



**ÄKILLISEN SUOLISTOTULEHDUKSEN
HOITO
- Ohje potilaalle**

Elina Rinta-Luopa

Petra Salo

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja

Elina Rinta-Luopa & Petra Salo
Äkillisen suolistotulehduksen hoito – Ohje potilaalle

Opinnäytetyö 63 sivua, joista liitteitä 12 sivua
Lokakuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoutta akuuttia gastroenteriittiä sairastavalle potilaalle äkillisestä suolistotulehduksesta sekä sen omahoidosta. Lisäksi tarkoituksena oli tehdä potilasohje Kangasalan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan käyttöön suullisen ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä, johon sisältyi teoriaosuus sekä tuotos.

Gastroenteriitti, eli äkillinen suolistotulehdus on bakteerin tai viruksen aiheuttama tartuntatauti, joka aiheuttaa vuosittain lukuisia suolistoinfektio epidemioita ympäri maata. Sen yleisimpiä aiheuttajia ovat norovirus, rotavirus, salmonella, kampylobakteeri, shigella, yersinia ja EHEC.

Äkillistä suolistotulehdusta sairastava potilas hakeutuu usein terveydenhuoltoon rajujen oireidensa, kuten ripulin, kuumeen, vatsakipujen, pahoinvoinnin, oksentelun, päänsäryn tai yleistilan nopean heikkenemisen johdosta. Gastroenteriitin hoito perustuu neljään pääkohtaan: nestetasapainosta huolehtimiseen, oireidenmukaiseen hoitoon, hygienian tärkeiden korostamiseen sekä potilaan kokonaiskuvan hahmottamiseen. Hoidon pääkohdat tulee ohjata potilaalle potilaan hoitopaikasta riippumatta. Potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta oppimaan ja ymmärtämään suolistotulehduksen hoitoperiaatteet, jotta hoito onnistuu myös kotona itsenäisesti. Potilasohjauksesta huolimatta, on yleistä, että potilaat ottavat yhteyttä tai hakeutuvat vastaanotolle uudelleen, sillä he eivät muista ohjauksessa läpikäytyjä asioita. Tämän vuoksi ohjauksen tueksi tulisi saada kirjallinen potilasohje, joka myös tehostaisi vastaanottotoimintaa.

Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoidosta on saatavilla tietoa erittäin niukasti. Tämän opinnäytetyön teoriaosuus mahdollistaa perehtymisen gastroenteriittipotilaan hoitoon ja sen toteuttamiseen. Äkillisen suolistotulehduksen yleisyyden vuoksi perehtyminen sen hoitoon on erittäin suositeltavaa niin lähihoitajille, kuin sairaanhoitajillekin.

Toivomme, että tämä opinnäytetyö herättäisi kiinnostusta niin hoitotyön opiskelijoiden, kuin jo alalla työskentelevien ammattilaisten keskuudessa siinä määrin, että se innostaisi jatkotutkimusten tekemiseen aiheesta. Esimerkki jatkotutkimuksen aiheesta voisi olla, kuinka hyvin tuotoksenamme syntynyt potilasohje on toiminut, ja millaisen hyödyn äkillistä suolistotulehdusta sairastavat potilaat ovat siitä saaneet. Lisäksi opinnäytetyöstä tiivistettyä materiaali voisi käyttää hoitotyötä opiskelevien luentomateriaalina.

Asiasanat: äkillinen suolistotulehdus, potilasohje, potilasohjaus

ABSTRACT

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

Elina Rinta-Luopa & Petra Salo
Acute gastroenteritis – guide for patients

Bachelor's thesis 63 pages, appendices 12 pages
October 2013

The purpose of this study was to produce information for patients affected by acute gastroenteritis. In addition to this general information there was also a patient information leaflet compiled for Kangasala Health Centre. The approach used in this thesis was functional. Functional bachelor thesis is composed of theory part and patient guideline part. Theory part is found in this document and it includes medical-, nursing- and guidance sections. The outcome of this thesis is a patient information leaflet which summarizes the theory part in a reader-friendly way.

Gastroenteritis, also known as infectious diarrhoea is contagious disease caused by bacteria or virus infection. Gastroenteritis causes numerous national epidemics annually. Most common pathogens for this disease are norovirus, rotavirus, salmonella, campylobacter, shigella, yersinia and EHEC.

Patient infected by gastroenteritis usually seeks for medical healthcare because of severe symptoms of disease. Treatment of Gastroenteritis is based on four main topics: hydration, symptom centered care, hygienics and formation of overall picture. These topics should be guided to patient regardless of the healthcare centre. The main objective of the patient guidance is to help patient to understand the main principles of gastroenteritis treatment to be able to deal with the disease independently at home. Regardless of the patient guidance it is common that patient contacts healthcare professionals to revise topics of the guidance. Because of this it is very important to have written guide for patients.

The theory section of this thesis makes it possible to become familiar with nursing principles of gastroenteritis patient. Reading and studying topics found in this thesis is recommended to all healthcare students because of the high prevalence of gastroenteritis.

We hope that this thesis would arouse interest among nursing students and healthcare professionals. A suggestion for further research would be to examine the benefits resulted by our patient instruction leaflet.

Key words: Acute gastroenteritis, patient guide, patient guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
3.1	Potilasohjaus	9
3.2	Asiakaslähtöisyys.....	10
3.3	Yksilöllisyys	11
3.4	Äkillinen suolistotulehdus	13
3.4.1	Yleistä suolistotulehduksesta	13
3.4.2	Virusperäiset suolistotulehduksen aiheuttajat	15
3.4.3	Bakteeriperäiset suolistotulehduksen aiheuttajat	17
3.4.4	Äkillisen suolistotulehduksen toteaminen	22
3.5	Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitotyö.....	23
3.5.1	Nestetasapaino.....	23
3.5.2	Lääkehoito.....	25
3.5.3	Hygienia	27
3.5.4	Yleistilan huomiointi.....	29
3.6	Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaus.....	31
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	35
4.1	Kirjallinen potilasohje.....	35
4.2	Tuotoksen toteutus	39
5	PÄÄTÄNTÄ	42
5.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	42
5.2	Pohdinta ja kehittämis ehdotukset	44
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	52
	LIITE 1. Noroviruksen esiintyvyys 2011–2012.....	52
	LIITE 2. Rotaviruksen esiintyvyys 2011–2012.....	53
	LIITE 3. Salmonellan esiintyvyys 2011–2012.....	54
	LIITE 4. Kamylobakteerin esiintyvyys 2011–2012.....	55
	LIITE 5. Ulosteviljelynäytteen otto.....	56
	LIITE 6. Tutkimustaulukko.....	57

1 JOHDANTO

Gastroenteriitti eli suolistotulehdus on bakteerin, viruksen tai alkueläimen aiheuttama ripuli- ja oksennustauti, joka tarttuu helposti ihmisestä toiseen. Tartunnan voi saada huonon käsihygienian, saastuneiden elintarvikkeiden välityksellä tai välittömänä tartuntana toiselta ihmiseltä. Suolistotulehdus alkaa yleensä äkillisesti ilman esioireita ja kestää useimmiten muutamia päiviä. Yleisimpiä gastroenteriitin aiheuttamia oireita ovat kuumeilu, ripuli sekä oksentelu. Oireet saattavat vaihdella taudin aiheuttajan mukaan. (Valve 2009, 3, 6; Gastroenteritis in Adults 2012.)

Suolistotulehdus saa aikaan yleensä epämiellyttäviä ja kivuliaita oireita, näiden oireiden vuoksi potilaat hakeutuvat usein lääkärin vastaanotolle. Suurimmalle osalle avohoitoon hakeutuneista riittää suullinen sekä kirjallinen ohjaus itsenäisen kotihoidon toteuttamiseksi. Osa potilaista sen sijaan voi tarvita sairaalahoitoa, esimerkiksi kuivumisen tai yleiskunnon heikkenemisen vuoksi. Suolistotulehduksesta kärsivän potilaan hoitotyö on hyvin monimuotoista ja vaatii sairaanhoitajalta monen eri osa-alueen osaamista ja huomioimista sekä hyvää ohjaustaitoa. Lisäksi on tutkittu, että suullista ohjausta tukemaan olisi hyvä käyttää kirjallista materiaalia, joka auttaa potilaita muistamaan ohjatut asiat paremmin (Eloranta & Virkki 2011, 73–74).

Nyky-yhteiskunnassa ihminen on entistä kiinnostuneempi omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Lisäksi medially on ollut vahva vaikutus potilaiden lisääntyneeseen itsenäiseen tiedonhankintaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7–9.) Potilaiden oma kiinnostus sairauksiaan sekä niiden hoitoa kohtaan on johtanut myös osaltaan siihen, että potilaalle itselleen annetaan lisää vastuuta omasta hoidostaan. Lisäksi jatkuvasti lyhenevät hoitoajat sekä itsehoitovalmius lisäävät kirjallisten hoito-ohjeiden merkitystä. (Torkkola ym. 2002, 7.)

Saadessamme opinnäytetyömme aiheen Kangasalan terveyskeskukselta innostuimme siitä heti. Aihe on mielestämme tärkeä ja se on aina uudelleen ajankohtainen, sillä äkilliset suolistotulehdusepidemiat koettelevat suomalaisia ja suomalaista terveydenhuoltoa vuosittain. Tämän vuoksi hoitajan on tärkeää osata hoitaa ja ohjata kyseistä potilasryhmää. Lisäksi Kangasalan terveyskeskuksella ei ollut aiheesta riittävästi potilaalle koh-

distettua ohjausmateriaalia. Tulevina sairaanhoitajina koimme myös tärkeäksi perehtyä aiheeseen, joka voi tulla vastaan työskennellessä missä tai millä tahansa osastolla tulevaisuudessa.

Hoitotyötä toteutettaessa korostuu aina potilaan yksilöllisyys, ja se, että asiakas toimii hoidon keskipisteenä. Tästä johtuen olemmekin valinneet opinnäytetyömme hoitotyön periaatteiksi asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden, ne antavat tukevan perustan varsinaiselle opinnäytetyöhömme pohjautuvalle potilasohjeelle. Koemme, että ilman näitä kyseisiä periaatteita potilasohje jäisi pinnalliseksi, ja ohjeesta olisi vaikea saada potilasta puhuttelevaa ja huomioon ottavaa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohje äkillistä suolistotulehdusta sairastavalle potilaalle.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitotyö?
2. Miten äkillistä suolistotulehdusta sairastavaa potilasta ohjataan?
3. Millainen on kirjallinen potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoutta äkillistä gastroenteriittiä sairastavalle potilaalle kyseisestä suolistotulehduksesta sekä sen omahoidosta. Lisäksi tavoitteena on tehdä potilasohje Kangasalan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan käyttöön suullisen ohjauksen tueksi. Tavoitteenamme on myös lisätä omaa tietouttamme äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitotyöstä sekä siihen liittyvästä ohjauksesta.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä potilasohje äkillistä suolistotulehdusta sairastavalle potilaalle. Valitsimme opinnäytetyömme teoreettisiksi lähtökohdiksi seuraavat käsitteet: äkillinen suolistotulehdus, äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitotyö, suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaus, ohjaus osana hoitotyötä sekä potilasohje. Nämä käsitteet ovat tärkeitä määrittää, sillä ne kokoavat opinnäytetyön, muodostaen kokonaiskuvan suolistotulehduspotilaan hoitotyöstä. Käsitteet luovat myös pohjan potilasohjeelle. Lisäksi käsittelemme opinnäytetyössämme hoitotyön periaatteita, yksilöllisyys sekä asiakaslähtöisyys, jotka kulkevat opinnäytetyön näkökulmina läpi koko työn. Nämä periaatteet korostuvat myös potilasta ohjattaessa ja hoidettaessa.

KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys



3.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus on yksi tärkeimmistä hoitotyön välineistä ja se on ohjaajan ja ohjattavan tasavertaista vuorovaikutusta. Ohjauksen tavoitteena on motivoida ja kannustaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. Tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa ja tukea terveyteen liittyvissä ongelmissa. Potilasohjauksella on aina tavoite, joka pyritään asettamaan yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteiden tulee olla saavutettavissa, ja ne olisi syytä jakaa pienempiin osiin, eli niin sanotuiksi välitavoitteiksi. Välitavoitteiden asettaminen motivoi potilasta ja tekee päätavoitteen helpommin lähestyttäväksi. Ohjauksella pyritään tavallisesti kannustamaan potilasta muutosten tekemiseen. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20; Kyngäs ym. 2007, 5; Lassila 2006, 10.) Hyvän ohjauksen tärkeyden merkitys korostuu vuosi vuodelta, sillä potilaiden hoitoajat ovat entistä lyhyempiä. Lyhyt hoitoaika johtaa siihen, että potilaat joutuvat ottamaan entistä enemmän vastuuta omasta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Kääriäinen (2007, 33) toteaa hyvän ohjauksen lähtevän potilaan taustatekijöiden ja tarpeiden huomioimisesta.

Ohjauksen suunnittelu ja toteuttaminen kuuluu usein hoitajan tehtäviin, sillä hoitaja on usein se henkilö, joka tuntee potilaan parhaiten (Prauda 2009, 8). Potilasohjaukseen käytettävän ajan tulisi olla riittävän pitkä. Ohjaajan ja ohjattavan tulisi pystyä käymään mahdollisimman kattava keskustelu siten, että ohjattavalle jää reilusti aikaa myös esittää kysymyksiä ja täsmennyksiä käsiteltävää asiaa koskien. (Sonninen 2006, 16.)

Potilasohjausta toteutettaessa tulee huomioida jokaisen potilaan yksilöllinen tapa käsitellä tietoa. Lisäksi jokainen potilas tarvitsee itselleen sopivan määrän aikaa ymmärtääkseen annetun tiedon. (Sonninen 2006, 15–16.) Hoitajalla tulisikin olla jonkinlainen käsitys siitä, kuinka potilas sisäistää ja käsittelee asioita. Potilasohjauksen lähtökohdat vaihtelevat yksilöittäin ja ovat riippuvaisia potilaan taustoista sekä tavoista käsitellä tietoa. (Prauda 2009, 9).

Potilasohjauksen onnistuminen vaatii hoitajalta taitoa tunnistaa potilaan tarpeet, ja kunnioittaa hänen mielipiteitään. On oleellista kartoittaa potilaan jo omaksuma tieto, tiedon tarve sekä potilaalle itselleen tärkeät asiat. (Kyngäs ym. 2007, 47; Lassila 2006, 10.) Ohjauksen tavoitteena on ennen kaikkea auttaa potilasta ymmärtämään omat voimavaroinsa, ja kuinka niitä voi käyttää hyödyksi. Potilasta tulee kannustaa luottamaan omaan

osaamiseensa sekä taitoihinsa käyttää niitä oikeaoppisesti erilaisissa tilanteissa. (Sonninen 2006, 16.) Ohjauksen lopuksi hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon oikein.

Tässä työssä potilasohjauksella tarkoitetaan tiedon välittämistä potilaalle, joka sairastaa äkillistä suolistotulehdusta. Ohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle edellytykset itsenäisen hoidon turvalliseksi toteuttamiseksi. Tämän lisäksi potilasohjauksen tavoitteena on motivoida potilasta soveltamaan tietoa niin, että hän kykenee huomioimaan perustarpeidensa lisäksi mahdolliset henkilökohtaiset erityistarpeet.

3.2 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys on yksi hoitotyön periaatteista. Asiakslähtöisyydessä on kyse siitä, että asiakas, ja omainen osallistuvat hoitotyön prosessiin, eli asiakas toimii tilanteesta riippumatta hoidon keskipisteenä. Asiakslähtöisen hoitotyön perustana toimii olennaisesti asiakkaan oma näkemys tilanteesta sekä itsenäisen päätöksenteon huomioiminen, lähtökohtana ajatus siitä, että asiakas tuntee itsensä paremmin, kuin kukaan muu. Lisäksi asiakslähtöisessä hoitotyössä korostuu asiakkaan tarpeiden ja toivomuksien toteuttaminen. (Tuominen 2006, 10–11.) Asiakslähtöisyys hoitotyössä perustuu potilaan kunnioittamiseen, tasa-arvoisuuteen ja luottamuksellisuuteen, joka ilmenee niin toiminnan kuin ajattelunkin osa-alueilla. Asiakslähtöisellä toiminnalla pyritään parantamaan palvelun laatua, niin että se vastaa nimenomaan potilaan tarpeisiin. (Karttunen 2005, 11; Sorsa 2002, 68.) Asiakslähtöistä hoitotyön laatua voidaan arvioida ja kehittää esimerkiksi asiakaspalautteen avulla (Sorsa 2002, 47). Lisäksi asiakslähtöistä toimintaa kehitettäessä tulee huomioida asiakkaan mielipide sekä arvio saadusta hoidosta. Kaiken asiakslähtöisen toiminnan tulisi pohjautua tutkittuun tietoon. (Erkkilä & Sarajärvi. 2012, 40.)

Asiakslähtöisesti työskentelevä hoitaja toimii tilanteessa omana itsenään sekä alan asiantuntijana. Lisäksi hoitaja toteuttaa hoitotyötä potilaan toiveet ja tarpeet huomioiden. Asiakslähtöisen työn tavoitteena on nostaa potilaan mielipiteiden arvoa, mikä tarkoittaa, ettei potilas jää pelkäksi toimenpiteen kohteeksi, vaan tulee myös aidosti kuulluksi. (Karttunen 2005, 9-10; Seppänen 2008, 14.) Naukkarisen (2008, 82–83) tutkimuksesta

käy ilmi, että 75 % potilaista koki tulleen kuulluksi ja, että heidän näkemyksensä otettiin huomioon hoitoa suunniteltaessa. Asioita ei tule tehdä potilaan puolesta, vaan keskitytään tukemaan potilaalta itseltä löytyviä voimavaroja (Sorsa 2002, 47). Asiakaslähtöisessä hoitotyössä pyritään siihen, että päätäntävalta potilasta koskevista valinnoista pysyy hänellä itsellään (Seppänen 2008, 15). Naukkarisen (2008, 82–83) tutkimuksesta selviää myös, että vain vajaa puolet terveystieteiden vastaanotolla käyvistä potilaista tiesi kuinka he voivat osallistua oman hoitonsa suunnitteluun.

Asiakaslähtöisen hoitotyön sanotaan estävän liian rutiininomainen työskentely, mikä on johtanut siihen, että käyttöön on haluttu ottaa malli, johon kuuluu jokaiselle potilaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman luominen tavoitteineen sekä omahoitajan määrittäminen. Omahoitajan osoittamisella pyritään ihanteelliseen tilanteeseen, jossa potilaan hoito toteutetaan niin, että potilaan hoidosta vastaa sama hoitaja koko hoitajakson ajan. Kyseisellä omahoitajuudella taataan, että potilaan hoidosta vastaa hoitaja, joka tuntee potilaan parhaiten. (Karttunen 2005, 10.)

Tässä työssä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan oman näkemyksen arvostamista, sekä potilaan hoidossa, että ohjaustilanteessa. Tavoitteena on, että vaikka hoitaja toimii ohjaustilanteessa asiantuntijana, tuntee potilas kuitenkin oman tilanteensa parhaiten. Asiakaslähtöisen toiminnan periaatteena on, että potilaan omat voimavarat toimivat hoidon ja ohjauksen perustana.

3.3 Yksilöllisyys

Yksilöllisyys voidaan luokitella yhdeksi hoitotyön periaatteeksi. Jokaisella potilaalla on yksilöllinen elämänselitys, joka vaikuttaa potilaan ajatuksiin, arvoihin ja tapoihin toimia. Nämä asiat tekevät meistä jokaisesta yksilöitä ja ilman näiden asioiden huomioon ottamista ei voida toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä. (Ottelin & Pulkka 2010,2.)

Hoitotyössä yksilöllisyydellä tarkoitetaan potilaan kokemusten, yksilöllisten erityistarpeiden, kuten kulttuurin ja äidinkielen huomioon ottamista. Yksilöllisyys on muuttuvaa, sillä kaikki uudet kokemukset muuttavat ihmisen ajatuksia, arvoja sekä niiden merkityksellisuyttä. (Hoffren & Piirainen 2005, 15.) Kassaran (1997, 30) tutkimuksessa yksi-

löllisyyttä kuvataan ihmisen omaksi salaisuudeksi, josta hän paljastaa ainoastaan sen osan, minkä tarpeelliseksi kokee.

Suhosen (2002, 14) mukaan yksilöllisyys on ominaisuus. Sitä voidaan pitää myös luonteenpiirteenä, joka erottaa ihmisen muista, ja tekee yksilöstä ainutlaatuisen. Lisäksi siinä korostuu ihmisten erilaisuus. Jokainen ihminen on omanlaisensa yksilö ja jokaisella on oma tapansa tehdä ja toteuttaa asioita. (Kassara 1997, 28.) Kassaran (1997, 29) tutkimuksessa potilaat kuvaavat yksilöllisyyttä muun muassa näin: ” Toiset ovat tällaisia ja toiset taas toisenlaisia”. Kukaan meistä ei ole siis samanlainen, vaikka samanlaisia piirteitä meistä voikin löytyä.

Suhosen (2002, 21) kirjallisuuskatsauksesta käy ilmi, että potilaat kokivat hoidon olevan yksilöllistä silloin, kun hoitaja ymmärtää sairauden tuomat vaikutukset potilaan elämään. Tutkimuksesta selvisi myös, että usein potilaat eivät olleet kokeneet saaneensa yksilöllistä hoitoa. Yksilöllinen hoito ei tarkoita sitä, että potilaan sairaudenhoito, ja sen suunnittelu, tuotetaan ”massatuotantona” eli oletetaan jokaisen tarpeiden täyttyvän saman kaavan mukaisesti (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44). Yksilöllisen hoidon edellytyksinä voidaan Suhosen (2002, 24) mukaan pitää potilaan perusteellista tuntemista sekä kykyä arvostaa ja kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä. Hoitajalta vaaditaan lisäksi kykyä ymmärtää tilanne potilaan näkökulmasta. Yksilölliseen hoitoon kuuluu myös laajan ja jatkuvan arvion sekä suunnitelman tekeminen.

Tässä työssä yksilöllisyydellä tarkoitetaan äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan yksilöllistä huomioimista jokaisella hoitotyön osa-alueella. Kaikissa tehtävissä toiminnoissa huomioidaan potilaan elämänarvot, asenteet sekä tavat toimia. Näitä kyseisiä potilaan henkilökohtaisia arvoja, asenteita ja tapoja toimia tulee arvostaa ja kunnioittaa hoidettaessa äkillistä suolistotulehdusta sairastavaa potilasta. Lisäksi potilaan hoidon tulisi olla yksilöllistä ja potilaiden erilaisuuden huomioon ottavaa, esimerkiksi huomioidamalla potilaan mahdolliset perussairaudet.

3.4 Äkillinen suolistotulehdus

Äkillisellä suolistotulehduksella eli gastroenteriitillä tarkoitetaan äkillisesti alkavaa maha-suolikanavan tulehdusta. Se on yksi yleisimmistä tartuntataudeista heti hengitystieinfektioiden jälkeen. Äkillinen suolistotulehdus on hyvin yleinen monissa maissa ja aiheuttaa edelleen kehitysmaissa paljon kuolemia. (Kuusi 2009, 231.) Suolistotulehdus johtuu erilaisten bakteerien ja virusten aiheuttamasta infektiosta, sen tyypillisimpiä oireita ovat: ripuli, vatsakivut, kuume, pahoinvointi, oksentelu, päänsärky, väsymys, kuivuminen ja yleistilan lasku (Kurki & Pammo 2010, 77.)

3.4.1 Yleistä suolistotulehduksesta

Suolistotulehduksia aiheuttavat bakteerit ja virukset kulkeutuvat elimistöön joko veden tai ruoan välityksellä, aiheuttaen sinne päästyään infektion. Elimistöön päästyään ne alkavat vauhdikkaasti lisääntyä. Yleisimpiä ja tunnetuimpia veden välityksellä leviäviä suolistoinfektioiden aiheuttajia ovat norovirus ja rotavirus. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2009, 118, 122.)

Norovirusepidemiat aiheuttavat yhteiskunnalle huomattavia kuluja, varsinkin sairauspoissaolojen osalta (Mattila & Järvinen 2011, 493). Hygieenisten olojen paraneminen on tuottanut tulosta ja viime vuosikymmenien aikana suolistoinfektioiden esiintyvyys on vähentynyt Suomessa. Tätä ovat edistäneet hyvä hygieniaosaaminen sekä tehokas elintarvikevalvonta. (Mattila & Järvinen 2011, 476.) Lisäksi sairaalahoidossa käytetyn nestehoidon kehitys on käytännössä kokonaan poistanut taudin aiheuttamat kuolemat. Kuolleisuus äkilliseen suolistoinfektioon onkin nykypäivänä Suomessa hyvin harvinaista. (Vesikari 2003, 403.) Äkillistä suolistotulehdusta kutsuttiin aiemmin lähinnä lasten-taudiksi, mutta nykypäivänä suurin osa sairastuneista on aikuisia ja iäkkäämpiä potilaita (Von Bonsdorff 2009, 236).

Suuri osa aikuisten suolistotulehduksista liittyy väistämättä matkusteluun (Vesikari 2003, 122). Ripulitautiin sairastuu matkallaan tai matkalta palattuaan noin 100000 suomalaista vuosittain (Mattila & Järvinen 2011, 475). Todennäköisyys sairastua ripulitautiin matkalla riippuu matkakohteesta ja ajankohdasta. Ulkomailla matkustaessa on

syytä pitää mielessä muutamia asioita, kuten, että hedelmät tulee kuoria ja lihan sekä kanan tulee olla huolella kypsennettyä. Juomavetenä suositellaan käytettäväksi pulloitettua vettä. (Hietala & Roth-Holttinen. 1999, 99–100.)

Ihmisen suolistossa ei normaalisti esiinny viruksia. Päästäkseen aiheuttamaan ihmiselle oireita, tulee taudin päästä mahalaukun ohi. Sen tulee olla joko resistentti mahahapoille tai olla ns. piiloutuneena johonkin neutraloivaan aineeseen. Neutraloiva aine voi olla esimerkiksi hengitysteistä peräisin olevaa limaa tai jokin ruoka-aine. (Ruuskanen, Peltola & Vesikari 2007, 302.)

Mahahapot ovat maha-suolikanavan ensimmäinen puolustusmekanismi erilaisia taudin aiheuttajia vastaan. Suoliston kautta tarttuvat virukset, kuten entero- ja adenovirukset ovat yleensä mahahapoille resistenttejä. Virukset ja bakteerit pääsevät helpommin mahalaukun ohitse, jos maha on täynnä ruokaa. (Mattila & Järvinen 2011, 477–478; Vesikari 2003, 403–404.)

Toinen suolistoinfektioilta suojaava tekijä ihmisen elimistössä on suoliston normaali-floora. Normaalifloora koostuu erilaisista bakteereista, näistä tärkein on *E. coli*. Normaali-floora voi tuhoutua tai vähentyä huomattavasti esimerkiksi laajakirjoisen antibiootin johdosta. Sen huomattava vähentyminen mahdollistaa suoliston infektioiden synnyn. (Mattila & Järvinen 2011, 478; Valtonen 2000, 803.)

Suolistotulehduksen aiheuttajia on useita, ja ilman tarkkoja laboratoriotutkimuksia näitä ei voida varmuudella erottaa toisistaan. Usein suolistoinfektion hoitoa suunniteltaessa riittää tieto, onko kyseessä bakteerin vai viruksen aiheuttama tulehdus. Olellisin ero bakteerin ja viruksen aiheuttaman suolistotulehduksen hoidossa on, että virus menee yleensä itsestään ohi, kun taas bakteerin aiheuttaman tulehduksen hoidossa voidaan joutua käyttämään antibioottihoitoa. Antibioottihoitoa tarvitaan esim. silloin, kun tauti on pitkittynyt, oireet ovat voimakkaat ja potilaan yleistila on huomattavasti heikentynyt. (Mattila & Järvinen 2011, 495–496.)

Yleisimmät suolistotulehdusta aiheuttavat bakteerit ovat salmonella, kampylobakteeri, shigella, yersinia ja EHEC (Kurki & Pammo 2010, 77). Viruksista merkittävimpiä aiheuttajia ovat norovirus ja rotavirus (Karhumäki ym. 2009, 122–123). Käsittelemme

kummastakin ryhmästä kaksi yleisintä aiheuttajaa, sillä koemme, että jokaisen aiheuttajan yksittäinen käsittely aiheuttaisi tarpeetonta toistoa. Bakteerien aiheuttamien suolistotulehdusten oireet ja hoito muistuttavat hyvin paljon toisiaan. Sama pätee virusten kohdalla. Onkin oleellista tietää, mitä eroa on bakteerin ja viruksen aiheuttamalla suolistotulehduksella ja niiden hoidolla.

3.4.2 Virusperäiset suolistotulehduksen aiheuttajat

Norovirus

Norovirusta esiintyy kaikkialla maailmassa, ja se kuuluu kalikiviruksiin (Mattila & Järvinen 2011, 493). Norovirus aiheuttaa laajoja epidemioita vuosittain esim. kouluissa, laitoksissa ja hotelleissa. Se on hyvin herkkä leviämään ja muuttamaan muotoaan (Kuusi 2009, 231). Hyvinkin pieni virusmäärä pystyy aiheuttamaan infektion (Mattila & Järvinen 2011, 493). Norovirusta pidetään yleisimpänä aikuisten vatsatautien aiheuttajana (Kuusi 2009, 231). Se leviää useimmiten veden välityksellä, mutta myös ihmisestä toiseen, kosketustartuntana, esimerkiksi ovenkahvojen tai muiden pintojen välityksellä. (Karhumäki ym. 2009, 122–123).

Norovirus aiheuttaa eniten elintarvikkeista johtuvia epidemioita, joten ulkomailta tulleita pakastemarjoja tulisi käyttää harkiten tai ainakin muistaa näiden huolellinen keittäminen ennen syömistä (Kuusi 2009, 232). Kyseisten virusten tuhoamiseksi tulisi elintarvikkeita kuumentaa vähintään 2 minuuttia 90 asteen lämpötilassa. (Karhumäki ym. 2009, 123; Mattila & Järvinen 2011, 493.)

Noroviruksen itämisaika on yleensä 12–36 tuntia. Oireet alkavat monesti äkillisesti esimerkiksi kovalla oksentelulla tai kouristavilla vatsakivuilla. Lisäksi samaan aikaan voi esiintyä ripulointia. Oireet ovat yleensä melko lyhytkestoisia, 1-2 vuorokautta. Toisaan oireet voivat kuitenkin jatkua jopa useitakin päiviä. Osalle norovirukseen sairastuneista ei ilmaannu lainkaan oireita, vaan he levittävät tietämättään virusta eteenpäin. (Karhumäki ym. 2009, 123; Von Bonsdorff, Vesikari & Maunula 2010, 599.) Norovirusinfektio voi olla vakava tietyille potilasryhmille, kuten vanhuksille, aliravituille ja immuunipuutteisille sekä tiettyjä perussairauksia sairastaville. Joissakin tapauksissa

potilas voi jopa menehtyä. Vuonna 2011 norovirustapauksista reilu puolet todettiin iäkkäillä potilailla (Jaakola ym. 2012, 16). Noroviruksen sairastettuaan ihmiselle ei jää pitkäaikaista immuniteettiä tautia vastaan, vaan tautiin voi sairastua pian uudelleen. (Mattila & Järvinen 2011, 493.)

Suomessa norovirustapaukset ilmoitetaan tartuntatautirekisteriin laboratorion toimesta. Norovirus tartuntoja oli vuonna 2012 ilmoitettu yhteensä 1748 kpl:ta (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta: THL 2013). Kyseiseen tartuntatautirekisteriin ilmoitetut tapaukset ovat vain pieni osa todellisesta määrästä, sillä vain harvojen suolistotulehduksien aiheuttajia on aiheellista selvittää. Norovirusta esiintyy joulukuusta toukokuuhun, mistä nimitys ”talvioksenustauti” (Kuusi 2009, 231). Tilastollisestikin on nähtävissä huomattavaa nousua talvikuukausina muihin kuukausiin verrattuna (Liite 1).

Rotavirus

Rotavirus on yleinen suolistoinfektioiden aiheuttaja, varsinkin lapsilla (Kuusi 2009, 232). Vuonna 2012 rotavirus tapauksien määräksi Suomessa oli ilmoitettu 209 kpl:ta (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta: THL 2013). Rotavirusta esiintyy myös aikuisilla, vaikka se aikuisilla onkin huomattavasti harvinaisempi ja lapsia lieväoireisempi. Rotavirusta tavataan ympäri maapalloa, niin vesistöissä, kuin maaperässäkin ja se on vastustuskyvyltään kuten norovirus. Rotavirus leviää kosketus- ja pisaratartuntana, esimerkiksi lasten lelujen ja ovenkahvojen välityksellä. Virus voi tarttua myös saastuneen juoman tai ruoan kautta. (Mattila & Järvinen 2011, 491–492.)

Suomessa rotavirusta esiintyy vuosittaisina epidemioina kuten influenssaa. Sen itämisaika on keskimäärin 2-3 päivää, sairaus alkaa yleensä kuumeilulla ja hengitystieoireilla. Muita tyypillisiä oireita rotavirukselle ovat oksentelu ja ripuli, jotka ilmenevät yleensä tässä järjestyksessä. Oksentelun, ripulin ja kuumeen yhdistelmä voi aiheuttaa nestetasapainonhäiriön sekä asidoosin. (Ruuskanen ym. 2007, 302–303; Huovinen, Jalanko & Mustajoki 2006, 335). Rotavirustauti voi esiintyä myös täysin oireettomana. Virusta esiintyy paljon oksennuksessa ja ulosteessa, viruksen erittyminen ulosteeseen jatkuu usein vielä viikon ajan oireiden alkamisesta. (Karhumäki ym. 2009, 123.)

Rotavirustauti kestää 3-8 vuorokautta, eli yleensä hieman kauemmin kuin noroviruksen aiheuttama suolistotulehdus. Rotavirus ja norovirus muistuttavat kliinisen kuvan perusteella hyvin paljon toisiaan, mutta ne erotetaan yleensä toisistaan norovirukselle tyypillisen lievemmän ripuloinnin vuoksi. (Karhumäki ym. 2009, 123; Huovinen ym. 2006, 335.) Rotavirusta esiintyy Suomessa aina joulukuusta kesäkuuhun. Todellisen epidemiakauden voidaan kuitenkin sanoa olevan maaliskuusta toukokuuhun, näissä kuukausissa on tilastollisestikin nähtävissä suuri piikki esiintyvyydessä. (Liite 2.)

Suomessa vuonna 2009 kansalliseen rokotusohjelmaan lisättiin rotavirusrokote. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos aloitti vuonna 2011 tutkimuksen rotavirusrokotusohjelman tehosta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa rotavirusrokotuksen vaikuttavuudesta vuodeosastoilla ja poliklinikoilla. Tutkimuksesta selvisi, että rokotteella ei voida poistaa rotavirusta kokonaan, mutta sairaalahoitoa vaativien tapausten esiintyminen on vähentynyt huomattavasti. (Rotavirusrokotusohjelman vaikuttavuus: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013; Rotarokotukset: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

3.4.3 Bakteriperäiset suolistotulehduksen aiheuttajat

Bakteriperäisiä suolistotulehduksen aiheuttajia ovat salmonella, kampylobakteeri, shigella, yersinia, EHEC sekä kolera (Kuusi 2009, 231–234). Perehdymme alla vain kahteen yleisimpään äkillisen suolistotulehduksen aiheuttajaan, salmonellaan ja kampylobakteeriin, sillä bakteriperäiset suolistotulehduksen aiheuttajat muistuttavat oireiltaan ja hoidoltaan hyvin paljon toisiaan. Lisäksi kampylobakteeri ja salmonellabakteeri ovat yleisimpiä äkillisen suolistotulehduksen aiheuttajia sairaalan ulkopuolella (Kurki & Pammo 2010, 77). Kaikkien taudinaiheuttajien käsittely ei toisi työhömmme uutta tarpeellista tietoa.

Salmonella

Salmonella on yksi merkittävin elintarvikkeiden välityksellä leviävä suolistotulehduksen aiheuttaja. Salmonella on suuri ongelma monissa maissa. Suomessa raportoidaan tartuntatautirekisteriin vuosittain noin 2000–3000 salmonellatapausta, joista suurin osa

on peräisin ulkomailta (Kuusi 2009, 233). Vuonna 2012 tapauksia oli ilmoitettu 2199 (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta: THL 2013). Todellisten salmonellatartuntojen määrää on vaikea arvioida, mutta sen uskotaan olevan kymmenkertainen raportoituihin tapauksiin verrattuna. Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen tilastotietojen mukaan salmonellaa esiintyy ympärivuoden (Liite 3). Se minkä takia salmonellatartuntoja esiintyy ympäri vuoden voi osaltaan johtua siitä, että suomalaiset matkustelevat kaikkina vuodenaikoina. Taulukosta voidaan nähdä pieni esiintyvyyden kasvu tammikuusta maaliskuuhun, jolloin salmonellatapausten määrä oli vuosina 2011–2012 kaikkein korkeimmillaan (Liite 3).

Yleisimpiä salmonellan aiheuttajia ovat siipikarja, kananmunat sekä pastöroimaton maito tai idut. Tartunta on käytännössä lähes aina peräisin joko eläimen tai ihmisen ulosteesta. Salmonella pystyy lisääntymään niin hapellisissa kuin hapettomissakin ympäristöissä ja se säilyy hyvin myös suoliston ulkopuolella, esimerkiksi pakastetuissa ruoka-aineissa. (Mattila & Järvinen 2011, 480; Karhumäki ym. 2009, 119; Ruuskanen ym. 2007, 310.)

Salmonellan itämisaika on tyypillisesti puolesta päivästä pariin päivään. Taudin tyypillisiä oireita ovat kuume, vatsakipu ja ripuli. Nämä oireet kestävät useimmiten muutamman päivän, jonka jälkeen ne poistuvat itsestään. Salmonellaan sairastunut levittää tautia vielä useita viikkoja oireiden loputtua. Kantajuus päättyy viimeistään 4-5 viikon jälkeen. Osa salmonellatartunnan saaneista jää kantajiksi hyvin pitkäksi aikaa. Tällöin puhutaan kroonisesta kantajuudesta, jolloin salmonellan erityis ulosteeseen on jatkunut vähintään kolmen kuukauden ajan. (Mattila & Järvinen 2011, 481.)

Salmonella voi aiheuttaa yleisinfektion, ilman ripulioireita. Tällöin bakteeri tunkeutuu suoliston limakalvon läpi verenkiertoon aiheuttaen siellä tulehduksen. (Valtonen 2000, 808.) Pahimmillaan salmonella voi aiheuttaa lavantautia tai pikkulavantautia. Lavantaudissa suolistotulehdus leviää myös sisäelimiin kuten maksaan ja jopa luuytimeen. Toisin kuin tavallinen salmonella, voi lavantauti aiheuttaa niin pahan infektion, että se voi jopa johtaa kuolemaan. (Ulkomailta palaavien vatsataudeista 2011, 7; Mattila & Järvinen 2011, 481.) Pikkulavantauti sen sijaan on muodoltaan lavantautia lievempi ja oireet voivat muistuttaa hyvin paljon normaalia salmonellaa (Mattila & Järvinen 2011, 483). Salmonella voi lisäksi aiheuttaa jälkitautina reaktiivisen niveltulehduksen, jonka arvioi-

daan tulevan noin kymmenelle prosentille sairastuneista. (Mattila & Järvinen 2011, 480; Karhumäki ym. 2009, 119; Ruuskanen ym. 2007, 310.)

Kampylobakteeri

Kampylobakteeri on tilastojen valossa Suomessa yleisin bakteerin aiheuttaman suolistotulehduksen syy. Tartuntatautirekisterin mukaan ilmoitettuja kampylobakteerin aiheuttamia äkillisiä suolistotulehdustapauksia esiintyi vuonna 2012, 4252kpl:ta (Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta: THL 2013). Suomessa kampylobakteerin yleisin esiintyvyys on kesäisin, jolloin myös tartunta on saatu kotimaassa. Muina aikoina saadut tartunnat ovat pääosin peräisin ulkomailta. (Mattila & Järvinen 2011, 484.) Ulkomailta saatujen tartuntojen osuus on jopa 80 % kaikista tartunnoista (Kampylobakteeri 2011, 26). Terveys- ja hyvinvointilaitoksen tilastoista voidaan nähdä, että kampylobakteerin esiintyvyys on suuri heinä-elokuussa (Liite 4).

Kampylobakteeri muistuttaa läheisesti salmonellaa sekä taudin leviämisen, että taudin oireiden osalta. Bakteeri leviää yleensä pastöroimattoman maidon, broilerin sekä saastuneen veden kautta. Ruuan pakastaminen ei poista bakteereja kokonaan, mutta vähentää niitä oleellisesti. Bakteerin tuhoon vaaditaan 55–60 asteen lämpötila. (Kampylobakteeri 2011, 23.) Kampylobakteeri voi tarttua eläimestä ihmiseen, tätä kyseistä tartuntamuotoa kutsutaan zoonoosiksi. Zoonoosi- peräiset tartunnat ovat kuitenkin harvinaisia ja bakteerin tarttuminen ihmisestä toiseen on hyvin poikkeuksellista. (Mattila & Järvinen 2011, 484; Karhumäki ym. 2009, 118.)

Bakteerin inkubaatioaika on kahdesta viiteen päivään ja oireet kestävät yleensä kahdesta seitsemään vuorokautta. Oireet ilmenevät ripulina, kuumeena ja vatsakipuina, lisäksi saattaa ilmetä myöhemmin oksentelua. (Karhumäki ym. 2009, 119–120.) Toisinaan se voi olla täysin oireeton (Kampylobakteeri 2011, 24). Kampylobakteeri voi aiheuttaa jälkitautina nivel-tulehduksen eli artriitin. Nivel-tulehdusta esiintyy noin 2 %:lla sairastuneista. (Karhumäki ym. 2009, 120.)

Olemme koonneet alla olevaan taulukkoon yllä käsitellyt suolistotulehduksen aiheuttajat. Taulukon tarkoituksena on koota oleellinen tieto lyhyesti äkillisen suolistotulehduk-

sen aiheuttajista. Lisäksi ajatuksena oli, että kyseinen taulukko toimisi Kangasalan terveyskeskuksen sairaanhoitajalle apuvälineenä tunnistettaessa äkillisen suolistotulehduksen aiheuttajia (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Yhteenvedo suolistotulehdusten aiheuttajista

Suolisto tulehduk- senaiheut- taja	Oireet	Itämis- aika	Kesto	Lääkehoito/ rokote	Tartuntatapa	HUOM!
NOROVIRUS	Voimakas oksentelu, ripuli, lämpöily	12–36 tuntia	Lyhytkestoinen, n. 1-2 vrk	Ei tarvetta Ei rokotetta käytössä	Kosketustartunta	Aiheuttaa yleisemmin aikuis-ten ripulitaudin Epidemia-aika yleensä kevä- talvella
ROTAVIRUS	Vetinen ripuli, kuume, oksentelu	2-3 vrk	3-8 vrk	Ei tarvetta Rokote käy- tössä	Kosketus- ja pisa- ratartun- ta	Aiheuttavat yleisemmin lasten ripuli- taudit Epidemia-aika yleensä tammi- kuusta kesään
SALMONELLA	Kuume, vatsakipu, ripuli	12–48 tuntia	Muutamia päiviä Salmonella-kantajuus voi kestää useita viikko- ja	Yleensä 5 vrk:n lääke- kuuri	Ravinto	Merkittävin elintarvikkei- den välityksellä leviävä suolis- totulehduksen aiheuttaja Diagnosoidaan ulosteen bak- teeriviljelyllä
KAMPYLO- BAKTEERI	Ripuli, vatsakipu, kuume	2-5 vrk	2-7 vrk	Yleensä anti- biotiikuuri	Ravinto + zoonoosi	Yleisin bakteeri- in aiheutta- man suolistotu- lehdoksen aiheuttaja Diagnosoidaan ulosteen bak- teeriviljelyllä

3.4.4 Äkillisen suolistotulehduksen toteaminen

Potilaan hakeutuessa terveydenhuoltoon suolistotulehduksen oireiden vuoksi on sairaanhoitaja usein potilaan ensikontakti. Näin ollen suolistotulehduksen toteaminen kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin esimerkiksi terveysasemilla. Sairaanhoitajan tulee selvittää oireiden lisäksi, onko potilas lähiaikoina matkustellut tai onko hänellä ollut mahdollisesti käytössä jokin mikrobilääkitys. On myös oleellista kysyä onko muilla perheenjäsenillä ilmennyt samanlaisia oireita. Taudin toteaminen perustuu pitkälti potilaan haastatteluun ja tiettyjen sairauksien poissulkemiseen. (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 95–96.)

Sairaanhoitajalle kuuluu potilaan taudin toteaminen ja hoito-ohjeiden antaminen sekä tarpeen vaatiessa ohjaaminen lääkärin vastaanotolle. Lääkärin puheille potilas on hyvä ohjata, jos potilaalla on esim. kuivumisen merkkejä, verta ulosteen mukana tai kovat vatsakivut. Hoitajalta vaaditaan paljon osaamista suolistotulehduksista ja sen aiheuttajista sekä tietoa ja taitoa tunnistaa lisähoitoa tarvitsevat. (Kurki & Pammo 2010, 82–83.) Suolistotulehduksien aiheuttajia on harvoin syytä erotella toisistaan ulosteviljelyn avulla, sillä suolistotulehdukset paranevat yleensä itsestään melko nopeasti. Aiheuttaja pyritään selvittämään ulosteviljelynäytteellä, jos potilaalla on esim. korkea kuume, tauti on pitkittynyt tai potilas on lähiaikoina matkustellut. Ulostenäytteen ottaminen on näin ollen harvoissa tapauksissa aiheellista. (Mattila & Järvinen 2011, 495.)

Jos ulosteviljelynäytteen ottamiseen kuitenkin päädytään, perustutkimuksena otetaan bakteeriviljelynäyte, jolla pystytään erottamaan erilaiset bakteerit ulosteesta. Ulostenäytteen otto ohjataan yleensä potilaalle ja potilas ottaa näytteen itse kotona. (ks. Liite 5.) Bakteeriviljelynäytteen valmistuminen kestää noin 3-4 päivää. (Kurki & Pammo 2010, 82–83.) Viruksen aiheuttamaa äkillistä suolistotulehdusta epäiltäessä ulosteesta voidaan ottaa myös virusviljely. Viljely otetaan harvoin yksittäiseltä henkilöltä, mutta jos siihen päädytään on kyseessä usein epidemiatilanne (esimerkiksi vuonna 2008 Nokian juomaveden saastumisesta johtuva epidemia, jonka aiheuttajana oli norovirus). Lisäksi ulosteesta voidaan tarvittaessa tutkia parasitiitit eli alkueläimet, jos oireet ovat ylittäneet kymmenen vuorokautta tai potilas on matkustellut lähiaikoina. (Kurki & Pammo 2010, 83; Mattila & Järvinen 2011, 496.)

Osa suolistotulehduksista luokitellaan yleisvaarallisiin tartuntatauteihin. Tartuntatautilain (583/1986) mukaan tällaisena voidaan pitää tautia, joka tarttuu hyvin herkästi tai jos taudin tarttuvuus voidaan estää joillakin erityisillä toimenpiteillä. Äkillisen suolistotulehduksen aiheuttajista yleisvaarallisiksi tartuntataudeiksi määritellään salmonellat, shigella, kolera ja EHEC (Kurki & Pammo 2010, 88). Mikäli jokin edellisistä suolistotulehduksen aiheuttajista todetaan, tulee siitä ilmoittaa lainsäädännön mukaisesti Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämään tartuntatautirekisteriin (583/1986). Tartuntatautirekisteri on ollut käytössä vuodesta 1995 (Kuusi 2009, 231). Tartuntatautilain (583/1986) mukaan lääkärin tulee myös ilmoittaa ruoka-aineiden tai juomaveden kautta leviävistä tartuntatautiepäilyksistään tai todetuista tapauksista kyseisen kunnan terveys- ja suojeluviranomaiselle.

Yleisvaarallisiksi luokiteltujen tartuntatautien tutkimukset ja hoito ovat maksuttomia potilaalle (Kurki & Pammo 2010, 88). Potilas, joka on tartuntataudin vuoksi joutunut jäämään kotiin tai on tämän vuoksi eristetty, on oikeutettu saamaan päivärahaa, joka korvaa ansiotyöstä menetetyt tulot (Tartuntatautilaki 583/1986).

3.5 Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitotyö

Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoito voidaan käytännössä jakaa kahteen osaan: kotona hoidettaviin potilaisiin ja sairaalahoitoa vaativiin potilaisiin. Yleensä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoito tapahtuu kotona. Tällöin vaatimuksena on, että potilas pystyy huolehtimaan itsestään. Jos potilas ei kuitenkaan pysty huolehtimaan itsestään tai on muuten heikossa kunnossa, voi sairaalahoito tulla kyseeseen. Sairaalahoito voi olla potilaalle tarpeellinen esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas on päässyt pahasti kuivumaan ja tarvitsee suonensisäistä nestehoitoa. (Mikrobien aiheuttamat ripulitaudit 2012, 365).

3.5.1 Nestetasapaino

Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitotyössä on oleellista huolehtia potilaan nestetasapainosta sekä tarvittaessa sen korjaamisesta. Nestetasapainon tarkkailuun kuuluu monta osa-aluetta ja hoitajalla on keskeinen osa sen arvioinnissa (Iivanai-

nen & Syväoja 2012, 435). Hyvä ja huolellinen nesteytys on hoidon perusta. Akuutin ripulin ja oksentelun seurauksena potilas menettää usein paljon, jopa useita litroja nesteitä, mikä johtaa nopeasti potilaan kuivumiseen ja yleistilan heikkenemiseen sekä elektrolyyttitasapainon häiriöihin. Erityisen tärkeää on huolehtia siitä, että lapset ja vanhuksat saavat riittävästi nesteitä (Iivanainen & Syväoja 2012, 445). Itsestä ja omasta voinnistaan huolehtiminen ei näillä ryhmillä ole itsestään selvää; se ei ole joko mahdollista tai siitä ei muisteta enää huolehtia. (Hietala & Roth-Holttinen, 1999, 97; Mattila & Järvinen 2011, 497–498; Pajala 2013, 34.)

Nestetasapainoa arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota potilaan mahdollisiin kuivumisen merkkeihin, joita ovat mm. kuivat limakalvot, jano, kielen kuivuminen, ihon kimmisuuden heikkeneminen, virtsanerityksen vähentyminen tai sen värin tummuminen. Lisäksi voi ilmetä painon laskua sekä varsinkin iäkkäämmillä henkilöillä normaalista poikkeavaa sekavuutta. Kuivuminen voi myös aiheuttaa ääreisverenkierron heikkenemistä, esimerkiksi käsien ja jalkojen viileyttä. Ääreisverenkierron riittämättömyydestä kertoo potilaan heikko kapillaaritäyttö, jota voidaan testata painamalla potilaan kynnestä viiden sekunnin ajan ja katsomalla kuinka nopeasti väri palautuu (Iivanainen & Syväoja 2012, 437). Nestetasapainonhäiriöstä voi kertoa myös potilaan lämmön nousu tai lasku. Tämän vuoksi äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan lämpöä tulee tarkkailla säännöllisesti. Arvioitaessa potilaan nestetasapainoa on oleellista kiinnittää huomiota siihen, kuinka potilas hengittää. Tiheä hengitystaaajuus voi viitata liian nopeaan nesteytykseen, kun taas hidas hengitystaaajuus voi kertoa potilaan elektrolyyttihäiriöstä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 436–437.)

Hoitajan tehtävänä on huolehtia siitä, että potilas on tietoinen, että hän saa ja hänen tulee nauttia suun kautta mitä tahansa juomaa, pitääkseen huolta elimistönsä nestetasapainosta. Hyviä juomia ovat esimerkiksi vesi, laimea mehu, tee ja ripulijuoma, jota saa apteekista ilman reseptiä. (Hietala & Roth-Holttinen 1999; 97.) Potilaalle on hyvä kertoa, että kahvin, alkoholin ja sokeripitoisten juomien nauttimista on syytä välttää, koska ne voivat pahentaa ripulointia (Gastroenteritis 2013).

Äkillisen suolistotulehduksen seurauksena potilaan ravinnonsaanti häiriintyy ja ruokahuu heikkenee. Potilasta tulee kannustaa syömään ja juomaan juuri sellaisia ruoka-aineita, jotka maistuvat ja jotka stimuloivat mahdollisimman vähän oksennusrefleksiä.

Lisäksi potilaalle voi kertoa, että ruokaan voi halutessaan lisätä ruokasuolaa, sillä se korjaa suolatasapainoa, mikä helpottaa nesteiden imeytymistä suolistosta. (Huovinen ym. 2006, 335–336; Hietala & Roth-Holttinen, 1999, 97.) Potilaalle tulee ensisijaisesti tarjota normaalia ruokaa. Jos potilas ei kuitenkaan kykene nauttimaan tarpeeksi ravintoa, voi potilaalle tarvittaessa tarjota pehmeää ruokaa tai esimerkiksi lisäravinnejuomaa, joka sisältää paljon energiaa. Potilaan on tärkeää muistaa ottaa kerralla pieniä annoksia ja syötävän ruoan olisi syytä olla helposti sulavaa, kuten paahtoleipää, banaania, riisiä tai keittoa. (Pajala 2013, 34; Mattila & Järvinen 2011, 498; Hietala & Roth-Holttinen 1999,97.)

Potilaalle on hyvä muistuttaa lopuksi, että nestetasapainoa seurataan konkreettisesti tarkastelemalla kuinka paljon nesteitä menetetään ja kuinka paljon niitä saadaan. Konkreettisella tarkastelulla tarkoitetaan, että potilaan on hyvä seurata silmämääräisesti oksennuksen ja ripulin määrää, jotta hän pystyy arvioimaan kuinka paljon nesteitä on poistunut elimistöstä. Tämän lisäksi potilaalle voidaan neuvoa nestelistan käyttö kotona, johon potilas merkitsee ylös kaikki syömisensä ja juomisensa. Nestelistalta voidaan nähdä ovatko sisään menevät ja ulos tulevat nesteet sopivassa suhteessa toisiinsa. (Iivainen & Syväoja 2012, 198.)

3.5.2 Lääkehoito

Äkillisen suolistotulehduksen aiheuttaja on yleisemmin virus kuin bakteeri. Viruksien aiheuttamaan äkillisen suolistotulehduksen hoitoon ei varsinaisesti ole saatavilla mitään parantavaa lääkehoitoa, vaan se perustuu oireenmukaiseen lääkehoitoon. Ripulin ja oksentamisen lisäksi äkillistä suolistotulehdusta sairastavilla potilailla esiintyy yleensä lievää kuumeilua ja päänsärkyä. Potilaan voi ohjata kokeilemaan tavallisia kuumetta alentavia ja särkyä helpottavia, apteekista ilman reseptiä saatavia tulehduskipulääkkeitä. Kyseisiä lääkkeitä ovat esimerkiksi seuraavat lääkevalmisteet: ibuprofeeni (Burana®), parasetamoli (Panadol®) ja asetyylisalisyylihappo (Aspirin®). (Gastroenteritis in Adults 2012; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 525.)

Rajuun ripuliin on saatavilla suolistoa rauhoittavia lääkeaineita, joiden vaikuttavana aineena on loperamidi. Loperamidia sisältäviä lääkeaineita on esimerkiksi Imodium®,

joka rauhoittaa suolistoa ja nopeuttaa elimistön normaalin tasapainon löytymistä. On kuitenkin syytä muistaa, että suolta rauhoittavia lääkkeitä ei tulisi käyttää useita päiviä, jottei potilaan vatsa mene ripulin sijasta ummelle (Kurki & Pammo 2010, 83; Gastroenteritis in Adults 2012.) Loperamidia sisältävä lääke voi pahimmillaan jopa pidentää taudin kestoa ja pahentaa suolistotulehduksen oireita, sillä ulostemäärän väheneminen tarkoittaa, että tulehduksen aiheuttaja ei pääse poistumaan suolesta vaan jää sinne pidentämään oireita (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 452; Nurminen 2012, 275). Suoliston bakteeritasapainon palauttamiseen ja ylläpitoon käytettäviä lääkeaineita voi käyttää ja monet kokevatkin niistä olevan apua. Suoliston bakteeritasapainoon vaikuttavia probiootteja eli ns. maitohappobakteereita ovat esimerkiksi Idoform®, Gefilus® ja Lactophilus® (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 453).

Raju ripuli aiheuttaa potilaan elimistön vesi- ja suolamäärän vähenemisen ja tällöin menetetyt neste- ja suolamäärän ylläpitäminen sekä tarvittaessa sen korjaaminen viipymättä on tarpeellista. Kuivumisesta johtuvan neste- ja suolavajeen voi korjata esimerkiksi ”ripulijuomalla”. Ripulijuoma on apteekista ilman reseptiä saatava valmiste (esim. Osmosal®, Floridral®), joka tulee valmistaa pakkauksesta löytyvien ohjeiden mukaisesti. Samalla tulee muistaa juoda runsaasti myös vettä sekä laimeaa mehua. Ripulijuomien käyttöä suositellaan äkillisen suolistotulehduksen yhteydessä, sillä ne sisältävät juuri oikeat ainesosat nestetasapainon korjaamiseksi. (Nurminen 2012, 272; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 452.)

Joskus äkillisen suolistotulehduksen aiheuttamaan rajuun ripuliin voidaan käyttää lääkehiiltä. Lääkehiili helpottaa ripulia sitomalla nestettä ulosteesta. Jos lääkehiiltä käyttää tulee muistaa, että se vaikuttaa myös muiden lääkeaineiden imeytymiseen. Usein käytettyjä lääkehiilivalmisteita on mm. CarboMedicinalis® ja Carbomix®. (Nurminen 2012, 274, 277; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 452.)

Useimmat infektoripulit ovat viruksista johtuvia, eikä niihin ole vielä toistaiseksi löydetty lääkettä. Bakteerin aiheuttamat suolistotulehdukset, joiden oireet ovat voimakkaita, voivat tarvita antibioottikuurin. Antibiootti valitaan yleensä taudinaiheuttajan mukaan ja sen määrää lääkäri. (Nurminen 2012, 273–274.) Antibioottilääkityksen aloittamista äkillisessä suolistotulehduksessa tulee kuitenkin harkita tarkoin, sillä monet bakteerilääkkeet vähentävät suoliston normaaliflooraa. Normaaliflooran väheneminen altis-

taa jälleen uusille tulehduksille. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 424; Nurminen 2012, 274.)

Äkillinen suolistotulehdus voi joskus viedä potilaan niin heikkoon kuntoon, että sairaalahoito on tarpeen. Erityisen runsaan ripulin ja oksentelun hoitoon voidaan tarvita suonensisäistä nestehoitoa. Tällaiseen nestetasapainohäiriön korjaamiseen käytetään useimmiten nesteitä, jotka korjaavat sekä neste-, että elektrolyyttihäiriöitä. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013, 452.) Sairaalahoidossa potilaan runsaaseen oksenteluun ja pahoinvointiin voidaan tarvittaessa antaa myös pahoinvointilääkettä, esim. metoklopramiidia (Hietala & Roth-Holttinen 1999, 98).

3.5.3 Hygienia

Useimmat äkillisen suolistotulehduksen aiheuttajat tarttuvat ihmisestä toiseen kosketus- ja pisaratartuntana sekä epäpuhtaan ruoan ja juoman välityksellä. Välttääksemme infektioiden saamisen ja niiden tartuttamisen toisiin ihmisiin, tulee huolehtia hyvästä hygieniasta.

Yksi tärkeimmistä keinoista välttää infektioiden tarttuminen, on käsien huolellinen peseminen. Kotona tämä tarkoittaa käsien pesua saippualla ja vedellä. Lisäksi sairastuneelle tulisi mahdollistaa oman käsipyyhkeen tai kertakäyttöisten käsipyyhkeiden käyttäminen. (Kurki & Pammo 2010, 88.) Sairaalaolosuhteissa on käytössä käsidesinfektioaineita, joita on hyvä käyttää huolellisen käsienpesun jälkeen. Myös omaiset tulee ohjata käyttämään käsidesinfektioainetta sairaaloissa ja etenkin epidemioiden aikaan. (Kuusi, Kanerva & Lyytikäinen 2007, 7.)

Koska useimmat äkillistä suolistotulehdusta aiheuttavat bakteerit leviävät valmistamattomien ja saastuneiden ruoka-aineiden välityksellä, tulisi sairastuneen välttää ruoan käsittelemistä, varsinkin ruoan valmistamista muille ihmisille tai muille perheenjäsenille (Kurki & Pammo 2010, 84). Ruoan puhtauden takaa sen lämmittäminen yli 60 asteiseksi, kylmäketjun katkeamattomuus sekä ruoka-aineiden säilytys kuivassa. Myös ruoan suola- sekä sokeripitoisuus tai happamuus estää mikrobien lisääntymisen. (Karhumäki ym. 2009, 84.)

Jos potilas joutuu sairaalaan ja hänellä on tarttuva suolistotulehdus, voi joskus tulla kyseeseen kohortointi eli potilaan eristäminen terveistä potilaista sijoittamalla hänet omaan huoneeseen. Suolistotulehdistusta sairastavalle potilaalle tulisi sairaalassa järjestää oma wc sekä suihkutila. Mikäli kohortointi ei osastolla onnistu, tulee osaston välttää uusien potilaiden sijoittamista osastolle, jotta epidemian leviäminen voidaan pysäyttää. (Anttila, Nieminen & Maunula 2010, 1578.) Eristämisen lisäksi henkilökunnan tulee pitää yllä hyvää hygieniää. Hoidon tavoitteena on, että äkillistä suolistotulehdistusta aiheuttavat mikrobit eivät tartu potilaista toisiin eivätkä henkilökuntaan. Sairaalassa tämän estäminen tapahtuu käsidesinfektion sekä suojavaatetuksen eli suojakäsineiden, -takin ja suusuojuksen avulla. (Kurki & Pammo 2010, 87–88.)

Sairaalamaailmassa on yleisesti olemassa periaate ”puhtaasta likaiseen” eli aseptinen työjärjestys, joka tarkoittaa sitä, että ensin hoidetaan potilaat, joilla ei ole tarttuvaa infektiota. Vasta tämän jälkeen hoidetaan potilaita, joilla epäillään tai on todettu tarttuva infektio. Tämä estää tarttuvan infektion kulkeutumisen potilaalta toiselle. (Karhumäki ym. 2009, 59.) Samaa periaatetta voi ohjata potilaan käyttävän myös kotona. Tarkoittaen, että jos mahdollista, äkillistä suolistotulehdistusta sairastavalla potilaalla olisi hyvä olla oma vessa käytössä. Jos kyseistä järjestelyä ei ole mahdollista tehdä, voi potilaalle ehdottaa, että aina hänen jälkeensä vessa puhdistettaisiin esimerkiksi klooripitoisilla pesuaineilla, jotka vähentävät bakteeri ja viruskantoja. (Kurki & Pammo 2010, 88; Kuusi ym. 2007, 8.)

Äkillistä suolistotulehdistusta sairastavan potilaan tulee pitää huolta henkilökohtaisesta hygieniastaan. Tämä pitää sisällään käsihygienian lisäksi myös intiimihygienian. Intiimihygienialla tarkoitetaan lähinnä alapään hygieniää. Potilaan tulee kotona kiinnittää erityishuomiota alapään huolelliseen pesemiseen. Alapää olisi hyvä pestä, vaikka jokaisen ripulointikerran jälkeen. Toistuva peräaukon pyyhkiminen saattaa ärsyttää ja rikkoa ihoa peräaukon seudulta. Potilaalle voi suositella paperilla pyyhkimisen sijasta peräaukon huuhtelua vilpoisella vedellä. Potilaalle on hyvä mainita myös erilaisia valmisteita, joita voi käyttää rauhoittamaan ärtynyttä peräaukon seutua. Tällaisia valmisteita ovat mm. Talkki ja Bepanthen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 168.)

3.5.4 Yleistilan huomiointi

Erilaiset infektiot, kuten äkillinen suolistotulehdus tarttuu erityisen helposti iäkkäisiin ihmisiin, pieniin lapsiin sekä jonkin perussairauden omaaviin potilaisiin. Nämä potilasryhmät ovatkin usein niitä, jotka joudutaan ottamaan sairaalahoitoon heidän sairastuessaan äkilliseen suolistotulehdukseen. Äkilliselle suolistotulehdukselle altistaa muun muassa huono ravitsemustila, yleiskunnon heikkous sekä vastustuskyvyn heikkeneminen. (Ulkomailta palaavien vatsataudeista 2011, 12.)

Hoitajalta vaaditaan kykyä havainnoida potilasta usealta eri osa-alueelta ja muodostaa saamistaan tiedoista potilaasta kokonaiskuva. Kokonaiskuvan hahmottamisen apuna voi sairaanhoitaja pitää mielessä seuraavia asioita: miltä potilas ulkoisesti näyttää? kuinka hän jaksaa liikkua tai keskustella? onko potilaalla kuivumisen merkkejä? pystyykö potilas huolehtimaan itsestään tarpeen vaatimalla tavalla? onnistuuko potilaalta itsensä hoitaminen kotona vai vaatiiko potilaan tila sairaalahoitoa? Hoitajan on hyvä huomioida vastaanotolla esimerkiksi vanhuksen orientoitumiskykyä ja sekavuutta sekä vastauksien pituutta. (Koponen & Sillanpää 2005, 376.) Monesti uupuneet ja yleistilaltaan heikentyneet vanukset ovat hyvin lyhytsanaisia ja hiljaisia. Hyvänä yleisvoinnin mittarina voidaan lapsilla pitää leikkimistä. Sanotaan, että niin kauan kuin lapsi jaksaa leikkiä, touhuta ja kiukutella, ei ole syytä huoleen. Lasten yleistilaa arvioitaessa on erityisen tärkeää kysyä vanhemmilta onko heidän mielestään lapsen käyttäytymisessä selkeää muutosta? (Koponen & Sillanpää 2005, 365.)

Yleisvoinnin heikkenemisen tyypillisiä merkkejä ovat väsymys, vetämättömyys ja haluttomuus tehdä itselle mieluisia asioita. Lisäksi yleinen jaksamattomuus aiheuttaa usein sen, että potilas ei kerta kaikkiaan jaksaa nousta ylös vuoteesta huolehtiakseen riittävästä ravinnon saannista. (Koponen & Sillanpää 2005, 119.) Kun potilas saapuu sairaanhoitajan vastaanotolle äkillisen suolistotulehduksen vuoksi, tulee yleistilan tarkastelun lisäksi ottaa muutamia vitaalielintoiminnoista kertovia mittauksia. Tärkeimpiä kliinisiä tutkimuksia ovat potilaan verenpaineen ja pulssin mittaus, sillä korkea pulssi ja matalahko verenpaine voivat olla merkkejä kuivumisesta. (Kurki & Pammo 2010, 82; Hietala & Roth-Holttinen, 1999, 97.) Hoitajan tulee tarkkailla ja kuunnella potilaan hengitystä esimerkiksi kiinnittämällä huomiota sen normaaliuteen, työläyteen, tiheyteen tai siihen kuuluvatko hengitysäänet symmetrisesti. Vastaanottotilanteessa potilaalta tulee mitata

myös lämpö, tunnustella vatsan myötäävyyttä sekä kuunnella suoliääniä. Potilaan korkea lämpö voi kertoa elimistössä jylläävästä infektiosta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 166; Koponen & Sillanpää 2005, 122.) Kliiniseen tutkimiseen kuuluu myös potilaan ihon värin huomioiminen ja poikkeuksellisiin muutoksiin reagoiminen. Potilaan ihon sinerrys voi kertoa potilaan kärsivän hapenpuutteesta, kun taas ihon keltaisuus voi sen sijaan viitata maksaperäisiin sairauksiin. (Koponen & Sillanpää 2005, 336.)

Mikäli potilaalla epäillään kuivumista tai halutaan sulkea pois muita sairauksia, voidaan tarvittaessa ottaa laboratoriotestejä. Tyypillisimpiä kuivumisesta kertovia laboratoriotestejä ovat elektrolyytit kalium, natrium, magnesium sekä munuaisten toiminnasta kertova kreatiniini. Myös tulehdusarvon (CRP) ottaminen on aiheellista, jotta voidaan erottaa bakteerin aiheuttama suolistotulehdus virusperäisestä. Bakteeritulehduksissa tulehdusarvo nousee enemmän. Muiden sairauksien poissulkemiseksi pieneenveren kuvan (PVK) määrittäminen on hyödyllistä, sillä se antaa tietoa mm. hemoglobiini- ja hematokriittiarvoista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 437.)

Hoitajan tulee kiinnittää huomiota potilaisiin, joilla on taustalla jokin perussairaus tai muusta syystä johtuva immuunipuute. Kyseisten potilaiden riski altistua nestetasapainon häiriöille on tavallista suurempi. On tärkeää huomioida jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti perussairauden merkitys äkillisessä tulehdustilanteessa ja varmistua, että potilas on tietoinen kuinka toimia kyseisessä tilanteessa. Hoitajan tulee myös arvioida, onko potilaan perussairaus yhdessä äkillisen suolistotulehduksen kanssa vaaraksi potilaalle siinä määrin, että sairaalahoito on tarpeen. Äkillinen suolistotulehdus aiheuttaa elimistössä tulehdustilan lisäksi stressitason nousua. Esimerkiksi diabeetikolle stressitason nousu yhdessä elimistön tulehdustilan kanssa aiheuttaa usein potilaan verensokerien heilahtelua. Sairaalahoitoon voidaan päätyä esimerkiksi iäkkään diabeetikon kanssa, joka ei enää itse ole niin kykeneväinen mittaamaan verensokeriaan. (Koponen & Sillanpää 2005, 344.)

Äkillisen suolistotulehduspotilaan hoito sairaalassa pitää sisällään paljon yllämainittuja asioita. Lisäksi puitteet hoidon toteuttamiseen ja tarkkailuun ovat paremmat sekä monipuolisemmat kuin kotona. Äkillisen suolistotulehduksen hoito sairaalassa koostuu useista eri osa-alueista. Näistä tärkeimpänä voidaan pitää potilaan nestevajauksen korjaamista. Nestevajaus eli dehydraatio on koko elimistöön kohdistuva kuivumistila. Sairaalassa

kuivumisen korjaamiseksi käytetään suonensisäistä nesteytystä. Potilaan kuivumisen korjaukseen käytettäviä nesteitä ovat perus- sekä isotoniset liuokset. Perusliuoksissa on paljon sokeria ja suoloja, joiden tarve korostuu äkillisessä suolistotulehduksessa. Isotonisten liuosten käyttö perustuu niiden nopeaan imeytymiseen verenkierrosta kudoksiin. Potilaan nestetasapainon korjaamisesta sairaalassa huolehtii hoitaja. (Iivanainen & Syväoja 2012, 435, 442–443.) Sairaalassa potilaan painon tarkkailu korostuu, sillä sen avulla pystytään arvioimaan nestevajauksen korjaantumista (Iivanainen & Syväoja 2012, 438–439). Potilaan virtsanmäärää tulee seurata, ja tarvittaessa potilaalle voidaan laittaa kestopatruuna (Koponen & Sillanpää 2005, 337). Nestetasapainon tarkkailua helpottamaan voidaan potilaan huoneeseen viedä nestelista, jotta nähdään potilaan suun kautta otettujen nesteiden määrä. Äkillisen suolistotulehduspotilaan hoitoon sairaalassa kuuluu jopa päivittäin otettavia laboratoriotestejä, jotta voidaan arvioida nestevajauksen korjaantumista sekä potilaan paranemista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 437–438.)

Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitoon kuuluu olennaisena osana myös käsi- sekä muun hygienian hoito. Oleellista on minimoida muiden potilaiden altistuminen suolistotulehduselle. (Kurki & Pammo 2010, 87.) Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan yleistilaa tulee tarkkailla sekä turvata riittävä energian saanti. Hoidossa tulee huomioida potilaan tarpeet ja toiveet tehden hoidosta kokonaisvaltaista. Hoitajan tehtävänä on lievittää potilaan oireita erilaisin keinoin, kuten lääkkeillä, läsnäololla ja perushoitotoimenpiteillä esimerkiksi asennon korjaamisella. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 722.) Potilasta autetaan tarpeen tullen päivittäisissä toimissa esimerkiksi peseytymisessä, kuitenkin niin että ylläpidetään potilaan omatoimisuutta. Omatoimisuuden merkitys korostuu etenkin iäkkäämmillä potilailla. (Iivanainen & Syväoja 2012, 490.)

3.6 Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaus

Äkillinen suolistotulehdus on yleensä kestoaltaan melko lyhyt, muutamasta päivästä maksimissaan viikkoon. Tämä tarkoittaa usein myös sitä, että äkillistä suolistotulehdusta sairastavat potilaat selviytyvät taudin hoidosta melko itsenäisesti. Suolistotulehduksesta kärsivät potilaat hakeutuvat kuitenkin hyvin herkästi terveydenhuoltoon pitkittyneiden oireidensa tai sairasloman tarpeen vuoksi.

Sairaanhoitajan vastaanotto terveyskeskuksissa on yleensä se paikka, jonne potilas ensimmäisenä oireidensa vuoksi hakeutuu. Hoitajan tehtävänä on antaa potilaalle riittävästi informaatiota taudista, sen kestosta sekä hoidosta. Tavoitteena on, että potilas selviytyy taudin kanssa kotona ja pystyy toteuttamaan omaa hoitoaan turvallisesti ja oikein. Hoitaja on ohjaustilanteessa keskustelun aloittaja. (Paunonen, Miettinen, Koistinen & Laitakari 2001, 17.) Lisäksi potilaat odottavat hoitajan tietävän itseään paremmin ohjauksen tarpeen, sillä kuten Paunonen ym. (2001, 17) tutkimuksessaan toteavat, että potilaat eivät osaa tai eivät välttämättä hahmota tarpeitaan. Omien ohjaustarpeiden määrittäminen on potilaille itselleen haastavaa, sillä he eivät tiedä millaista tietoa on mahdollisesti tarjolla. On tärkeää huomioida, että äkillistä suolistotulehdusta sairastava potilas ei välttämättä ole aina aikuinen, vaan voi olla niin vauva kuin vaarikin. Tällöin omien ohjaustarpeiden määrittäminen on entistä haastavampaa tai jopa mahdotonta. Tällaisessa tilanteessa hoitajalta vaaditaan taitoa määrittellä henkilön ohjauksen tarve. Ohjaustarpeen määrittämisen haastavuutta lisää myös se, että hoitajan tulee päättää pystyykö potilas itse huolehtimaan omasta hoidostaan vai onko potilaan toimintakyky laskenut niin, että omatoiminen huolehtiminen on mahdotonta tai ei toteudu tilanteen vaatimalla tavalla. (Paunonen ym. 2001, 17.)

Äkillistä suolistotulehduksesta sairastavaa potilasta ohjattaessa tulee ottaa huomioon jokaisen henkilön yksilöllinen tiedon tarve sekä keino sisäistää saamaansa ohjaus. Jokaisen potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja toiveet tulee nostaa ohjaustilanteen rakentavaksi pohjaksi. (Paunonen ym. 2001, 17.) Toisin sanoen äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaus on aina ainutlaatuista ja nimenomaan kyseisen potilaan tarpeet ja toiveet huomioivaa. Hoitaja voi ohjaustilanteessa ”kangistua kaavoihin” ja unohtaa ottaa jokaisen potilaan huomioon omana yksilönään. Monesti ohjaustilanteet noudattavat aivan liikaa ”jokaiselle henkilölle” sopivaksi tehtyä pohjaa. Toki ohjaustilanteeseen on hyvä luoda tietynlainen rutiininomainen pohja, mutta se tulee yksilöllistää jokaisen potilaan kohdalla. Kääriäisen (2007, 82) tekemästä tutkimuksesta nousi esille tuloksia, jotka vahvistivat omaa näkemystämme ohjaustilanteiden puutteista. Kääriäisen tutkimuksesta käy myös ilmi, että tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat, että ohjaus ei ollut aina yksilöllisiä tarpeita huomioivaa.

Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta oppimaan suolistotulehduksen hoitoperiaatteet, jotta hoito onnistuisi kotona itsenäisesti. Paunosen ym. (2001, 18) mukaan oppimista voidaan pitää prosessina, johon kuuluu potilaan omat kokemukset, saatu tieto, tiedon ymmärtäminen sekä sen soveltaminen. Näiden vaiheiden läpikäyminen takaa potilaan todellisen oppimisen. Potilaan ja hoitajan välisen ohjaustilanteen tulee olla tasavertainen vuorovaikutustilanne. Vuorovaikutus potilaan ohjauksessa koostuu kunnioituksesta sekä molemminpuolisesta ymmärryksestä. Lisäksi sen tulee olla potilasta tukevaa ja tilaa antavaa. Onnistunut vuorovaikutus potilaan kanssa takaa potilaan tyytyväisyyden. (Salminen 2010, 9.) Potilaan omalla motivaatiolla on suuri merkitys oppimisessa (Kääriäinen 2011, 42). Jotta äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaus olisi mahdollisimman onnistunutta, tulee ohjauksen antajan ruokkia potilaan motivaatiota. Potilaalle tulee kertoa, että annettuja ohjeita noudattamalla säästytään oireiden pahenemiselta, kuten esimerkiksi kuivumiselta. Potilaan motivaatiota ja kiinnostusta ylläpitää tiedon tarpeellisuus. Kaikki potilaalle annettu tieto pitää myös perustella. (Kääriäinen 2011, 42.)

Äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaustilanteeseen tulisi varata riittävästi aikaa. On tärkeää, että potilas kokee, että ohjaustilanne on rauhallinen ja kiireetön. Valitettavasti usein potilaat kokevat ohjausajan puutteelliseksi. Kääriäisen (2007, 80) tutkimustulokset osoittavat, että joka kymmenes tutkimukseen osallistuneesta piti ohjausaikaa liian lyhyenä. Tutkimus osoitti myös, että iällä on merkitystä siihen, kuinka nopeasti potilas asiat omaksuu. Hoitajan on tärkeää huomioida, että äkillisen suolistotulehduksen vuoksi hakeutuu hoitoon usein vanhuksia, jotka tarvitsevat enemmän aikaa sisäistääkseen ohjauksen sisältämät asiat.

Äkillistä suolistotulehdusta sairastava potilas hakeutuu ammattilaisen vastaanotolle saadaakseen vastauksia mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Potilaiden hakeutuessa hoitoon, ohjauksen neljä oleellisinta ohjattavaa pääkohtaa ovat: nestetasapaino, oireiden mukainen hoito, hygienia ja muiden mahdollisten sairauksien poissulkeminen. (Arra & Jansson 2013.) Potilaan ohjaus alkaa yleensä aina oireiden selvittelystä, kuten kuinka kauan oireet ovat kestäneet ja löytyykö potilaan oireille jokin muu looginen selittävä tekijä? Jos työdiagnoosi viittaa melko varmasti äkilliseen suolistotulehdukseen aloitetaan potilaan varsinainen ohjaaminen nestetasapainon tärkeydestä, kuten kuivumiseen viittaavista merkeistä sekä sopivien nesteiden nauttimisesta. Potilaalle mainitaan usein muutamia

apteekista saatavia nestetasapainoa korjaavia valmisteita kuten Floridral® ja Osmosal®. Ohjaustilanteessa hoitajan on syytä ottaa puheeksi keinoja, joilla voi lievittää äkillisen suolistotulehduksen oireita, esimerkiksi kuumetta, ripulointia ja oksentelua. Lisäksi potilaalle tulee antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä. Hoitajan tulee kertoa potilaalle myös yleiseen hygieniaan liittyvistä asioista. Ohjaustilanteen lähestyessä loppuaan on hyvä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt edellä käsitellyt asiat ja pystyy näiden ohjeiden mukaisesti toteuttamaan omaa hoitoaan kotoa käsin turvallisesti. Ohjaustilanne on hyvä päättää kertomalla potilaalle, milloin hänen on syytä hakeutua uudelleen hoitoon. (Arra & Jansson 2013.)

Hoitajien kokemus äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjaustilanteen onnistumisesta, kattavuudesta sekä kiireettömästä kokonaisuudesta ei takaa, että potilas sisäistäisi saamansa tiedon. Usein potilas palaa uudelleen vastaanotolle tai ottaa yhteyttä puhelimitse varmistuakseen ohjaustilanteessa läpikäytyistä asioista. Tämän vuoksi suullisen ohjauksen tueksi on tärkeää saada juuri äkillistä suolistotulehdusta sairastavalle potilaalle suunnattu kirjallinen ohje. (Arra & Jansson 2013.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulun tutkimuksellisen opinnäytetyön vaihtoehtoista. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena voi olla erilaisten käytännössä tapahtuvien toimintojen järjestämistä, ohjeistamista, opastamista sekä järjeistämistä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyy aina jotain konkreettista, kuten opas, ohje tai ohjeistus, se voi myös olla jonkin tapahtuman toteuttamista tai jonkin tietopaketin kokoamista ym. Kaikkia toiminnallisia opinnäytetöitä yhdistää viestinnän ja visuaalisuuden luoma kokonaisuus, josta selviää toiminnan tarkoitus. Lisäksi sillä on yleensä jokin kohderyhmä, jolle se on suunnattu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9–10.)

Valitsimme opinnäytetyömme menetelmäksi tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, sillä se oli luonnollinen vaihtoehto, kun kyseessä on kirjallisen potilasohjeen tekeminen. Meille molemmille on ollut alusta asti selvää, että haluamme toteuttaa jotain konkreettista ja erityisesti potilaille suunnattua materiaalia. Koemme, että näin voimme yhdistää hyvän teoreettisen tiedon sekä käytännönläheisyyden.

4.1 Kirjallinen potilasohje

Potilaiden hoitoajat lyhenevät vuosi vuodelta, mikä on johtanut siihen, että potilaat joutuvat itse huolehtimaan monista hoidollisista asioista kotona. Nykyään potilas on monesti itse vastuussa ns. jatkohoidosta. Tämän vuoksi kirjalliset potilasohjeet ovat nousseet erityisen tärkeään asemaan, ne ohjaavat ja auttavat itse potilasta toteuttamaan hoitoa oikeaoppisesti. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66.)

Potilasohjeissa on olennaisinta niiden oikeellisuus, tiedon ajantasaisuus sekä se miten asiat kerrotaan. Kirjallisten ohjeiden tarkoitus ei ole ainoastaan ohjata potilasta ja vastata mieltä askarruttaviin kysymyksiin, vaan myös tukea jokaisen potilaan itsemääräämisoikeutta. Kirjallisilla ohjeilla pyritään antamaan tietoa, jota potilas tarvitsee, jotta hän ei ahdistuisi ja kokisi jäävänsä asiansa kanssa yksin. Kirjallinen ohje on keino vastata potilaan kysymyksiin ja lisätä potilaan tietoutta esim. sairaudesta tai jostakin tulevasta toi-

menpiteestä ja siihen valmistautumisesta. (Lipponen ym. 2006, 66; Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallinen ohje annetaan yleensä potilaalle suullisen ohjauksen yhteydessä tai sen jälkeen. Kirjallinen ohje tukee suullista tietoa ja potilas voi tarvittaessa tarkistaa unohtamansa asiat ohjeesta. Lisäksi ohjeen antamisajankohta tulee valita huolellisesti. Kyngäs ym. (2007, 125) mukaan kotihoito-ohjeen antamisajankohta riippuu kunkin potilaan yksilöllisestä hoidon tarpeesta ja siitä millaista hoitoa hänen tulisi osata kotonaan toteuttaa. Ohjaustilanne saattaa olla potilaalle uusi ja jännittävä, jolloin suullisesti annettu tieto ei jää potilaan mieleen. Tällöin kirjallinen ohje on korvaamaton apu potilaalle ja hänen omaisilleen. Kuten suullisessa ohjauksessa, myös kirjallisen ohjeen tulee huomioida potilas. (Lipponen ym. 2006, 66.) Kirjallisten ohjeiden sisältö on usein yleisluonteista. Tämän vuoksi hoitajan tulee täydentää ohjetta potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. (Torkkola ym. 2002, 32.)

Kyngäksen ym. (2007, 125) mukaan potilasohjeet ovat usein liian vaikeasti ymmärrettäviä. Kirjallinen ohje tulee kirjoittaa niin, että se todella puhuttelee juuri potilasta. Kirjallista ohjetta luodessa tulisi pysähtyä miettimään potilasohjeen kohderyhmää ja potilaiden yksilöllisiä tarpeita. On tärkeää huomioida, että potilas ei ole terveydenhuollon ammattilainen, joten kirjallisessa ohjeessa käytettävän kielen tulee olla sen mukaista. Potilas ei yleensä tiedä asiasta vielä mitään saadessaan suullista ja kirjallista ohjausta. On siis tärkeä, että kirjallinen ohje sisältää kaikki tarvittavat asiat ja niiden osat, jotta potilas pystyy ymmärtämään mistä on kyse. Lisäksi on syytä kiinnittää huomiota tekstin sisältöön ja ulkoasuun. (Lipponen ym. 2006, 66–67.) Potilasohjeessa annettavan tiedon tulee olla perusteltua. Potilaan tulee tietää miksi juuri näin on hyvä toimia tai mitä vääränlaisesta toiminnasta voi aiheutua. Tarkasti perusteltu ohjeistus takaa, että potilas noudattaa saatua ohjetta todennäköisimmin. (Torkkola ym. 2002, 38).

Kirjallista ohjetta kirjoitettaessa tulee muistaa potilaan ja terveydenhuollon toimipisteen tarpeet. Kummankin tekijän yhteisenä tavoitteena on ohjata potilasta toimimaan tilanteessa oikein ja potilasta hyödyttävällä tavalla. (Lipponen ym. 2006, 67.)

Potilasohje tulee kirjoittaa selkeästi ja yksiselitteisesti niin, että tieto välittyy jokaiselle potilaalle, myös erityisryhmät tulee huomioida (Lipponen ym. 2006, 67). Ohjeen tulee

antaa vastaus muun muassa seuraaviin kysymyksiin: ”mitä?”, ”missä?”, ”milloin?”, ”miten?” ja ”miksi?” (Kynge ym. 2007, 126). Jokainen potilasohjeen tekijä voi suunnitella tapansa, joilla tuo esille tärkeän asian (Lipponen ym. 2006, 76).

Kirjallisissa potilasohjeissa voi käyttää kuvia, jos niiden käyttö on perusteltua. Kuvat, erilaiset kaaviot ja taulukot lisäävät potilaan mielenkiintoa aihetta kohtaan ja usein ne myös selkeyttävät ohjeessa olevaa tietoa. (Eloranta & Virkki 2011, 76, 127.) Jos ohjeessa käyttää kuvia, tulee niiden liittyä aiheeseen. Kuvilla tulee olla selkeä yhteys aiheeseen, eikä niitä saa olla liiaksi. On parempi jättää kuvat käyttämättä kuin käyttää kuvia, jotka vain näyttävät esteettisiltä, mutta eivät tue sisältöä. Tyhjät tilat tekstissä tekevät ohjeesta rauhallisemman ja helppolukuisemman. Jos päädytään käyttämään kuvia kirjallisessa ohjeessa, tulee muistaa huomioida niiden tekijänoikeus. Mikäli siis haluaa käyttää muiden ottamia kuvia, pitää siihen olla lupa. Netistä tosin löytyy kuvia, joita saa käyttää maksutta, mutta kuvien laatu ei ole aina painokelpoista. (Lipponen ym. 2006, 67; Torkkola ym. 2002, 40–42.)

Kirjallista potilasohjetta luotaessa tulee kiinnittää huomio ns. yleisiin ohjetta koskeviin kriteereihin, kuten sen sisältöön ja ulkoasuun (Eloranta & Virkki 2011, 74). Ohjeen ulkoasun lähtökohtana on, kuinka teksti ja kuvat ovat paperille aseteltu. Hyvin suunniteltu ja toteutettu ohje herättää mielenkiintoa ja tekee ohjeesta helppolukuisen. Ohjetta ei tulisi täyttää kuvilla ja tekstillä, vaan tyhjääkin tilaa tulee olla. Tyhjä tila toimii usein ohjeen rauhoittajana, eikä tee sitä liian täyden tuntuista. Ohjeen ulkoasua mietittäessä tulee kiinnittää huomiota myös seuraaviin seikkoihin; tehdäänkö ohje pysty- vai vaakasuoraan, mitä kirjasintyyppiä ja kokoa käytetään, millaisia värejä ohjeeseen valitaan ja kuinka leveitä marginaaleja käytetään? (Torkkola ym. 2002, 53, 55, 58.)

Torkkolan ym. (2002, 56) mukaan parisivuinen ohje suositellaan tehtäväksi pystyyn. Ohje, joka sisältää useampia sivuja, on hyvä asetella vaakaan. Värejä tulee käyttää harvitausti, mutta tosiasia on se, että usein värillinen ohje on huomiota herättävämpi kuin yksivärinen. Ohjeen tulee edetä järjestelmällisesti. Asiat tulee ilmaista kronologisessa järjestyksessä, jotta ohje olisi mahdollisimman looginen. Lisäksi kappalejaoissa tulee varmistaa, että yksi asiakokonaisuus on esitetty yhdessä kappaleessa ja ensimmäisessä kappaleessa on ohjeen oleellisin asia. Tämä auttaa tekemään ohjeesta ymmärrettävemmän sekä selkeämmän. (Torkkola ym. 2002, 42–43; Eloranta & Virkki 2011, 127.)

Kirjasintyyppiksi on hyvä valita selkeästi taustalta erottuva ja vaivattomasti luettava kirjasin. Suosituimpia kirjasintyyppejä ovat Times New Roman ja Arial. Käytetyin fonttikoko on 12, mutta erilaiset potilasryhmät tulee huomioida tässäkin tapauksessa, esimerkiksi vanhukset sekä heikkonäköiset. Tällöin tekstin kokoa suurennetaan kohderyhmän tarpeita vastaavaksi. Otsikoiden tulee erottua muusta tekstistä, niiden tulee olla napakasti ilmaistuja ja riittävän yksinkertaisia. Otsikon näkyvyyttä voi korostaa lihavoinnilla sekä isommalla tekstikoolla. Leipätekstin korostamisessa ei suositella tekstin alleviivausta, sillä se voi helposti tehdä tekstistä vaikealukuista. (Lipponen ym. 2006, 68; Torkkola ym. 2002, 58–59.)

Hyvä kirjallinen potilasohje kertoo ensimmäisenä, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä tarkoitus potilasohjeella on (Kyngäs ym. 2007, 126). Potilasohjeen alkuriveiltä tulee käydä ilmi mitä ohje sisältää. Lipponen ym. (2006, 67) mukaan hyvä ohje puhuttelee juuri potilasta ja selittää miksi potilaan on hyvä toimia juuri tällä tavalla. Hyvässä ohjeessa teitittely on aina suotavaa (Eloranta & Virkki 2011, 74). Ohjeen tulee edetä tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän tärkeää. Potilaan huomio tulee kiinnittää otsikoiden ja väliotsikoiden avulla, jotka tekevät ohjeesta selkeän ja luotettavan. (Lipponen ym. 2006, 67.)

Hyvä kirjallinen ohje huomioi potilaan kokonaisvaltaisesti. Ohjeen tulee fyysisen vaikean lisäksi huomioida sosiaalinen ja psyykinen puoli, esimerkiksi kuinka vaiva/sairaus vaikuttaa potilaan henkiseen hyvinvointiin tai sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Lisäksi hyvässä ohjeessa tulee aina mainita, mihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Tämä luo potilaalle turvallisuuden tunnetta ja tunteen, että häntä ei jätetä yksin asian kanssa. (Torkkola ym. 2002, 44.) Ohjeessa sisällön tulisi olla tarpeeksi tiivis ja asian pääkohdat kertova. Ohje ei saa sisältää liikaa tietoa, sillä potilaan sisäistämiskyky on jo muutenkin tällaisessa tilanteessa koetuksella. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Asiasisällön tulee olla mahdollisimman ajankohtaista sekä oikeaa. Lisäksi sen tulee olla kyseisen alueen hoitokäytännöt huomioivaa. Potilasohjetta tulee muistaa myös päivittää. Ohjeiden ajantasaisuudesta huolehtimaan kannattaa nimetä jokin tietty henkilö. (Eloranta & Virkki 2011, 75.)

Millainen potilasohjeen tulee olla, jotta se kiinnittäisi mahdollisimman monen potilaan huomion? Hyvärinen (2005, 1769–1770) pohtii artikkelissaan muun muassa niitä seikkoja, jotka loppujen lopuksi saavat potilaan tarttumaan ohjeeseen. Hyvärisen mukaan hyvän ohjeen voidaan sanoa olevan tarina. Jos kyseessä on siis tarina, tarvitsee tarina aina jonkinlaisen juonen. Juonen tarkoituksena on pitää lukijan mielenkiintoa yllä sekä auttaa lukijaa siirtymään vaiheesta toiseen. Suuri merkitys on siis sillä, missä järjestyksessä asiat potilasohjeeseen laittaa. Tärkeää on pysähtyä miettimään mitä potilas kyseisestä ohjeesta etsii?

Potilaan on helpompi vastaanottaa tietoa, jos sitä on perusteltu riittävästi. Toisin sanoen pelkkä kommentti ”pese kädet” ei saa välttämättä äkillistä suolistotulehdusta sairastavaa potilasta kovinkaan vakuuttuneeksi asian tärkeydestä, vaan herättää lähinnä kysymyksen ”minkä takia?”. On tärkeää perustella hyvinkin yksinkertaisilta tuntuvat ohjeet. (Hyvärinen 2005, 1770.)

4.2 Tuotoksen toteutus

Tuotoksenamme syntyi potilasohje, joka on suunnattu äkillistä suolistotulehdusta sairastavalle potilaalle. Ennen ohjelehtisen kokoamista teimme pienimuotoisen haastattelun Kangasalan terveyskeskuksen muutamalle sairaanhoitajalle. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää työelämän mielipiteitä koskien potilasohjeen sisältöä ja ulkoasua. Koimme, että haastattelun avulla saisimme ohjeesta paremmin kohderyhmämme tarpeita vastaavan. Haastattelussa sairaanhoitajat toivoivat, että kirjallinen ohje sisältäisi ainakin selkeät kotihoito-ohjeet sekä osuuden, jossa kerrotaan milloin potilaan on syytä hakeutua uudelleen hoitoon. Sairanhoitajat toivoivat myös, että ohje ei olisi liian pitkä ja, että se olisi tehty juuri potilaita varten. Hoitajat kokivat, että sopiva pituus ohjeelle olisi taiteltu A4 kokoinen paperi, eli ohje sisältäisi kansilehden, itse sisällön lyhyesti ja loppuun tyhjiä rivejä muistiinpanoja/ huomioita varten sekä Kangasalan terveyskeskuksen yhteystiedot. (Arra & Jansson 2013.)

Kangasalan terveyskeskuksella ei ollut omaa valmista pohjaa ohjeelle, joten he antoivat meille vapaat kädet ohjeen tekstityylin ja asettelun suhteen. Toivomuksena heillä oli, että Kangasalan vaakuna olisi kansilehdessä näkyvillä. (Arra & Jansson 2013; Luukko-

nen 2013.) Kangasalan terveyskeskuksen osastonhoitaja ehdotti myös, että ohjeen otsikoksi tulisi ”äkillisen suolistotulehduksen” sijaan ”äkillinen vatsatauti”, koska se puhuttelisi enemmän kohdehenkilöitä ja tekisi ohjeesta helposti lähestyttävän. (Luukkonen 2013). Potilasohjeemme lopulliseksi otsikoksi muotoutui: Äkillinen vatsatauti - Mikä se on ja kuinka hoidan sitä? Päädyimme valitsemaan kyseisen otsikon, sillä se kertoo mielestämme heti lukijalle, mistä ohjeessa on kyse ja mihin kysymyksiin ohje vastaa.

Aloitimme opinnäytetyömme tuotoksen suunnittelemisen jo melko varhaisessa vaiheessa, kunnes ymmärsimme, että sen kokoaminen olisi järkevintä toteuttaa huolellisen aiheeseen perehtymisen jälkeen eli teoriaosuuden valmistuttua. Ensimmäinen vaiheemme potilasohjeen toteutuksessa oli suunnittelu. Suunnitteluvaihe sisälsi ohjeeseen tulevan sisällön valitsemisen sekä sisällölle sopivien otsikoiden muotoilemisen. Toisessa vaiheessa ohjeen toteutusta hahmottelimme ulkoasua ja kuvitusta ohjeellemme. Kolmas vaihe piti sisällään ohjeen rakentamisen kokonaisuudeksi em. suunnitelmien pohjalta.

Tuotoksemme pohjaväriksi valitsimme valkoisen ja ohjeen sivuja kehystämään punaisen värin. Värivalintoihimme vaikutti oleellisesti Kangasalan kunnan punainen vaakuna, jonka liittäminen ohjeeseen oli yksi työelämän toiveista. Mielestämme punainen kehys tuo ohjeeseen toivomaamme elävyyttä jättäen sen kuitenkin rauhallisen oloiseksi. Kangasalan vaakunan paikaksi valitsimme etu- ja takasivun. Mietimme pitkään potilasohjeen väliotsikointia sekä niiden muotoa ja päädyimme lopulta seuraaviin: Äkillinen vatsatauti – Mikä se on? Vatsataudin oireet, Miten MINÄ hoidan äkillistä vatsatautia? ja Milloin on syytä hakeutua uudelleen hoitoon? Päädyimme kysymysmuotoisiin otsikoihin, sillä mielestämme niiden avulla potilaalle tulee tunne, että ohje on kohdistettu yksilöllisesti juuri hänelle. Samasta syystä päädyimme käyttämään ohjeessa kauttaaltaan sinuttelumuotoa, vaikka yleinen käytäntö on käyttää teitittelymuotoa.

Potilasohjeen sisällön tiivistäminen neljään sivuun oli aluksi haasteellista, mutta lopulta saimme tekstin muotoiltua niin, että se mahtui taiteltuun A4- kokoiseen paperiin. Haasteellista oli myös tehdä ohjeen sisällöstä potilaalle mahdollisimman helppolukuinen ja selkeä. Tuotoksemme tekstityyliksi valitsimme Eras Light ITC:n, koska se on silmälle miellyttävä, helposti luettava sekä potilasohjeemme tyylille sopiva. Otimme tekstikokoa valitessamme huomioon sen luettavuuden, selkeyden sekä erilaiset ikäryhmät, joten päädyimme väliotsikoiden kokoon 14 ja leipätekstin kokoon 12. Luetutimme potilasoh-

jetta tuttavapiirissämme ja keräsimme palautetta siitä saadaksemme mielipiteitä ohjeen luettavuudesta, selkeydestä, sisällöstä sekä sen ulkoasusta. Jotta saimme tehtyä potilasohjeesta työelämän tarpeita vastaavan, toimitimme potilasohjeen Kangasalan terveyskeskukselle. Työelämä oli kaikin puolin tyytyväinen aikaansaannokseemme eikä heillä ollut parannusehdotuksia muutamaa äidinkielellistä korjausta lukuun ottamatta.

Potilasohjeemme kuvituksesta vastasimme itse, sillä meillä oli alusta alkaen selvä visio hahmosta, joka ”seikkailee” potilasohjeen sivuissa. Halusimme kuvien tuovan kevenystä ohjeeseemme sekä tekevän aiheesta helposti lähestyttävämmän kohderyhmälle. Lisäksi itse tehdyt kuvat eivät riko muiden tekijänoikeuksia. Potilasohjeen hahmoksi muotoutui tiukkailmeinen bakteeri, joka siirtyy sivulta toiselle aina teemoja mukaillen. Ohjeemme viimeiseltä sivulta hahmo löytyy selätettynä, mikä kuvastaa äkillisen suolistotulehduksen voittamista.

Potilasohjeen toteutuksessa huomioitiin, että potilasohjetta tulee pystyä päivittämään. Siksi teimmekin ohjeesta tietokoneella helposti muokattavan, mikä tekee vaivattomammaksi työelämän toteuttamaa potilasohjeen päivittämistä tulevaisuudessa. Lisäksi Kangasalan terveyskeskuksen tarkoituksena on vastuuttaa yksi hoitajista päivittämään potilasohjeita.

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyötä tehtäessä on ensiarvoisen tärkeää muistaa noudattaa eettisyyden ja luotettavuuden kriteereitä ja tavoitella totuutta. Näiden kriteereiden avulla varmistetaan, että tekijät ovat toteuttaneet työn niin, että tekijöiden omat mielipiteet ja ennakkokäsitykset eivät vaikuta työn lopputulokseen. (Mäkinen 2005, 98.) Tutkimuksen ei voida sanoa olevan hyvä, ellei se ole noudattanut tutkimuseettisiä ohjeita. Eettisyyden sano-taankin olevan lähtökohtana kaikelle tieteelliselle tutkimukselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Tutkimuseettisten ohjeiden perustana Suomessa toimii Hel-singin julistus, joka on hyväksytty maailmanlaajuisesti lääkäriiliiton toimesta. Alun perin julistus laadittiin lähinnä ohjaamaan lääkäreiden tutkimustyötä, mutta vuosien kuluessa samainen julistus on tullut muidenkin terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Jotta voidaan tehdä eettisesti hyvä tutkimus, tulee sille laatia ensin suunnitelma. Tutki-mussuunnitelmasta tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus, aikataulut, mene-telmä ym. tutkimukseen liittyvä oleellinen tieto. (Mäkinen 2005, 129.) Tutkimussuunni-telman ja -luvan avulla haetaan hyväksymistä tutkimuksen tekemiselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tutkimussuunnitelma tehtiin aikataulun mukaisesti. Suunnitelma ja tutkimuslupa esiteltiin työelämän yhteyskumppanille sekä koululle. Lu-pa opinnäytetyön tekemiseen saatiin kummaltakin osapuolelta.

Eettisissä ohjeissa sanotaan mm., että tekijän tulee käyttää perusteltuja ja luotettavia lähteitä. Opinnäytetyössämme on noudatettu ohjeiden mukaista lähdekritiikkiä. Ke-räsimme opinnäytetyöprojektin alussa laajalti materiaalia koskien opinnäytetyön aihetta, jonka jälkeen käytettäviksi lähteiksi valitsimme luotettavimmat. Lähteiksi valittiin teok-sia, jotka ovat iältään melko tuoreita ja alkuperältään uskottavia. Valintaan vaikutti myös tekijöiden tunnettavuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.) Valit-simme opinnäytetyömme lähteiksi myös tieteellisiä aikakauslehtiä, sillä niiden sisältämä tieto on uusinta ja ajankohtaisinta (Mäkinen 2005, 67). Lisäksi olemme käyttäneet työmme lähteenä erilaisia tutkimuksia. Emme löytäneet suoraan äkillisen suolistotuleh-duspotilaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia, joten valitsimme tutkimuksia, jotka liit-

tyivät olennaisesti opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen. Näistä tutkimuksista saatua tietoa yhdistelemällä saimme koottua kattavan ja ennen kaikkea luotettavan kokonaisuuden opinnäytetyömme aiheesta.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen ihmisen tuottaman aineiston käyttämistä omanaan niin, että tiedon alkuperää ei mainita (Vilkka & Airaksinen 2003, 78). Se on toisen ihmisen tekijänoikeuksien loukkaamista ja epäkunnioittavaa käytöstä toista tutkijaa kohtaan (Hirsjärvi ym. 2009, 122). Olemme kiinnittäneet huomiota plagioinnin vaaroihin ja sen vuoksi olemme perehtyneet lähteisiin ja niiden sisältöön etsien lähteen oleellisen sisällön. Olemme merkinneet lähdeviitteet tarkasti ja huolellisesti Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjeiden (Virikko 2012) mukaisesti, jotta tiedon oikeellisuuden tarkastaminen olisi mahdollisimman helppoa.

Haastattelua tiedonhankintamuotona pidetään luotettavana (Mäkinen 2005, 87). Halusimme lisätä työmme luotettavuutta tekemällä pienimuotoisen haastattelun Kangasalan terveyskeskuksen kahdelle sairaanhoitajalle, jotka ovat työskennelleet useita vuosia opinnäytetyötämme koskevan potilasryhmän parissa. Haastattelun tarkoituksena oli saada tietoa äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan tarpeista ohjaustilanteessa. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla henkilön omasta halusta lähtevää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat tekivät itse päätöksen haastatteluun osallistumisesta. Lisäksi heiltä kysyttiin henkilökohtainen lupa käyttää heidän antamaansa tietoa lähteenä. Eettisyys- ja luotettavuussyistä johtuen sovimme sairaanhoitajien kanssa, että he saavat tarkistaa ennen opinnäytetyön varsinaista julkaisua, ettei heidän antamaansa tietoa ole muutettu.

Eettistä kirjoittamista ohjaamaan on laadittu kahdeksan kriteeriä. Kriteereistä löytyy kohta, jossa sanotaan, että tutkijan tulisi olla kiinnostunut tekemään tutkimusta ja hankkimaan uutta tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Saadessamme aihevaihtoehtoja opinnäytetyötämme varten Kangasalan terveyskeskukselta, löysimme heti aiheiden joukosta meitä kumpaakin kiinnostavan aiheen. Koimme, että aihe on kaikin puolin mielenkiintoinen ja hyödyllinen tulevaa ammattiamme silmälläpitäen. Lisäksi huomasimme, että aiheesta ei löytynyt kovinkaan paljon tietoa hoitotyön näkökulmasta. Tämä lisäsi innostustamme, sillä koemme, että aihe tulee olemaan hyödyllinen tule-

vaisuudessa myös muille alan ammattilaisille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218).

5.2 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

Jos palaamme ajassa taaksepäin syksyyn 2012 ja mietimme tuntemuksiamme opinnäytetyöprojektista, voimme onneksemme todeta projektin olleen paljon antoisampi, opettavaisempi sekä kaikin puolin ammatillista kasvuamme tukeva kokemus. Tällaiseen projektiin on hyvä lopettaa yli kolmivuotinen opiskelumme ja jatkaa kohti uusia haasteita.

Jo ennen opinnäytetyön aiheen virallista valintaa, tiesimme, että halusimme tehdä jotain konkreettista ja käyttöön tulevaa, potilaille suunnattua materiaalia. Tämän vuoksi tuotokseen painottuva opinnäytetyö oli meille luonteva valinta. Mielestämme potilasohjeen tekemisen etuina on, että siinä yhdistyy lääketieteen, hoitotyön sekä potilaan näkökulmat. Tulevina sairaanhoitajina koemme tärkeäksi, että osaamme yhdistää edellä mainitut näkökulmat kokonaisuudeksi, sillä se on mielestämme iso osa sairaanhoitajan ammattitaitoa.

Aloitimme opinnäytetyöprojektimme syksyllä 2012. Saimme heti molempia kiinnostavan aiheen työelämäyhteydeltämme Kangasalan terveystieteiden keskukselta. Kävimme heti innokkaina etsimään tietoa aiheestamme. Alkuun hyvien lähteiden löytäminen sekä niiden valitseminen oli haasteellista ja aikaa vievää. Opinnäytetyöprojekti eteni vaihe vaiheelta tekemämme aikataulun mukaisesti. Aikataulussa pysymistä helpotti opinnäytetyömme ohjaavan opettajan kanssa säännöllisin väliajoin käydyt ohjauskeskustelut sekä seminaariesitykset opinnäytetyöryhmällemme.

Olemme olleet alusta alkaen yhteydessä työelämään ja käyneet paikan päällä keskustelemassa heidän tarpeistaan ja toiveistaan, jotta opinnäytetyöstä sekä sen yhteydessä syntyvästä potilasohjeesta tulisi heille mieleinen. Työelämän yhteyshenkilö oli alusta asti innostunut siitä, että teemme opinnäytetyömme juuri heille. Matkan varrella työelämän yhteyshenkilömme on kannustanut ja tukenut meitä. Lisäksi hän onnistui aina järjestä-

mään aikaa yhteisiin tapaamisiimme. Saimme myös paljon positiivista palautetta ja ideoita opinnäytetyöprojektimme aikana, mikä lisäsi omaa innostustamme entisestään.

Tuotostamme oli mukava lähteä työstämään, sillä saimme työelämän yhteyshenkilöltä melko vapaat kädet sen toteuttamiseen. Parhaita hetkiä potilasohjetta tehtäessä oli, kun saimme käyttää sen toteuttamisessa omaa luovuuttamme hyväksi. Olemme tyytyväisiä potilasohjeemme sisältöön ja ulkoasuun. Mielestämme onnistuimme tekemään ohjeesta nimenomaan potilaille tarkoitetun ja valmis ohje miellytti niin meitä itseämme kuin työelämääkin.

Opinnäytetyömme tehtävien täyttäminen oli mielestämme helppoa, sillä näimme alkuun paljon vaivaa niiden muotoilemiseen. Opinnäytetyötä oli mukava viedä eteenpäin, koska tiesimme koko ajan mihin kysymyksiin halusimme, että työmme vastaa. Opinnäytetyömme tehtävät täyttyivät hyvin ja mielestämme ne täydentävät työmme tarkoitusta sekä tavoitetta.

Opinnäytetyömme aihe oli jo meille entuudestaan tuttu, mutta opinnäytetyöprosessin aikana tietomme äkillisestä suolistotulehduksesta sekä äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan ohjauksesta ja sen hoidosta on kasvanut valtavasti. Huomasimme opinnäytetyön edetessä, että äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoitaminen vaatii todellisuudessa hoitajalta paljon tietotaitoa monelta eri osa-alueelta sekä kykyä muokata tietoa jokaiselle potilaalle sopivaksi. Huomasimme myös kuinka tärkeä aihe on, sillä hoitajina voimme kohdata äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan missä tahansa. Opinnäytetyöprosessin hämöttäessä loppuaan voimme ylpeinä todeta olvamme huolellisesti perehtyneitä aiheeseen. Tämän matkan aikana olemme mielestämme kasvaneet ja kehittyneet sairaanhoitajina, sillä nyt osaamme ottaa äkillistä suolistotulehdusta sairastavan potilaan hoidon osa-alueet paremmin huomioon.

Opinnäytetyöprosessi on myös syventänyt ymmärrystämme yleisesti potilaiden ohjauksesta sekä heidän tarpeistaan ja toiveistaan. Mielestämme näiden asioiden pohtiminen lisää valmiuksiamme ja auttaa meitä tulevaisuudessa toimimaan sairaanhoitajan tehtävissä. Potilasohjaus on sairaanhoitajan keskeisiä työtehtäviä. Sairaanhoitajalla tulee mielestämme olla erilaisia keinoja kohdata eri-ikäisiä ohjausta vailla olevia potilasryhmiä sekä ymmärtää ikäryhmien ja sukupuolien välisiä eroavaisuuksia.

On tutkittu, että nuoremmat potilaat ovat tyytyväisempiä hoitajien vuorovaikutustaitoihin kuin vanhemmat potilaat (Härkönen 2005, 39). Nuori hoitaja saattaa ohjata asiat vanhemmalle potilaalle samalla tavalla kuin nuoremmalle. Nuorten keskuudessa "sinunkaupat" ovat itsestänselvyys, kun taas vanhemmille potilaille "sinuttelu" saattaa tuntua erittäin epäkunnioittavalta käytökseltä. Tämä johtuu mielestämme siitä, että heidän nuoruudessaan arvostus vanhempia ihmisiä kohtaan on ollut arkipäivää. Tämän vuoksi mielestämme ohjaustilanteessa hoitajan tulee kiinnittää erityisesti huomiota kielenkäyttöön, puhuttelumuotoon sekä yleiseen kohteliaisuuteen. Sairaanhoitajan tulee myös havainnoida, mikä tapa ohjata soveltuu parhaiten kullekin potilaalle.

Härkösen (2005, 39) tutkimuksesta selviää myös, että nykynuoret ovat tyytymättömämpiä hoitajien ammattitaitoon, kuin vanhemmat potilaat. Tulevina terveydenhoitoalan ammattilaisina meillä tulee olla kyky toimia uskottavasti myös sellaisten potilaiden kanssa, joilla on jo entuudestaan tietämystä hoidettavasta vaivastaan/sairaudesta. Varsinkin nuoremmat potilaat turvautuvat internetiin, joka on mahdollistanut tiedon keräämisen aivan uudella tasolla. Vanhempien potilaiden tyytyväisyys hoitajien ammattitaitoon voi mielestämme selittyä yksinkertaisesti sillä, että useat heistä eivät osaa käyttää tietokonetta laisinkaan. Pohtiessa tätä asiaa, tulimme siihen johtopäätökseen, että ennen potilaiden ohjaamista, hoitajan tulee perehtyä huolellisesti ohjattavaan aiheeseen. Uskottavaan ohjaukseen vaadittava tietotaito vaatii mielestämme kokemusta ja sen mukana tuomaa ammattitaitoa, jonka kehittyminen vie vuosia. Kokemattoman hoitajan ei kuitenkaan tule mielestämme vedota ohjaustilanteissa kokemattomuuteensa, vaan tutustua erittäin huolellisesti ohjauksen aiheeseen ennen ohjaustilanteen aloittamista. Toimittaessa tällä tavalla voimme saavuttaa potilaiden luottamuksen ammattitaitoomme.

Opinnäytetyömme kehittämisehdotuksina voisi olla tuotoksenamme syntyneen potilasohjeen toimimisen tutkiminen, sekä millaista hyötyä äkillistä suolistotulehdusta sairastavat potilaat ovat siitä saaneet. Toinen esimerkki voisi olla, että opinnäytetyöstä tiivistettyä materiaalia voitaisiin käyttää hoitotyötä opiskelevien luentomateriaalina. Lisäksi opinnäytetyön aiheesta voisi pitää sairaaloiden eri osastoille tietoiskuja, sillä aihe koskettaa monia sairaalan osastoja vuosittain. Yhtenä jatkotutkimus aiheena voisi olla samasta aiheesta lapsille suunnatun potilasohjeen tekeminen, sillä se olisi mielestämme hyvin tarpeellinen. Lasten äkillisen suolistotulehduksen hoidossa korostuu omat

erityispiirteensä. Jouduimme rajaamaan työstämme lasten osuuden kokonaan pois, sillä aiheesta olisi tullut liian laaja. Potilasohjeen hyödyllisyyttä voisi tutkia Kangasalan terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselyllä. Kyselystä selviäisi potilasohjeen käytännöllisyys sekä tarpeellisuus ohjauksen tukena.

LÄHTEET

Anttila, V-J., Nieminen, T. & Maunula, L. 2010. Norovirusten aiheuttamat gastroenteriitit laitosten ongelmana. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 13/2010,1575–1581.

Arra, M., Jansson, K. Sairaanhoidajat. 2013. Haastattelu 23.5.2013. Haastattelijat Rinta-Luopa, E. & Salo, P. Kangasala.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Erkkilä, T & Sarajärvi, A. 2012. Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämässä. *Pro Terveys* 4/2012, 38–40.

Hietala, M. & Roth-Holttinen, O. (toim.). 1999. Infektiot ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

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

Hoffren, A. & Piirainen, M-L. 2005. Yksilöllisyyden toteutuminen vanhusten elämässä palvelutalossa. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Huovinen, P., Jalanko, H. & Mustajoki, P. 2006. Suolistoinfektiot. Teoksessa Hannuksela, M., Huovinen, P. (toim.), Huttunen, M., Jalanko, H., Mustajoki, P., Saarelma, O., Tiitinen, A. Terve ihminen – Suomalainen lääkärikirja. Helsinki: Duodecim. WSOY, 334- 337.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim*. 121(16), 1769–1772.

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitaja vastaanottoon poliklinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*. Kuopion yliopisto. Pro gradu.

Iivanainen, A & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 7. uudistettu painos.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistää. Helsinki: Tammi.

Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Löflund, J-E., Kuusi, M. & Ruutu, P. (toim.) 2012. Tartuntataudit suomessa 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Raportti 36/2012, 12–14, 16–17.

Kampylobakteeri. 2011. Tartuntatautiliitto ry:n lehti 2/2011, 23–27

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 3. uudistettu painos.

- Kassara H. 1997. Potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen hoitotyön tavoitteena. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Lisensiaattityö.
- Karttunen, T. 2005. Asiakaslähtöisten toimintamallien arviointi- kansainvälisen ja kansallisen hoitotieteellisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede. Kuopion yliopisto. Pro gradu.
- Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2009. Mikrobit hoitotyön haasteena. Helsinki: Edita prima Oy. 2. Uudistettu painos.
- Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? Tutkiva hoitotyö 2/2013, 44–46.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kuusi, M. 2009. Akuutin ripulin aiheuttajat Suomessa. Moodi 5/2009, 231–235.
- Kuusi, M., Kanerva, M. & Lyytikäinen, O. 2007. Toimenpideohje norovirus-tartuntojen ehkäisemiseksi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja C 5/2007.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö. 4/2011, 41–42.
- Lassila, R. 2006. Keskosen vanhempien hoitohenkilökunnalta saama ohjaus sairaalahoidon aikana. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Pro Gradu.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Luukkonen, R. Osastonhoitaja. 2013. Haastattelu 23.5.2013. Haastattelijat: Rinta-Luopa, E. Salo, P. Kangasala.
- Mattila, L. & Järvinen, A. 2011. Maha-suolikanavan infektiot ja ripulitaudit. Teoksessa Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S. & Vaara, M. (toim.). Infektiosairaudet - Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, kirja 3. Helsinki: Duodecim. WSOY, 475–499.
- Mikrobien aiheuttamat ripulitaudit. 2012. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 4/2012, 365–368.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa -kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Hoitotiede. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Nurminen, M-L. 2012. Lääkehoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 10.–11. painos.

Ottelin, M. & Pulkka, M. 2010. Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta - osastohoidon aikana. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Pajala, M. 2013. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K., Puolakkainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Helsinki: Duodecim, 29- 35

Paunonen, T., Miettinen, M., Koistinen, A. & Laitakari, J. 2001. Päiväkirurgisen polventähystyspotilaan ohjauksen perusteet. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 97/2001.

Prauda, H. 2009. Kirjallisten potilasohjeiden laatiminen vastaanotto toimintaan. Hoitotyön koulutusohjelma. Lahden ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Ruuskanen, O., Peltola, H. & Vesikari, T. 2007. Lasten infektiosairaudet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saano, S & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salminen S. 2010. Hoitohenkilöstön työajankäyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu.

Seppänen, H. 2008. ”Mä ainaki hirveest haen sitä kuntouttavaa työtettä” – Asiakaslähtöisyyden opetus lähihoitajakoulutuksessa. Kasvatustiede. Tampereen yliopisto. Pro Gradu.

Sonninen, E. 2006. Potilasohjaus elämänhallinnan tukena -tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Preventiivinen hoitotiede. Kuopion yliopisto. Pro Gradu.

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Pro Gradu.

Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Painosalama Oy.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Luettu 15.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583#a14.11.2003-935>

Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. 2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 1.5.2013. www3.thl.fi/stat/

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuominen, S. 2006. ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä”. Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Pro Gradu.

Ulkomailta palaavien vatsataudeista. 2011 Tartuntatautiliitto ry:n lehti 2/2011, 6-12.

Valtonen, V. 2000. Infektiiviset gastroenteriitit. Teoksessa: Höckerstedt, K. Färkkilä, M., Kivilaakso, E., Pikkarainen, P. Gastroenterologia. Helsinki: Duodecim. 2. painos, 801–817.

Valve, O. 2009. Norovirusgenotyypin GII-4aiheuttaman gastroenteriitin taudinkuva ja vakavuus. Lääketiede. Tampereen yliopisto. Gradu.

Vesikari, T. 2003. Maha-suolikanavan infektiot ja ripulitaudit. Teoksessa Huovinen, P., Meri, S., Peltola, H., Vaara, M., Vaheri, A., Valtonen, V. (toim.). Mikrobiologia ja infektiosairaudet. Kirja II. Helsinki: Duodecim. WSOY, 403- 414.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virikko, H. 2012. Kirjallisen raportoinnin ohje. Tampereen ammattikorkeakoulu. Luettu 13.9.2013.

http://koti.tamk.fi/~rasilii/tamk%20sosiaali%20sivut/RAPORTIN%20WWW-SIVUT/Opinnaytetyon_raportointiohjeet+2010.pdf

Von Bonsdorff, C-H., Vesikari, T. & Maunula, L. 2010. Gastroenteriittia aiheuttavat virukset. Teoksessa Hedman, K., Heikkinen, T., Huovinen, P., Järvinen, A., Meri, S., Vaara, M. (toim.). Mikrobiologia- Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet. Helsinki: Duodecim. WSOY, 591–601.

Von Bonsdorff, C-H. 2009. Ripulivirukset. Moodi 5/2009, 236–238.

Rotavirusrokoteohjelman vaikuttavuus. 2013. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 29.4.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/rokotetutkimus/rokotusohjelman_vaikutukset/rotavirusrokote

Rotarokotukset. 2013. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 29.4.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/rotarokotukset

Gastroenteritis in Adults. 2012. Patient.co.uk. Luettu 14.8.2013.

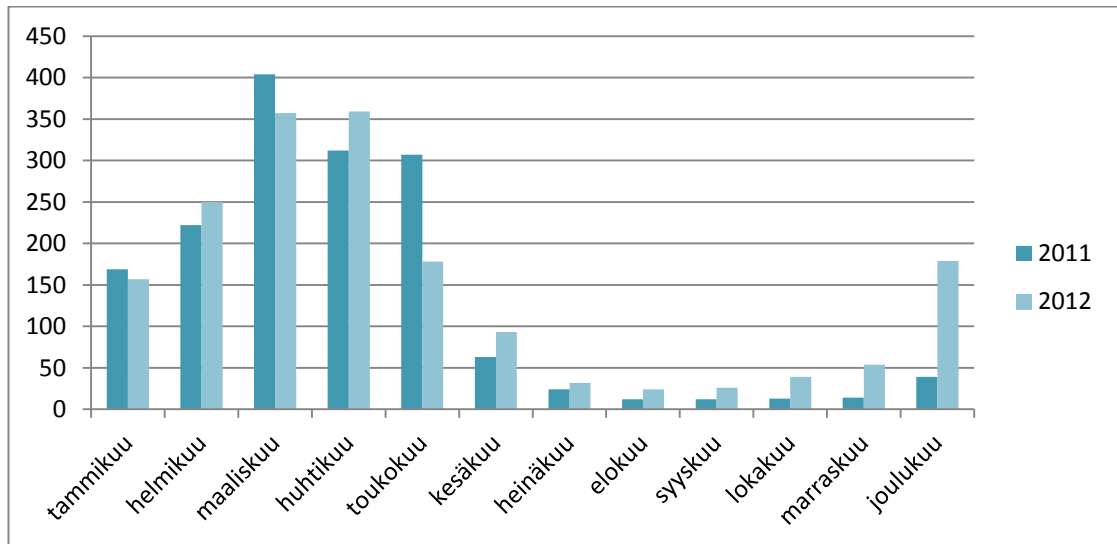
<http://www.patient.co.uk/health/gastroenteritis-in-adults>.

Gastroenteritis. 2013. Drugs.com. Luettu 14.8.2013.

<http://www.drugs.com/cg/gastroenteritis.html>

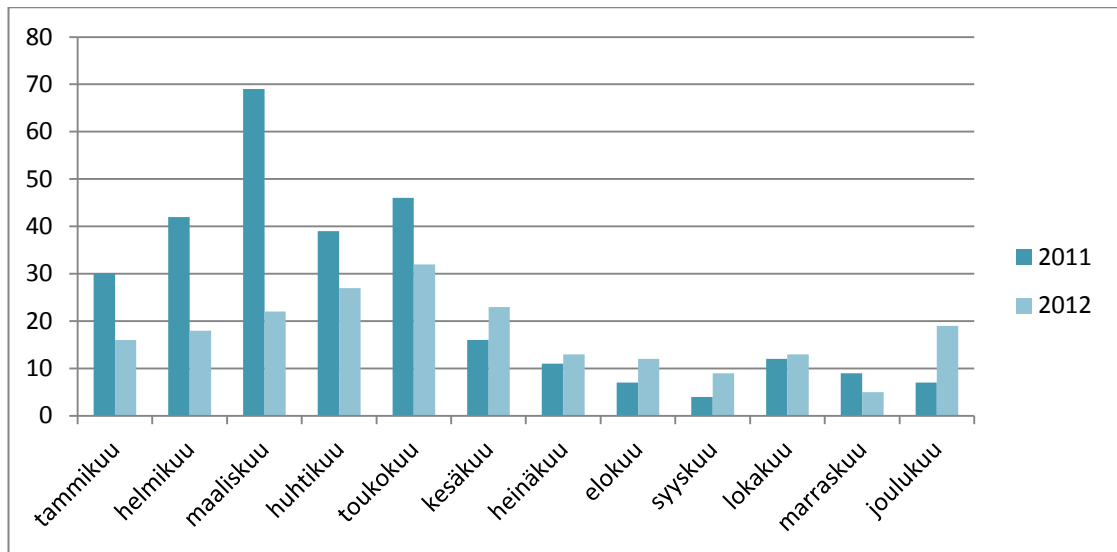
LIITTEET

LIITE 1. Noroviruksen esiintyvyys 2011–2012



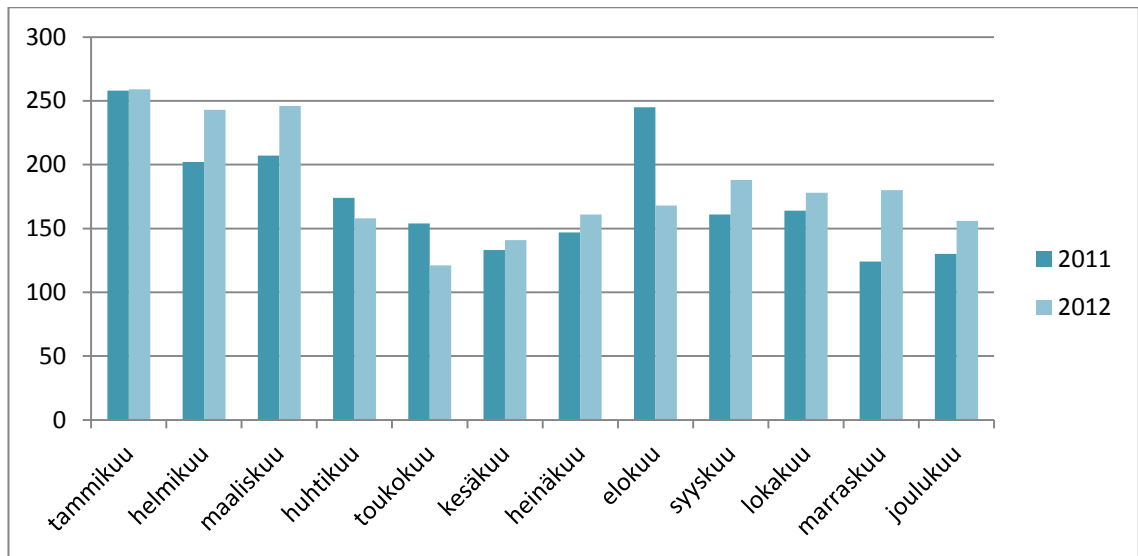
THL:n tartuntatautirekisteriin ilmoitetut norovirustapaukset vuosina 2011–2012. (THL/Tartuntatautirekisteri 2013)

LIITE 2. Rotaviruksen esiintyvyys 2011–2012



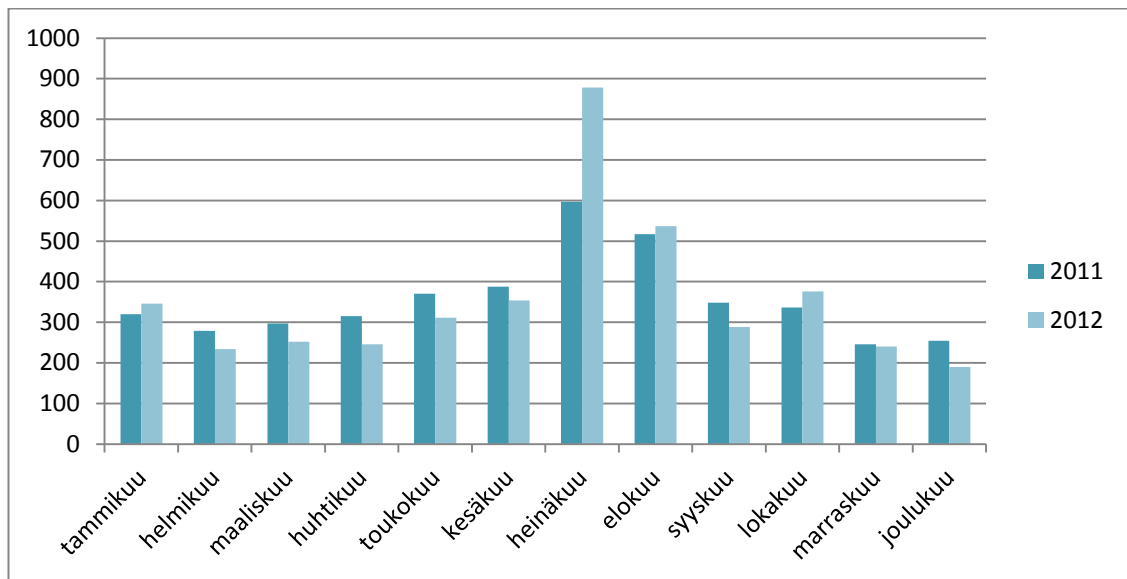
THL:n tartuntatautirekisteriin ilmoitetut rotavirustapaukset vuosina 2011–2012. (THL/Tartuntatautirekisteri 2013)

LIITE 3. Salmonellan esiintyvyys 2011–2012



THL:n tartuntatautirekisteriin ilmoitetut salmonellatapaukset vuosina 2011–2012.
(THL/ Tartuntatautirekisteri 2013)

LIITE 4. Kamylobakteerin esiintyvyys 2011–2012

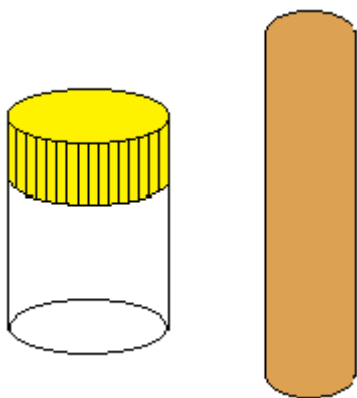


THL:n tartuntatautirekisteriin ilmoitetut kamylobakteeritapaukset vuosina 2011–2012.
(THL/Tartuntatautirekisteri 2013)

LIITE 5. Ulosteviljelynäytteen otto

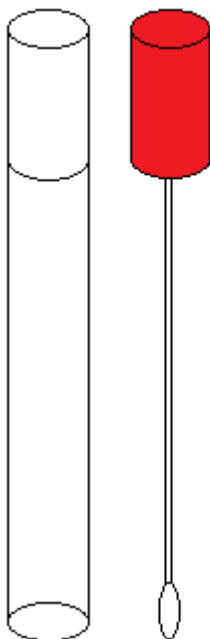
Ulosteviljelynäytteellä etsitään ulosteesta äkillisen suolistotulehduksen aiheuttajabakteereita. Näytteestä pystytään tutkimaan muun muassa salmonella, shigella, yersinia ja kamylobakteerit.

Näytteen ottoon tarvittavat välineet: ulostenäytepurkki, geelikuljetusputki+ pumpulitikku



1. Ulostakaa jollekin puhtaalle alustalle (esim. pahvinen kertakäyttölautanen ym.) Voit asettaa alustan wc-istuimen pohjalle.
2. Avatkaa muovipurkin kansi ja laittakaa purkin mukana tulevalla puulastalla ulostetta purkkiin. Purkissa tulee olla ulostetta noin puolen purkillisen verran, ei täyttä purkillista.
3. Sulje purkki huolellisesti ja katso, että ulostetta ei ole purkin ulkopuolella.

KUVA 1. Ulostenäytteenotto purkki



4. Avaa ulostenäyteputken korkki ja ota pumpulitikku käteesi.
5. Pyöräytä pumpulitikku ulosteessa niin, että siihen tarttuu reilusti ulostetta.
6. Laita pumpulitikku ulostenäyteputkeen

Laita ulostenäytepurkki ja putkilo muovipussiin ja suljepussi. Säilytä näytteitä jääkaapissa, jos et pääse heti näitä kuljettamaan laboratorioon.

KUVA 2. Ulostenäytteenotto pumpulitikku+ geelikuljetusputki

LIITE 6. Tutkimustaulukko

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Salminen Sari (2010)</p> <p>Hoitohenkilöstön työajankäyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin erikoissairaanhoidossa</p> <p>Pro Gradu</p>	<p>Tarkoitus: Arvioida potilasohjausvalmennusohjelman yhteyttä potilasohjaukseen, hoitajien potilasohjaukseen käyttämään työaikaan sekä potilaiden/ omaisten yhteydenottojen määrään ja hoitajien yhteydenottojen selvittämiseen kuluvaan työaikaan.</p> <p>Ongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuinka usein annetaan potilasohjausta ja kuinka paljon on potilaiden/ omaisten yhteydenottoja? 2. Kuinka paljon hoitajat käyttävät työaika potilasohjaukseen ja potilaiden/ omaisten yhteydenottoihin? 3. Onko potilasohjausvalmennusohjelmalla yhteyttä potilasohjaukseen, yhteydenottojen määrään, ohjaukseen käytettävään työaikaan tai yhteydenottojen selvittämiseen käytettä- 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Pohjois-Karjalan keskussairaala</p> <p>N=30 vapaaehtoista valmennusohjelmaan osallistunutta</p> <p>Seurantalomakkeet</p> <p>Aineiston analysointi: SPSS 14.0 for Windows- ohjelma</p>	<p>- Valmennusohjelma vähensi merkittävästi uusia yhteydenottoja suhteessa potilasohjaukseen.</p> <p>- Potilaille annettu ohjaus oli lisääntynyt kun taas omaisten ohjaus oli vähentynyt tutkimuksen ajankohtana.</p> <p>- Valmennusohjelma ei ollut vaikuttanut määrällisesti omaisten yhteydenottoihin.</p> <p>- Hoitajien potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin käyttämä työaika oli vähentynyt kahden viikon seurantajaksolla.</p> <p>- Tuonut lisätietoa potilasohjausker-</p>

	<p>vään työaikaan?</p> <p>Tavoite: Tuottaa uutta tietoa hoitotyön käytännön, johtamisen ja mittareiden kehittämiseen potilasohjauksen näkökulmasta.</p>		<p>tojen ja yhteydenottojen määrästä sekä potilasohjaukseen käytetystä työajasta.</p> <p>- Omaisille tulisi antaa lisää ohjausta.</p>
<p>Sorsa Minna (2002)</p> <p>Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa</p> <p>Pro Gradu</p>	<p>Tehtävä:</p> <p>1. Kuvata asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa.</p> <p>2. Tuottaa määritelmä asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveyspalveluissa</p> <p>Tavoite: Saada kuvaus asiakaslähtöisyydestä tarkastelemalla sen sisältöä ja kuvaamalla käsitteen eri ulottuvuuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa.</p> <p>Tavoitteena hahmottaa asiakaslähtöisyyden sisältö käsiteanalyysin keinoin ja päätyä lopulta synteisiin teoreettisen ja empiirisen aineiston perusteella.</p>	<p>Kirjallisuuskat- saus, laadullinen käsiteanalyysi ja empiirinen tut- kimus</p> <p>Aineiston ana- lyysi: Sisällön analyysi, aineis- ton luokittelu ja teoreettisen sekä empiirisen ai- neiston yhdistä- minen.</p>	<p>- Asiakaslähtöi- syyys tarkoittaa sosiaali- ja terve- yspalveluissa ih- misarvoisuuteen ja yhdenvertai- suuteen perustu- vaa toimintaa.</p> <p>- Asiakaslähtöi- syyys tulee esiin toiminnassa ja ajattelussa.</p> <p>- Vuorovaikutus on yhteistyösuh- detta asiakkaan ja työntekijän välil- lä.</p> <p>- Voimaantumisen on yhteis- työsuhteen tavoite.</p>

<p>Härkönen Eeva (2005)</p> <p>Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon poliklinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa</p> <p>Pro Gradu</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää kuinka tyytyväisiä erään sairaalan iho- ja sukupuolitautien poliklinikoiden hoitajavastaanotolla käyneet potilaat ovat saamaansa hoitoon.</p> <p>Ongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten tyytyväisiä potilaat ovat saamaansa hoitoon hoitajavastaanotoilla? 2. Miten potilaiden taustamuuttujat (ikä, sukupuoli, koulutus, työ ja toimi, aikaisemmat käynnit poliklinikalla, terveydentila sekä asenteet tehtävän siirtoihin ja odotusaikoihin) ovat yhteydessä potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen hoitajavastaanotoilla? 	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Eräessä yliopistosairaalassa 2004-2005</p> <p>N=288</p> <p>Strukturoitu kyselylomake</p> <p>Aineiston analyysi: SPSS 11.5 for Windows-tilastointiohjelma</p>	<p>- Potilaat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä saamaansa hoitoon</p> <p>- Hoitajien vuorovaikutustaitoihin sekä palvelun sujuvuuteen oltiin eniten tyytyväisiä</p> <p>- Naispotilaat olivat tyytyväisempiä hoitajien ammattitaitoon kuin miespotilaat</p> <p>- Hoitajavastaanottoon olivat tyytyväisimpiä yli 35-vuotiaat, työikäiset, potilaat, jotka olivat ensimmäistä kertaa poliklinikalla tai ne, jotka pääsivät samalla käyntikerralla lääkärinvastaanotolle</p>
<p>Naukkarinen Eeva-Liisa (2008)</p> <p>Potilaan itsemäärittämisen ja sen</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata ja selittää täysikäisten potilaiden itsemäärittämisen ja sen edellytysten toteutumista</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Viiden sairaan-</p>	<p>- Potilaiden mielestä itsemäärittäminen toteutui paremmin kirur-</p>

<p>edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa</p> <p>Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>hoitoketjun aikana terveyskeskuksen vastaanotoilla ja kirurgian poliklinikoilla.</p>	<p>hoitopiirin keskussairaalan kirurgian poliklinikat</p> <p>N=1446 kirurgian poliklinikan potilasta</p> <p>N=169 hoitoon osallistuva henkilöstö</p> <p>Kysely</p> <p>Aineiston analyysi: SPSS 13.0 ja 14.0 for Windows-tilastointiohjelma</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>gian poliklinikalla kuin terveyskeskuksen vastaanotolla</p> <ul style="list-style-type: none"> - Itsemääräämistä pidettiin tärkeänä sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan mielestä - Suurin osa potilaista oli tietoisia omasta terveydentilastaan tai heille tehtävistä tutkimuksista - Hoitoon liittyvä riski ja ennuste eivät olleet potilaille itsestäänselvyksiä - Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että hoito perustui yhdessä tehtyihin sopimuksiin - Tiedonannon koettiin olevan selkeää ja potilaiden mielestä henkilökunta huomioi heidän mielipiteensä - Hoitohenkilökunnan ja potilai-
--	---	---	---

			<p>den mielestä itsemäärääminen toteutui kokonaisuudessaan hyvin</p> <p>- Kirurgian poliklinikalla potilaat osallistuivat enemmän hoitoonsa kuin terveyskeskuksen vastaanotolla olleet potilaat</p>
<p>Kääriäinen Maria (2007) Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen Väitöskirja</p>	<p>Tarkoitus: Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen toisen vaiheen tarkoituksena oli määrittellä ohjaus-käsite ja testata käsitteenrakenne.</p> <p>Tavoite: Tuottaa tietoa ohjaukseen liittyvän päätöksenteon, hoitohenkilöstön ohjaustoiminnan ja kliinisten ohjauskäytäntöjen arvioinnin ja kehittämisen sekä hoitotyön opiskelijoiden ohjausvalmiuksien opetuksen tueksi</p>	<p>Kvantitatiivinen Oulun yliopistollinen sairaala N= 844 potilasta, N=916 hoitohenkilöstöä Postikysely, kirjallisuuskatsaus Aineiston analyysi: Sisällönanalyysi</p>	<p>- Ohjaukseen käytetty aika ei ole riittävää - Hoitohenkilökunnan taidot ja tiedot ohjata olivat kohtuullisia - Potilaista kolmannes ei saanut ollenkaan kirjallista materiaalia ohjauksen tueksi - Potilaan taustatekijöitä ei aina osattu huomioida ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa - Kolmannekseen potilaista ohjaus</p>

			<p>ei vaikuttanut lähes ollenkaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ohjauksella ei ollut vaikutusta omaisten tiedon- saantiin - Kokonaisuudes- saan ohjausta pi- dettiin laadullises- ti hyvänä
<p>Sonninen Eija (2006)</p> <p>Potilasohjaus elämänhallinnan tukena - Tuleh- duksellista suolis- tosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta</p> <p>Pro Gradu</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata tuleh- duksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden ko- kemuksia elämänhallintaa tukevasta potilasohjaukses- ta.</p> <p>Tehtävät:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuvata tulehduksellista suolistosairautta sairastavi- en potilaiden kokemuksia potilasohjauksesta. 2. Kuvata tulehduksellista suolistosairautta sairastavi- en potilaiden kokemuksia potilasohjauksesta elämän- hallinnan tukena. 3. Kuvata tulehduksellista suolistosairautta sairastavi- en potilaiden näkemyksiä potilasohjauksen kehittämi- seksi. 	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Erään sairaalan sisätautien vuo- deosastolla.</p> <p>N=8 haastatelta- vaa</p> <p>Teemahaastatte- lu</p> <p>Aineiston ana- lyysi:</p> <p>Deduktiivinen teorialähtöinen sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tulehduksellista suolistotulehdusta sairastavien poti- laiden kokemuk- set potilasohjauk- sesta eivät olleet yhdenmukaisia - Ohjausta oli joko riittävästi tai riittämättömästi - Lyhyt hoitoaika ja henkilökunnan kiire oli yhteydes- sä ohjauksen riit- tämättömyyteen - Hyvät ihmissuh- teet ja toiminnot, joilla siirretään ajatusta pois sai- raudesta sekä eri- laisten aktiviteet- tien toteuttaminen toivat voimavaro-

			<p>ja potilaille.</p> <ul style="list-style-type: none">- Päivittäisissä toiminnoissa selviytymään helposti säännöllinen elämä ja etukäteen tehdyt suunnitelmat- Potilaiden mielestä ohjauksen tulisi olla yksilöllistä sekä kannustavaa
--	--	--	---