäaikais-sairauksia mikä tulee huomioida potilaan hoidossa ja ohjauksessa**
 - Hoitajan tulee kertoa potilaalle hänen terveydentilastaan, sairaudestaan ja informoida potilasta hoidoista ja niiden vaikutuksista esim. siitä miten sairaus tai hoidot vaikuttavat arkielämään?
- **Potilaat kaipaavat tietoa siitä miten sairauden kanssa tullaan tulevaisuudessa toimeen ja rohkaisua elämään sairauden kanssa**
- **Hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas tuntee voivansa tuoda esille huolensa ja murheensa ja toisaalta hoitaja pitää potilaan ajantasalla hoitojen vaiheista sekä tulevista toimenpiteistä**

Eläminen avanteen kanssa

- **Avanne ei estä elämästä normaalia elämää**
- **Potilas voi jatkaa harrastuksiaan normaalisti, leikkauksesta toipumisen jälkeen**
- **Uudessa potilas voi käyttää pienempää, veden kestäväää avannepussia ja vaihtaa pussin heti uimisen jälkeen**
- **Saunassa potilas voi pitää avanteen päällä kosteaa pyyhettä**
- **Avanne ei estä seurustelua tai seksielämää**
- **Leikkauksesta toivuttuaan potilas voi palata normaalisti työelämään**

- Urheilu, uinti ja intiimitilanteisiin on suunniteltu pienempiä avannetuotteita, jotka ovat hieman näkymättömämpiä
 - Avannesuoja (stoma cap) on pohjalevyyn kiinnitetty yksiosainen pieni avannesidos, joka on kehitetty erityisesti harrastamista varten

Ravitseminen

- Tavoitteena IBD potilailla on normaali ravitsemustila
- Yksilöllinen ruokavalio on tärkeä sairauksien hoidossa, joidenkin suoli voi olla herkempi tietyille ruoka-aineille
- Haasteita ravitsemustilan ylläpitämiseen tuo:
 - Kivut, ripuli, pahoinvointi ja ruokahaluttomuus
 - Tulehtunut suoli erittää myös verta, nestettä ja proteiineja
 - Imeytymishäiriöt
 - B12-vitamiinin imeytymishäiriö=> anemia
 - Kortikosteroidihoito=> Osteoporoosi

- Tarvittaessa potilas voi syödä/juoda kliinisiä ravintolisiä hyvän ravitsemustilan takaamiseksi
- Parenteraalinen ravitsemus aloitetaan vain jos ravitsemus ei onnistu sairauden oireiden vuoksi suun kautta tai jos ravitsemustila on huono ennen leikkausta ja vaatii korjausta
 - Parenteraalisella ravitsemuksessa ei ole huomattu olevan hyötyä sairauden hoidossa verrattuna enteraaliseen ravitsemukseen

Seksuaalisuus

- Krooninen sairaus vaikuttaa aina potilaan minäkuvaan ja potilas voi sairaustuessaan menettää elämönhallinnan tunteensa
 - Potilasta tulisi kannustaa puhumaan läheisilleen sairaudesta ja sen aiheuttamista tunteista
- Sairastuessaan potilas voi tuntea itsensä epäeroottiseksi ja vastenmieliseksi sairauden vuoksi, myös seksuaalinen kiinnostus voi hetkeksi aikaa kadota ajatusten ollessa jatkuvasti sairaudessa

- Sairausten oireet (väsymys, kivut ja pidäskyvyn heikkeneminen) ja hoidot (leikkauksista johtuvat erektiohäiriöt ja lääkkeitä johtuva limakalvojen kuivuus) voivat myös olla este seksuaaliselle kanssakäymiselle
 - Potilasta ja hänen läheisiään tulee muistuttaa että parisuhteessa voi olla läheisyyttä ilman yhdyntäänkin
 - Usein hoidoista johtuviin erektiohäiriöihin ja limakalvon kuivumisiin voidaan vaikuttaa, joten potilaalta tulee kysyä ja kannustaa kertomaan jos jotain vaivoja on

Vertaistuki

- [Crohn ja Colitis ry](#) on IBD potilaiden järjestö joka tarjoaa soputumisvalmennus kursseja IBD potilaille ja heidän omaisilleen
- [Finnilco ry](#) toimii avanneleikattujen keskusjärjestönä

Sosiaaliturva

- Sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet kuuluvat alempaan erityiskorvausluokkaan jolloin lääkkeen hinnasta korvataan 72%
- Lääkkeiden omavastuu raja on 610 €/vuodessa, jonka ylittyttyä Kela maksaa loput lääkkeet
- Hoitokustannusten maksukatto on 679 €/vuodessa

Lähteet

- Aitola, P. 2007. Crohnin taudin leikkaushoito. Teoksessa Höckrstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. Gastroenterologia ja hepatologia. Jyväskylä: Gummerus. 495-496
- ConvaTec. 2010. Avanneopas.
- Crohn ja colitis ry. 2010a. Colitis ulcerosan hoito ja seuranta. Päivitetty 6.4.2010. Luettu 19.9.2013. [/www.crohnjacolitis.fi](http://www.crohnjacolitis.fi)
- Crohn ja colitis ry. 2010c. IBD-opas. Sopeutuminen elämään IBD:n kanssa.
- Crohn ja colitis ry. 2013e. Kurssit. Päivitetty 15.8.2013. Luettu 10.1.2014. www.crohnjacolitis.fi/
- Dansac. 2011. Ohutsuoliavanne eli ileostomia-vinkit ja vihjeet.
- Galt, E. & Hill, H. 2002. Puhataanko rakkaudesta ja seksistä- Avanneleikatulle ja hänen kumppanilleen. Lindegaard: Tuokinprint.
- Färkkilä, M. Terapia Fennica: tulehdukselliset suolistosairaudet. Luettu 24.1.2014
- Iivanainen, A., Jauhianen, M. & Pikkarainen, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.

LIITE 1: 28(28)

- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma pro.
- Järvinen, H. 2010. Ohutsuoli, appendix ja paksusuoli. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. Kirurgia. Porvoo: Ws Bookwell oy. 426-443.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 2000. Hoitotyön etiikan perusteet. Vantaa: WSOY.
- Kela. 2013. Lääkekatto. Päivitetty 17.12.2013. Luettu 10.1.2014
- Käypä hoito. 2011. Crohnin tauti. Päivitetty. 2.5.2011. Luettu 5.10.2013
- <http://www.kaypahoito.fi>
- Lammi, O. 2010. Powerpoint tehoa viestintään. Jyväskylä: WSOYpro.
- Lehtinen, P. 2010. Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat kehittyvässä kansantaudiksi. Päivitetty 14.12.2010. Luettu 16.10.2013. <http://www.helsinki.fi/>

- Medfanet. 2014. Aurum-yksiosainen avannesuoja. Luettu 12.2.2014
- Mustajoki, P. 2013. Haavainen paksusuolentulehdus. Päivitetty 11.9.2013. Luettu 15.2.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Niemelä, S. 2007. Tulehdukselliset suolistosairaudet. Teoksessa Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. Gastroenterologia ja hepatologia. Jyväskylä: Gummerus. 466-493.
- Ouahi, P. 2011. Potilaslähtöisyys hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Pharmacia fennica. 2006. Porvoo: Painoyhtymä oy.
- Rosenberg, L. 2006. Seksuaalisuus ja sairaus. Teoksessa: Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A. 2006. Elämän hallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen- Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Luettu 6.2.2014. www.sairaanhoitajaliitto.fi
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Terveystieteiden tutkimuslaitos. Päivitetty 2.1.2014. Luettu 10.1.2014
- Todorovic, V. 2012. British Journal of Community Nursing. Providing holistic support for patients with inflammatory bowel disease. Päivitetty 1.10.2012. Luettu 2.3.2014. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=7e418349-b233-41d3-b727-c4a3c803a616%40sessionmgr110&hid=125>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita Prima oy.