

**Potilasohje refluksitautia sairastavan potilaan omahoidon
tueksi**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa, Hoitotyön koulutusohjelma

Syksy, 2017

Essi Koivisto & Hanna Lilja

Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Tekijät	Essi Koivisto & Hanna Lilja Vuosi 2017
Työn nimi	Potilasohje refluksitautia sairastavan potilaan omahoidon tueksi
Työn ohjaaja	Heta-Maija Leino

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe on refluksitautia sairastavan potilaan ohjaus ja lääkkeettömät hoitomuodot. Työn tarkoituksena oli tuottaa potilasohje, joka on suunnattu potilaalle omahoidon tueksi. Työn tavoitteena oli kehittää potilaan omahoitoa ja lisätä tiedonsaantia refluksitaudin lääkkeettömistä hoitokeinoista, sekä kannustaa potilasta kokonaisvaltaiseen elämäntapamuutokseen.

Opinnäytetyön aihe on saatu Forssan sairaalan kirurgisen osaston endoskopiayksiköltä. Aihe oli ajankohtainen ja tärkeä, sillä yksikössä ei ollut aiheesta ajantasaista potilasohjetta. Toiminnallisena osuutena kehitetty potilasohje tukee potilaan omahoitoa ja elämäntapamuutosta. Potilasohje perustuu tutkittuun tietoon ja tutkimuksiin, joita teoriaosuudessa esitellään. Tiedonhaku on toteutettu käyttämällä sekä kotimaisia että ulkomalaisia tietokantoja ja manuaalisin hain etsittyä kirjallista materiaalia.

Refluksitauti on pitkäaikaissairaus, jossa happamat mahanesteet nousevat ruokatorveen aiheuttaen potilaalle erilaisia oireita. Hoitamattomana tauti heikentää elämänlaatua ja voi lisäksi aiheuttaa muita komplikaatioita. Refluksitautia hoidetaan erilaisilla lääkkeillä ja lääkkeettömällä hoitomuodoilla. Lääkkeettömät hoitomuodot perustuvat terveisiin elämäntapoihin sekä elämäntapamuutokseen, jotka tutkimusti vähentävät taudin oireita. Näitä ovat esimerkiksi oikeanlainen ruokavalio ja -rytmi, painonhallinta ja päihteettömyys. Potilaan ohjaus ja muutoksen tukeminen on pitkä ja tärkeä prosessi, joka edesauttaa tavoitteeseen pääsemistä ja ehkäisee oireiden pahenemista. Ohjauksessa tärkeintä on ohjaajan ja potilaan keskinäinen vuorovaikutussuhde, luottamus ja hyvä ohjaustaidot.

Avainsanat: Refluksitauti, potilasohje, potilaan ohjaus, lääkkeetön hoito, elämäntapamuutos

Sivut 19

Degree Programme in Nursing
Forssa

Authors Hanna Lilja & Essi Koivisto **Year** 2017

Subject Patient Guidance for self-treatment of a patient with reflux disease

Supervisor Heta-Maija Leino

ABSTRACT

This thesis concerns the education, guidance and non-pharmaceutical management of patients with reflux disease. The aim of the thesis was to produce some instruction material for patients to help support them in parallel with pharmaceutical treatment. Further to this initial aim, was that of patient empowerment. This in turn could help improve patient satisfaction as well as healthcare outcomes.

Initially this subject was obtained from Forssa Hospital's surgical endoscopy ward. The topic was highly relevant as the unit did not have an up-to-date patient guide on the subject. The guide produced is evidence-based on the research presented and assessed in the theory section of this thesis. Information for the guide was sourced from both national and international electronic searches. This was further complimented by a manual search of library resources. Refinement and modification of the guide was carried out in response to peer feedback and in conjunction with the hospital ward.

Reflux disease is a chronic illness, in which gastric acid rises into the esophagus, causing the patient a wide range of symptoms. If left untreated, the disease significantly reduces quality of life and can also lead to serious complications. Reflux disease is treated with various medications, non-medicated therapies are based around the adoption of lifestyle changes that have been proved to reduce the risk of the disease. These include, for example, changes in diet and eating rhythm, weight loss and the reduction of alcohol intake. Patient guidance and the provision of long-term support through these lifestyle changes is an essential component of a positive healthcare outcome.

Keywords Reflux disease, patient instruction, patient guidance, drug-free treatment, lifestyle change

Pages 19

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	REFLUKSITAUTI	2
2.1	Refluksitaudin tutkiminen ja toteaminen	3
2.1.1	Gastroskopia.....	3
2.1.2	Tähystyspotilaan hoitopolku	4
2.1.3	Tähystyspotilaan hoitotyö	4
2.1.4	PPI-tutkimus ja ruokatorven pH-mittaus.....	5
3	REFLUKSITAUDIN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT	6
3.1	Painon hallinta.....	6
3.2	Ruokavalio	7
3.3	Tupakoinnin lopettaminen.....	8
3.4	Alkoholin käytön vähentäminen	8
3.5	Muita keinoja refluksitaudin oireiden helpottamiseen	9
4	REFLUKSITAUDIN LÄÄKEHOITO	9
5	POTILASOHJAUS.....	10
5.1	Potilaan ohjaus.....	10
5.2	Potilasohje.....	11
6	TOIMINNALLNEN OPINNÄYTETYÖ.....	12
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	13
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	13
6.3	Opinnäytetyön eteneminen	14
6.4	Potilasohjeen suunnittelu ja toteutus.....	15
6.5	Tiedonhaku.....	16
6.6	Potilasohjeen arviointi	17
7	POHDINTA.....	18
8	JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JUURRUTTAMINEN.....	19
	LÄHTEET	20

Liitteet

- Liite 1 Potilasohje
- Liite 2 Arviointilomake

1 JOHDANTO

Refluksitauti on pitkäaikaissairaus, jossa happamat mahanesteet nousevat ruokatorveen aiheuttaen potilaalle erilaisia oireita. Hoitamattomana tauti heikentää elämänlaatua ja voi lisäksi aiheuttaa muita komplikaatioita. Refluksitautia hoidetaan erilaisilla lääkkeillä ja lääkkeettömällä hoitomuodoilla. Potilaan on tärkeää saada hyvää ohjausta ja tukea, jotta hän pystyy sitoutumaan hoitoon ja ottaa vastuuta omahoidostaan.

Tämän opinnäytetyön aihe on saatu Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymältä Forssan sairaalan kirurgiselta osastolta. Työelämän yhteistyökumppanina toimii FSHKY:n endoskopiayksikkö. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena on kehitetty potilasohje refluksitautia sairastavalle potilaalle hyvästä omahoidosta. Aihe oli ajankohtainen ja tärkeä, koska yksikössä ei ollut ajantasaista kirjallista potilasohjetta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje, joka on suunnattu potilaalle kotona tapahtuvan omahoidon tueksi. Työn tavoitteena oli kehittää potilaan omahoitoa ja tiedonsaantia refluksitaudin lääkkeettömistä hoitokeinoista, sekä kannustaa kokonaisvaltaiseen elämäntapamuutokseen.

Työssä on käsitelty myös jonkin verran refluksitaudin lääkehoitoa, mutta potilasohjeessa on keskitytty lääkkeettömiin hoitokeinoihin ja elämäntapamuutoksiin. Lääkkeellisillä hoitomuodoilla pystytään vaikuttamaan taudin akuutteihin oireisiin, mutta vain elämäntapamuutoksella voidaan saada aikaan pysyviä helpotuksia oireisiin (Kines & Krupczak 2016).

Potilasohjeen pääasiallinen kohderyhmä ovat aikuiset. Kaikilla, etenkin ikääntyneillä, ei ole mahdollisuutta tai osaamista etsiä tietoa internetistä, joten potilasohjeeseen on koottu luotettavaa ajantasaista tietoa. Ohje toimii myös hoitajan tukena ohjaustilanteessa, jossa hoitaja ohjaa potilasta omahoidossa ja elämäntapamuutoksessa. Lisäksi opinnäytetyön teorianäyttöä voi käyttää apuna potilaan ohjauksessa.

2 REFLUKSITAUTI

Ruuansulatuksen alkuvaiheessa ruoka kulkee nielun kautta ruokatorveen ja sieltä mahalaukkuun. Ruokatorven molemmissa päissä on rengasmaisia sulkijalihaksia, jotka estävät niellyn ruuan tai mahan sisällön kulkeutumisen väärään suuntaan. Mahalaukku sijaitsee ruokatorven loppupäässä. Mahalaukun koko ja muoto ovat hyvin yksilöllisiä, kuitenkin tavallisesti mahalaukun muoto muistuttaa hieman papua. Suuria annoksia syöväällä ihmisellä saattaa olla venynyt mahalaukku. Mahalaukun pinnalla olevat rauhaset erittävät suolahappoa, pepsinogeenia ja limaa, näiden sekoitetta kutsutaan mahanesteeksi. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2013, 395—397.)

Vatsaontelon sisällä sijaitsee vatsan alueen elimet. Vatsaontelon sisäinen paine on ulkoilmaa korkeampi ja tämän paineen nousu nostaa myös mahalaukun painetta. Paineen nousu tehostaa sulkijalihaksen toimintaa. Kuitenkin esimerkiksi raskauden aikana vatsaontelon paine voi nousta niin paljon, että se pakottaa sulkijalihaksen rintaontelon puolelle. Rintaontelossa vallitsee alipaine ja tämä heikentää sulkijalihaksen toimintaa. Tällöin mahan sisältö pääsee nousemaan takaisin ruokatorveen ja aiheuttaa närästystä. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2013, 384—385, 396—397.)

Refluksitauti (GERD=Gastroesophageal reflux disease) on yleisin ruoansulatuskanavan sairaus avohoidossa. Se on elämänlaatua heikentävä krooninen sairaus, jossa oireet tyypillisesti vaihtelevat oireisista kausista oireetomiin kausiin. Länsimaissa sitä sairastaa 15—25 % väestöstä ja sen ilmaantuvuus on noin viisi tapausta tuhatta kohden vuoden aikana. Määrä on kuitenkin ollut koko ajan nousussa. Tutkittuja taudin riskitekijöitä ovat lihavuus ja alhainen sosiaaliluokka, mutta myös tupakointi lisää sairastumisen riskiä. Lisäksi geneettiset tekijät vaikuttavat, sillä lähisukulaisen sairastama refluksitauti lisää sairastumisriskiä 1,5-2,6-kertaiseksi. (Voutilainen 2013, 161—162.)

Tyypillisin refluksitaudin oire on närästys. Närästyksellä tarkoitetaan polttelevaa tunnetta rintalastan alueelta ylöspäin aina kurkkuun asti. Tyypillisesti närästys ilmaantuu makuuasennossa tai ruokailun jälkeen. Toinen tyypillinen pääoire on mahan sisällön nousu suuhun, eli käänteisvirtaus (regurgitaatio), joka tapahtuu ilman ponnisteluja tai oksentamista. Tämä hapen mahansisältö aiheuttaa närästysoireita ja limakalvomuutoksia ruokatorveen. Limakalvomuutoksia saattaa näkyä myös ruokatorven ulkopuolella, kuten esimerkiksi hengitysteissä. (Voutilainen 2013, 161-162.)

Muita refluksitaudin tyypillisiä oireita ovat nielemisvaikeudet ja -kipu, sekä rintakipu. Rintakipu tulee erottaa sydänperäisestä rintakivusta, kuten esimerkiksi sepelvaltimotaudista. Potilaista, joilla on todettu rintakipujen joutu-
tuvan muusta kuin sydänperäisestä vaivasta, noin puolella rintakivun syy

on refluksitauti. Myös pelkkä ylävatsakipu voi olla refluksitaudin pääoire. Lisäksi refluksitauti voi aiheuttaa sekä ylempien, että alempien hengitysteiden oireita ja löydöksiä. Tällaisia oireita on esimerkiksi kurkkukipu, äänen käheys, kiillevauriot hampaissa, astman paheneminen ja keuhkokuume. (Voutilainen 2014.)

Refluksitaudin tärkein aiheuttava tekijä on ruokatorven alemman sulkijalihaksen hetkittäinen avautuminen, jonka normaali fysiologinen tarkoitus on poistaa mahalaukuun nieltyä ilmaa röyhtäyksinä. Refluksitaudissa on kaksi muotoa: Erosiivisessa refluksitaudissa (ERD) todetaan tähytyksessä limakalvorikkoumia tai haavaumia ruokatorvessa ja ei-erosiivisessa refluksitaudissa (NERD) tähytyksessä ei löydy silmämääräisiä löydöksiä, mutta potilaalla on silti oireita. (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkimus ja hoito: Käypä hoito – suositus 2013.)

Refluksitauti voi aiheuttaa hoitamattomana erilaisia komplikaatioita, esimerkiksi ruokatorventulehduksen tai -ahtauman, vatsahaavan, Barretin ruokatorven, jossa ruokatorven oma levyepiteeli korvautuu suolen limakalvon kaltaisella epiteelillä tai pahimmillaan adenokarsinooman, eli rauhasepiteelistä lähteneen syövän. (Tiusanen 2014.)

2.1 Refluksitaudin tutkiminen ja toteaminen

Refluksitauti voidaan aluksi todeta huolellisen alkuhaastattelun ja oireiden selvityksen jälkeen. Jos hälyttäviä oireita, kuten esimerkiksi oksentelua, verioksennuksia, nielemisvaikeutta, laihtumista tai anemiaa ei löydy, voidaan hoito aloittaa ilman ruokatorven ja mahalaukun tähytystä eli gastroskopiaa. (Tiusanen 2014.)

Taudin vaikeusastetta voidaan selvittää haastatteleamalla potilasta oireiden esiintymisestä. Jos oireita on 1-2 kertaa viikossa on kyseessä lievä taudinmuoto, kohtalaisessa taudissa oireita on enintään neljänä päivänä viikossa ja vaikeassa taudissa useammin. Vaikeusasteeseen vaikuttaa myös taudin vaikutus normaaliin elämään. Jos potilas joutuu muuttamaan ruokavaliotaan, fyysistä aktiivisuuttaan tai oireet vaikuttavat nukkumiseen, on kyseessä vaikea tai keskivaikea sairaus. (Voutilainen 2013, 164–165.)

2.1.1 Gastroskopia

Ruokatorven ja mahalaukun tähytyksellä voidaan diagnosoida refluksitaudin vaikeusastetta, refluksiesofagiittia eli ruokatorventulehdusta, sekä refluksitaudin muita komplikaatioita. Tähytyksessä selvitetään myös mahdollinen palleatyrä, joka useimmiten aiheuttaa refluksitaudin oireita. Palleatyrä on pieni mahalaukun osa, joka on työntynyt palleatason yläpuolelle rintaonteloon ja huonontaa mahalaukun ylemmän sulkijalihaksen toimintaa. (Voutilainen 2013, 166.)

Mahan tähystyksessä, eli gastroskopiassa tutkitaan ruokatorvi, mahalauku ja ohutsuolen alkuosa taipuisalla tähystimellä. Refluksitautia epäiltäessä mahan tähystys on hyvä tehdä, jos sitä ei ole ikinä aikaisemmin tehty. Yleensä tutkimus tehdään vain kerran ja löydöksistä kaksi kolmasosaa on yleensä normaaleja. (Tiusanen, 2014.) Normaalilöydös tarkoittaa ei-erosiivista refluksitautia ja jos löytyy limakalvovaurioita tai haavaumia, on kyseessä erosiivinen refluksitauti. Kun potilaalla todetaan erosiivinen refluksitauti, saadaan tähystyksessä selville sen vaikeusaste ja mahdolliset muut komplikaatiot. (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkimus ja hoito: Käypä hoito -suositus 2013.)

2.1.2 Tähystyspotilaan hoitopolku

Potilaan hoitopolku alkaa siitä, kun potilas hakeutuu oireiden vuoksi hoitoon joko terveyskeskukseen tai yksityiselle lääkärinvastaanotolle. Terveyskeskuksesta tai vastaanotolta potilas saa lähetteen jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon sisätautilääkärille, joka arvioi tähystyksen tarpeellisuuden ja kiireellisyyden. Tähystys tehdään 1–7 päivän, 8–30 päivän tai yli 30 päivän kuluttua arviosta, riippuen potilaan sen hetkisestä tilanteesta. (Niinikoski 2017.)

Potilas saa ohjeistuksen tähystykseen valmistautumiseen ja kutsun tähystystutkimukseen puhelimitse. Potilaista osa on hakeutunut hoitoon heti kun mahavaivoja on alkanut ilmaantua, mutta osaa potilaista on saatettu hoitaa lääkkeellisesti jo pidemmän aikaa ennen tähystyspäätöstä. (Niinikoski 2017.)

2.1.3 Tähystyspotilaan hoitotyö

Ennen tähystystä hoitaja ohjaa potilasta olemaan vähintään kuusi tuntia ravinnotta ja tupakoimatta. Lisäksi potilaan tulee olla juomatta neljä tuntia ennen tähystystä, mutta tarvittaessa suuta voi kostuttaa imeskelemällä jääpalaa. Tutkimuspäivänä sydän- ja verenpainelääkkeet voi ottaa normaalisti, mutta antikoagulanteista pidetään yleensä kolmen vuorokauden tauko. Koepalojen otto on turvallista, kun INR-arvo on alle 1,8. Sydämen-tekoläppäpotilailla ohjeistus on lääkityksen kanssa erilainen. (Tiusanen 2014.)

Ennen tähystystä hoitajan on selvitettävä preoperatiivisessa haastattelussa, potilaan lääkitys ja onko potilaalla puudutusaineallergiaa. Potilaalle kerrotaan, että hoitaja on koko tutkimuksen ajan läsnä ja oksennusrefleksi on normaali. Potilaalle ohjataan, että mahalaukkuun puhallettava ilma aiheuttaa turvotusta ja sen seurauksena voi ilmetä ilmavaivoja, mutta ilma poistuu mahalaukusta noin vuorokauden kuluessa. Koepalojen otto ei aiheuta kipua potilaalle, eikä estä hengitystä. (Tiusanen 2014.)

Ennen kuin tutkimus alkaa, hoitaja antaa potilaalle dimetikonitipat, jotka sekoitetaan pieneen nestetilkkään. Ne ehkäisevät limakuplien syntymistä. Jos sylkeä on paljon, tipat voidaan ruiskuttaa myös suoraan mahalaukuun. Nielu puudutetaan tarvittaessa ja hoitaja huolehtii toimenpidettä potilaalta pois mahdolliset hammasproteesit sekä silmälasit. Potilas ohjataan käymään vasemmalle kyljelle, tai, jos tähystys tehdään aluksi istuma-asennosta, niin potilas pyydetään istumaan pää hieman alaspäin. Potilasta pyydetään hengittämään tasaisesti ja antamaan liman valua vapaasti. Hoitajan tehtävänä on muistuttaa ja huolehtia, että potilas ei saa laittaa kättään suun eteen, eikä tähystimeen saa missään nimessä tarttua. Aluksi potilaalle laitetaan hammassuojat suuhun ja varmistetaan, että ne pysyvät hyvin paikoillaan. (Tiusanen 2014.)

Lääkäri työntää aluksi tähystimen nieluun ja sen jälkeen pyytää potilasta nielaisemaan, jotta tähystin menee ruokatorveen. Jos tähystys on aloitettu istuma-asennossa, niin tässä vaiheessa hoitaja avustaa potilaan vasemmalle kyljelle makaamaan. Tähystintä viedään eteenpäin ja tutkitaan kaikki tarvittavat paikat, sekä otetaan biopsiat eli koepalat sovituaista paikoista, yleensä duodenumista, antrumista ja korpuksesta. Biopsiat otetaan numeroituihin formaliinipurkkeihin, joissa ne lähtevät eteenpäin patologille tutkittaviksi. Jos tähystyksen aikana todetaan haavaumia, otetaan myös pikanäyte helicobakteerista. (Tiusanen 2014.)

Tutkimuksen jälkeen, voinnin salliessa, potilas voidaan kotiuttaa. Jos nielu on puudutettu, aspiraatoriskin vuoksi potilaan tulee olla ravinnotta noin tunnin. Potilasta ohjataan olemaan syömättä tutkimuksen jälkeen karheaa tai kuumaa ruokaa, jotta nielu ei ärsyynny. Jatkohoidosta ja näytepalatusten kuulemisesta sovitaan tähystyksen jälkeen hoitajan kanssa. (Tiusanen 2014.)

2.1.4 PPI-tutkimus ja ruokatorven pH-mittaus

PPI-tutkimus eli diagnostinen hoitokoe protonipumpun estäjillä on hyväksi todettu tutkimus varsinkin niillä potilailla, joilla halutaan tutkia, johtuvatko rintakipuoireet refluksitaudista, kun sepelvaltimotauti on suljettu pois. Tutkimuksessa potilas syö 1-2 viikon ajan protonipumpun estäjiä kahdesti päivässä, ennen aamiaista ja illalla tai vaihtoehtoisesti ennen päivällistä normaalin annoksen. Kokeen tulos on positiivinen, jos oireiden esiintyvyys vähenee alle puoleen ennen lääkityksen aloittamisesta. (Tiusanen 2014.)

Ruokatorven pH-mittausta käytetään refluksitaudin diagnosoimisessa, sekä erotusdiagnostiikassa. Lisäksi sen avulla arvioidaan leikkaustarvetta, kun kyseessä on ei-erosiivinen taudinmuoto. Ennen tutkimusta potilaan tulee olla ravinnotta neljä tuntia. Jos potilaalla on mahahappoihin vaikuttava lääkitys, tulee lääkkeet lopettaa ennen tutkimuksen tekoa ohjeiden mukaan. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä n.d.)

Tutkimuksessa ruokatorveen asetetaan ohut silikonikatetri nenän kautta ja se yhdistetään mukana kuljetettavaan rekisteröintilaitteeseen. Refluksitointi eli happamuuden mittausta tapahtuu kahdella anturilla, jotka ovat yleensä ruokatorven ylä- ja alapäässä. Mittaus kestää yleensä 18-24 tuntia. Potilas kirjaa mittauksen ajan ylös ruokailut, oireet ja nukkumis- ja ylösnousuajat. Suihkuun tai saunaan ei saa tutkimuksen aikana mennä, muuten potilas voi viettää normaalia elämää. Laite poistetaan seuraavana päivänä. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä n.d.)

3 REFLUKSITAUDIN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT

Refluksitauti on yleensä vaaraton, mutta ikävä vaiva. Se pysyy parhaiten hallinnassa pysyvillä elämäntapamuutoksilla ja lääkkeettömillä hoitomuodoilla. Lääkkeettömissä hoidoissa on tärkeää, että potilas sitoutuu ja perehtyy niihin ja on myös motivoitunut niitä noudattamaan. (Tiusanen, 2014.) Keskeisiä lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat tupakoinnin lopettaminen, painon hallinta, ruokavaliomuutokset, päihteiden ja alkoholin käytön vähentäminen, sekä muut konkreettiset keinot, esimerkiksi sängyn päädyn kohottaminen.

3.1 Painon hallinta

Ylipaino pahentaa refluksitaudin oireita. Tutkimuksissa on saatu selville, että jo lievä lihavuus lisää refluksitaudin ja takaisin virtauksen vaaraa. Ylipainon on todettu lisäävän refluksitaudin oireita, sekä riskiä sairastua ruokatorventulehdukseen. (Mustajoki 2006.)

Jos potilaan painoindeksi on yli 25, tulisi kiinnittää huomioita painon hallintaan ja pudotukseen. Laihduttaminen helpottaa oireita, koska silloin vatsalaukun ja vatsaontelon sisäinen paine pienenee. (Tiusanen 2016.) Keskustelu lihavuuden merkityksestä ja vaikutuksesta sairauden kulkuun, sekä sopivien painonhallinta keinojen valinta, tukee kokonaisvaltaista elämäntapamuutosta. Painon hallinta ja ruokavalio kulkevat käsi kädessä, joten asiakkaan on opittava uusia tottumuksia ja luovuttava joistakin vanhoista tavoista. (Karpakka 2016.) Laihduttamisen hyöty on monitahoinen, sillä terveellisten elämäntapojen lisäksi laihduttamalla voi päästä refluksitaudista kokonaan eroon (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 194).

Painonhallinnan lähtökohtana ja tavoitteena on kannustaa potilasta kokonaisvaltaiseen elämäntapamuutukseen, terveelliseen ruokavalioon ja pysyvään tulokseen. Perusperiaate painonhallinnassa on vähentää energiansaantia ja lisätä energiankulutusta. Jo pienikin painonpudotus vähentää refluksin oireita. Potilaan tulee itse olla motivoitunut muutokseen ja sitoutumaan hoitoon sekä pysyvään muutokseen. (Tiusanen 2014.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia parantaa laihdutustulosta merkittävästi ja se on ainoana hoitomuotona parempi, kuin kokonaan hoitamatta jättäminen. Terapialla vaikutetaan potilaan toimintatapoihin tilanteiden, mielialan ja ajattelun tulkintojen muutosten kautta. Vastoinkäymiset käsitellään oppimiskokemuksina eikä epäonnistumisina. Ohjausmenetelminä käyttäytymismuutoksiin käytetään ruokapäiväkirjaa sekä stressinhallintaa ja ongelmanratkaisua. Potilaan on opittava uusia toimintamalleja ja tottumuksia samalla kun hän luopuu vanhoista. Kun potilas tulee enemmän tietoiseksi ongelmakohdista, hän oppii paremmin hallitsemaan syömistään ja painoaan. (Karpakka 2016.)

Enemmän apua tarvitseva potilas voi saada apua painon hallintaan eri terveyspalveluista. Esimerkiksi lyhyttä interventiota voi toteuttaa kaikki potilastyötä tekevät henkilöt. Lyhyt interventio pitää sisällään lihavuuden mittaamisen ja toteamisen, sen puheeksi ottamisen ja keskustelun ylipainon merkityksestä ja esittelyn eri hoitovaihtoehdoista ja painonhallinta keinoista. Tueksi ja herättelyksi voi antaa oheismateriaalia ruokavalioista ja liikunnasta. Potilaalle voidaan myös mahdollisesti antaa ajat muutamalla seurantakäynnillä, joilla voidaan keskustella ja tukea meneillä olevaa elintapamuutosta. Lyhyt interventio on hyvä keino potilaille, jotka ovat motivoituneet muutokseen ja tulevat pääsemään pysyviin tuloksiin pienen tuen ja ohjauksen avulla. (Karpakka 2016)

Enemmän painonhallintaan tukea tarvitseva potilas voidaan ohjata elintapahoitoon. Elintapahoito pitää sisällään useita ohjauksetoja joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Ohjaus auttaa potilasta laihtumaan ja hallitsemaan omaa painoaan. Hoidon toteutuksesta vastaa yleensä sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Elintapahoidon avulla potilas saa 10-20 eri ohjauksetta joko ryhmässä tai yksilöllisesti. Ryhmäohjauksen on todettu olevan yhtä tehokasta kuin yksilöohjauksen, sillä ryhmänjäsenet voivat keskenään jakaa kokemuksia hoidon aikana. Työikäisellä on mahdollisuus saada kelan kustantama kuntoutus, jos perusteet sille ovat riittävät. (Karpakka 2016.)

3.2 Ruokavalio

Painon pudotuksen lisäksi toinen erittäin tehokas keino vaikuttaa reflukstaudin oireisiin on ruokavalio ja sen muutokset. Hiilihydraattien, rasvojen ja kaloreiden määrän vähentäminen auttaa vähentämään oireita. Näiden lisäksi myös riittävän kuidun saannin takaaminen ja liikunnan lisääminen auttavat oireiden helpottamisessa. (Voutilainen 2014.)

Reflukstautia sairastavan ruokavaliossa tulee ottaa huomioon säännöllisyys ja kohtuullisuus. Ruokavalion peruseriaatteet ovat syödä säännöllisesti pieniä aterioita ja välttää sellaisia ruoka-aineita, jotka aiheuttavat oireita. Kun vatsalaukku on täynnä, tapahtuu ohivirtauksia helpommin, varsinkin makuuasennossa. Tästä syystä reflukstaudista kärsivän tulisi välttää ruokalepoja tai nukkumaan menemistä 2—3 tuntia ruokailun jälkeen. Potilaan tulee ottaa huomioon ruoka-aineet, jotka heikentävät ruokatorven

alaosan sulkijalihasta tai ärsyttävät limakalvoja. Sulkijalihasta ärsyttäviä ruoka-aineita ovat rasva, rasvaiset ja käristetyt ruoat, suklaa, piparminttu, tee, sipuli ja kolajuomat. Limakalvoja ärsyttäviä ruoka-aineita on esimerkiksi väkevät alkoholijuomat ja viini, sitrushedelmät, kahvi, tomaatti, sekä happamat ruoat ja mehut. (Arffman ym. 2009, 194)

3.3 Tupakoinnin lopettaminen

Tutkimuksissa on todettu tupakoitsijoilla olevan enemmän refluksoireita kuin tupakoimattomilla. Tupakointi löystyttää ruokatorven alasulkijaa ja lisää mahahapon tuotantoa ja pitkittää ruokatorven happopuhdistumaa. Tupakoinnin vähentäminen tai siitä pidättäytyminen 1-2 vuorokaudeksi vähensi tutkimuksen mukaan refluksoireita ja paransi ruokatorven happopuhdistuma. (Karvonen 2010.)

Useat tupakoitsijat joko haluaisivat lopettaa tupakoinnin tai ovat huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Päätös tupakoinnin lopettamisesta on todella merkittävä terveyden kannalta. Tupakoinnin lopettamisen tueksi löytyy ohjeita esimerkiksi terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivuilta. (Tupakka 2016.)

Korvaushoidon tarkoituksena on vähitellen pienentää veressä olevan nikotiinin määrää ja tällöin välttään pahoilta vieroitusoireilta. Hoitaja voi antaa potilaalle lisätietoa ja ohjeita nikotiinikorvaushoidosta, tuotteista ja annoksista, jolloin korvaustuotteiden käyttö ja lopettaminen on helpompaa aloittaa. Nikotiinikorvaushoito valmisteita saa myös ilman reseptiä kauppoista ja apteekeista. (Nikotiinikorvaushoito 2016.)

3.4 Alkoholin käytön vähentäminen

Alkoholi pahentaa refluksitaudin oireita ja jo kohtuullinen käyttö laskee ruokatorven pH:ta ja aiheuttaa oireita. Refluksitautia sairastavan tulisi vähentää tai lopettaa kokonaan alkoholin käyttö, koska se lisää haponeritystä, vähentää ruokatorven alasulkijan painetta ja lisää relaksaatioita sekä hidastaa mahan tyhjenemistä ja ruokatorven happopuhdistumaa. Alkoholin käytön lopettamisen jälkeen on todettu ruokatorven häiriöiden korjaantuvan. Lisäksi on todettu, että runsaasti alkoholia käyttävillä ihmisillä esiintyy huomattavasti enemmän refluksoireita kuin muilla. (Karvonen 2010.)

3.5 Muita keinoja refluksitaudin oireiden helpottamiseen

Refluksitautia voidaan hoitaa myös konkreettisilla keinoilla ja muutoksilla. Sängynpäädyn kohottaminen esimerkiksi kiilalla, estää mahahappojen pääsyn takaisin ruokatorveen ja vähentää varsinkin yöllisiä oireita. (Pikkarainen 2009.) Korotuksen on oltava 10–20 cm, jotta siitä on hyötyä. Korotusta varten on olemassa erilaisia apuvälineitä, kuten esimerkiksi kiilapatjoja ja sängyn jalkoihin asennettavia lisäpaloja, joita saa tarvittaessa apuvälinekaupoista.

Makuuasennon, fyysisen ponnistelun, kumartelun ja makuuasennon välttäminen ruokailun jälkeen vähentää oireiden ilmaantumista, varsinkin lieväoireisilla potilailla. Lisäksi vasemmalla kyljellä nukkuminen ja vatsanalueelta kiristävien vaatteiden käytön välttäminen helpottaa oireita, koska vatsalaukku ei joudu puristuksiin. Löysemmät vaatteet ovat myös potilaalle miellyttävämpiä käyttää. (Voutilainen 2013.)

Jotkin lääkeaineet voivat myös pahentaa refluksin oireita. Tällaisia lääkeaineita ovat esimerkiksi nitrovalmisteet, kalsiuminsalpaajat, antikolinergit ja teofylliinivalmisteet. Hoitajan tulee ohjata potilas keskustelemaan lääkärin kanssa ennen kuin lääkkeiden käyttöä voidaan lopettaa tai vähentää. (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkimus ja hoito: Käypä hoito -suositus 2013.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että myös hengitysharjoitukset, jotka parantavat ja harjoittavat pallealihasta, vähentää refluksitaudin oireita (Eherer, Netolitzky, Hogenauer, Puschnig, Hinterleitner, Scheidl, Kraxner, Krejs & Hoffmann 2012). Tällaisia harjoituksia voi tehdä kotona esimerkiksi menemällä selinmakuulle, polvet koukussa ja asettamalla käden ylävatsan päälle, jolloin tuntee pallealihaksen liikkeen ja kädellä voi myös tehostaa pallean liikettä (Hengitä ja hengästy n.d).

4 REFLUKSITAUDIN LÄÄKEHOITO

Yleensä elämäntapamuutokset vaativat rinnalleen myös lääkehoitoa. Lievän taudinmuodon voi hoitaa elämäntapamuutoksella ja tarvittaessa otettavalla lääkkeellä, mutta vaikea refluksitauti vaatii muutosten rinnalle jatkuvan lääkityksen tai leikkaushoidon. Lääkehoidon tärkein muoto on mahahappojen erityksen vähentäminen. Pepsiini ja suolahappo ovat merkittävimmät limakalvovaurioiden ja refluksioireiden aiheuttajat, joten happamuutta vähentämällä saadaan lievitettyä oireita ja vaurioituneet limakalvot parantumaan. (Voutilainen 2013, 169.)

Lääkityksen valitseminen riippuu taudin vaikeusasteesta. Lievissä oireissa käytetään antasideja ja sukralfaattia, jotka neutralisoivat mahan happamuutta. Lisäksi käytetään myös mahan limakalvoa suojaavaa alginaattia. Keskivaikeissa oireissa lääkitys estää mahan suolahapon eritystä. Nämä

lääkkeet ovat protonipumpun estäjiä eli PPI-lääkkeitä sekä H₂-salpaajia. Vaikeita oireita hoidetaan suurilla PPI-annoksilla. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 445.)

Ensisijaisena lääkkeenä suositellaan PPI-lääkkeitä, mutta myös H₂-salpaajia on usein käytössä. H₂-salpaajien haaste on, että pitkäaikaisessa käytössä niiden vaikutus heikkenee nopeasti. Krooniselle refluksitautille tyyppillistä on, että lääkityksen lopettamisen jälkeen oireet uusivat vuoden sisällä. (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkimus ja hoito: Käypä hoito – suositus 2013.)

5 POTILASOHJAUS

Potilasohjauksella tarkoitetaan hoitajan ohjauksellisia toimia, joilla pyritään edistämään potilaan terveyttä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrätään, että potilaalla on oikeus tiedonsaantiin terveydestään ja hoidostaan, siten että pystyy sen ymmärtämään. Omahoitoa koskevaa tietoa on jatkuvasti helpompi löytää esimerkiksi internetistä ja osittain hoitajien vastuulla onkin auttaa potilasta oikean tiedon saamisessa ja löytämisessä. (Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 2–3.)

Potilasohje on potilaalle tai hänen omaiselleen suunnattu ohjeistus, joka voi olla esimerkiksi kirjallisesti tehty. Hyvässä potilasohjeessa tulee ottaa ensisijaisesti huomioon potilaan näkökulma. Ohje tulee olla kirjoitettu loogisessa järjestyksessä, niin että ohjeistus etenee loogisesti. Kieli tulee olla selkeää ja helposti luettavaa. (Hyvärinen 2005, 1769.)

5.1 Potilaan ohjaus

Potilaan ohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan omia voimavaroja ja kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Vuosien saatossa potilaiden ohjaaminen saa uusia muotoja. Perinteisten ohjausmenetelmien, kuten yksilön- ja ryhmäohjauksen rinnalle on tullut uusi väylä ohjaukselle, sosiaalinen media. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8.)

Ohjausta antavalle ei riitä pelkästään asiantuntemus ohjattavasta aiheesta, vaan hänellä pitää olla myös potilaan ohjaamisesta tarvittava tietotaito. Tänä päivänä, kun ihmisten on jatkuvasti helpompi hankkia tietoa eri väylien kautta, vaarana on, ettei osata valita luotettavaa lähdeä. Ohjausta antavan henkilön tavoitteena on ohjata asiakkaalle oikea väylä tiedonhakuun. Sellainen väylä, josta potilas saa itselleen mahdollisimman luotettavaa tietoa. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8.)

Potilasohjaus on muutokseen tähtäävää hoitotyötä, joka on suunnitelmallista ja se vaatii monenlaista osaamista. Ohjaajan tulee osata perustella ohjauksen tarpeellisuus, sekä motivoida potilasta muutokseen. Ohjaajana tulee nähdä kokonaisuus potilaan nykytilasta ja tulevaisuudesta, ja sen kautta kyetä antamaan henkilökohtaista ohjausta potilaan tarpeet huomioiden. Ohjauksessa tulee osata tarjota sellaisia työkaluja, joita potilas pystyy soveltamaan ja käyttämään omassa elämässään sekä saavuttamaan asetetut tavoitteet. Potilasohjauksessa on tärkeää, että ohjaaja ja ohjattava saavuttavat hyvän keskinäisen vuorovaikutuksen ja pääsevät yhteisymmärrykseen tavoiteltavien asioiden kanssa. Tärkeintä on saada potilas motivoitumaan ja sitoutumaan omaan hoitoonsa ja ottaa vastuu siitä. (Eloranta & Virkki 2011, 7–8.)

Omahoito on käsite, joka tarkoittaa potilaan omaan tilanteeseen sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa, joka on toteutettu yhdessä ammattihenkilön kanssa. Siinä painotetaan potilaan omaa autonomiaa sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä. Ammattihenkilö toimii ikään kuin valmentajana ja potilas ottaa itse vastuun omista ratkaisuistaan. (Omahoidon määritelmä 2014.)

Jotta ohjaus olisi hyvää, tulee sen myös olla laadukasta. Ohjauksen laatuun vaikuttaa ohjaajan tiedot, taidot sekä asenne. Lisäksi laatuun vaikuttavat, miten erilaisia ohjausmenetelmiä käytetään, mitkä ovat toimintamahdollisuudet ja miten ohjaus toteutetaan. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla olisi kehitettävää ohjauksen ajoituksessa, eri menetelmien hyödyntämisessä ja hallinnassa sekä osittain tietotaidossa. Ohjaustaitoja suurin osa hoitohenkilökunnasta pitää kuitenkin hyvinä. Hyvä ohjaus perustuu ajan tasalla olevalle ohjausmateriaalille. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukola 2008.)

5.2 Potilasohje

Hyvän potilasohjeen tavoitteena on, että potilas mahdollisesti vielä kotona palaa saamaansa ohjeeseen, lukee sen uudestaan ja haluaa toimia annettujen ohjeiden mukaisesti (Hyvärinen 2005, 1769).

Hyvärinen (2005) tuo esille, että jokaisen tekstin tulisi olla kuin tarina, jonka juoni etenee loogisesti. Asiat voidaan kuitenkin jaotella tekstiin eri tavoilla. Vaihtoehtoina ovat esimerkiksi aikajärjestys, asiayhteydet tai tärkeysjärjestys. Asioiden esittämisjärjestystä mietittäessä tulee ottaa huomioon, se missä todennäköisimmin potilas käyttää ohjetta. Onko ohjeelle tarvetta kotona vai sairaalassa.

Potilasohjeen tulee olla suunnattu potilaalle ja siinä esitettyjen asioiden tulee olla sisällöllisesti oikeita ja perustua tutkittuun tietoon. Ohjeen tavoitteena on vastata potilaan kysymyksiin sekä antaa neuvoja. Kirjallisessa

ohjeessa tulee kiinnittää huomioita asiakaslähtöisyyteen, ajantasaiseen tietoon, selkeään esitystapaan, helppolukuisuuteen, ohjeistuksen perusteluun ja ohjeen pituuteen. (Eloranta & Virkki 2011, 74–75.)

Ohjetta suunniteltaessa on tärkeää miettiä, missä ohje julkaistaan ja tuuleeko potilas lukemaan sitä näyttöruudulta vai paperilta. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota fonttiin ja sen kokoon. Kannattaakin valita selkeä, helppolukuinen ja tarpeeksi suuri fontti. Keskeisiä sisältöjä ja otsikoita voi korostaa lihavoinnilla tai isoilla kirjaimilla. Ohjeen selkeyteen ja helppolukuisuuteen tulee kiinnittää erityisen paljon huomiota. Sanaston tulee olla ymmärrettävää ja maallikoille suunnattua, eikä se saa sisältää esimerkiksi lääketieteellisiä termejä. Myös lauserakenteita tulee miettiä huolella ja välttää liian pitkiä ja monimutkaisia lauseita. Ohjeen pituus on myös olennainen seikka, sillä liian pitkä ohje jää usein lukematta. Potilasohjeille ei ole määritelty mitään suositeltavaa pituutta, koska eri asioista tulee niin eripituisia ohjeita, mutta tavoitteena on kohtalaisen lyhyt, ytimekäs ja perusteltua tietoa antava ohje. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.)

Ohjeiden ja neuvojen perustelu on tärkeää ja se on myös yksi potilasohjauksen tärkeimmistä haasteista, sillä pelkkä neuvominen ei yleensä riitä muuttamaan toimintatapoja. Mitä enemmän potilaalta itseltään vaaditaan, sitä tärkeämpää on myös perustella vaaditut asiat, myös vähäpätöiset. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.)

6 TOIMINNALLNEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on kaksivaiheinen prosessi, jossa yhdistyvät käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän avulla. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus voi olla esimerkiksi potilasohje tai opas, jolla pyritään helpottamaan käyttäjän arkea tai järjeistämään toimintaa. Teoriatiedon, niiden valintojen sekä perusteluiden tulee pohjautua tutkittuun tietoon kyseiseltä ammattialalta. Opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu. (Vilkkä & Airaksinen 2009, 9–10.)

Tämän opinnäytetyön raporttiosa koostuu teoriapohjasta, potilasohjeen suunnittelusta, toteutuksesta, sekä arvioinnista. Potilasohjeen suunnitteluvaiheessa on selvitetty yhteistyökumppanin vaatimukset ja toiveet potilasohjeelta. Näiden pohjalta potilasohjeen suunnittelutyötä on tehty.

Potilasohjeen valmiista luonnoksesta pyydettiin palautetta yksiköistä, joissa se todennäköisimmin tulisi käyttöön. Palautteen avulla pyrimme varmistamaan sen, että potilasohje vastaa työelämäyhteistyökumppanin toiveita ja palvelee heidän tarkoitustaan. Potilasohjetta on muokattu vielä

näiden palautteiden perusteella. Vielä paremmin voitaisiin varmistua potilasohjeen toimivuudesta, jos aikaa olisi ollut testata ohjetta potilailla ja heiltä olisi saatu myös palaute.

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Valitsimme opinnäytetyömme toteutusmuodoksi toiminnallisen opinnäytetyön, sillä se tuki parhaiten aihettamme ja potilasohje oli toimeksiantajan toive. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on ollut tuottaa kirjallinen potilasohje, joka on suunnattu potilaalle omahoidon tueksi. Kirjallinen ohje on tuotettu toimeksiantajan toiveiden mukaisesti ja sen on tarkoitus olla tukena potilaan ohjauksessa sekä myös kotona potilaan elämäntapamuutoksen tukena.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli hakea tietoa refluksitaudista ja sen lääkkeettömistä hoitomuodoista. Työn tavoitteena on tukea potilaan omahoitoa, kannustaa potilasta elämäntapamuutukseen, sekä parantaa potilaan tiedonsaantia refluksitaudin lääkkeettömistä hoitokeinoista. Tavoitteena oli tuottaa toimiva potilasohje, jota työelämäyhteistyökumppani voisi hyödyntää refluksitautia sairastavien potilaiden ohjauksessa.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettinen osaaminen on yksi sairaanhoitajan perustehtävistä. Eettiset ohjeet ohjaavat hoitotyötä ja ovat kaiken perusta. Potilasohjauksella ja -ohjeilla on suuri rooli hoitotyössä, joten niissä on otettava tarkkaan huomioon eettisyys ja luotettavuus.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE, on koonnut omat suosituksensa terveydenhuollon eettisistä periaatteista ja suosituksista. Keskeiset periaatteet ovat itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioitus sekä terveyden edistäminen, jotka on huomioitu työsämme. Periaatteiden pohjalla on myös laki. (ETENE-julkaisu 1 2001.)

Sairaanhoitajan tehtävä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Hoitotyössä pyritään lisäämään ja tukemaan yksilön omia voimavaroja ja parantamaan elämänlaatua. Hoitajan ja potilaan välinen suhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Jokaista potilasta tulee kohdella yksilönä, taustoista riippumatta. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996.)

Potilasohjauksessa ja ohjeessa noudatetaan sairaanhoitajien eettisiä neuvoja, sekä on otettu huomioon terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Ohje on suunnattu potilaille ja siinä on otettu huomioon asiakasta kunnioittava näkökulma ja toimeksiantajan toiveet. Potilasohje perustuu ajantasaiseen luotettavaan tietoon ja ohjeen rakenne on suunniteltu tämän tiedon pohjalta. Potilasohjeessa ja kirjallisessa työssä on otettu huomioon potilaslähtöinen näkökulma sekä toimeksiantajan esittämät toiveet.

Potilasohjeessa esitetty tieto on perusteltua ja sen taustalta löytyy luotettavia lähteitä ja ajankohtaisia tutkimuksia sekä artikkeleita. Tiedonhaussa on kiinnitetty huomiota lähteiden luotettavuuteen vaikuttaviin seikkoihin, kuten julkaisutahoon ja julkaisuajankohtaan. Näiden perusteella on karjattu mahdolliset ei niin luotettavat ja mahdollisesti vanhentunut tieto pois. Lähdemerkinnöissä on kiinnitetty huomiota oikeaoppisuuteen ja aluperäisen lähteen helppoon saatavuuteen.

6.3 Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyön aihe on esitelty ensimmäisen kerran 25.10.2016 opinnäytetyön ideaseminaarista. Seminaarissa opinnäytetöiden aiheet esiteltiin omalle luokalle ja siellä saatiin muiden luokkatovereiden ja opettajan esittämiä näkökulmia aihevalinnasta. Aihevalintamme oli tullut tilaajan toimesta, joten ideaseminaarissa aiheemme todettiin hyväksytyksi. Silloisen idean mukaan opinnäytetyön aihe oli skopiaohje toimenpiteeseen tulevalle potilaalle. Kuitenkin 7.11.2016 skopiahoitajan tapaamisen jälkeen aihe rajautui refluksitautiin ja siihen liittyvään ruokavalio-ohjaukseen. Tarkennuksena vielä oli, että opinnäytetyössä tehdään potilasohje, joka on käyttökelpoinen paperisena versiona.

Skopiahoitajan tapaamisen jälkeen 8.11.2016 alettiin tehdä opinnäytetyön suunnitelmaa ennen ensimmäistä ohjausta. Tällöin saatiin aikaiseksi aikataulun hahmottelua, mietittiin aiheen rajausta ja etsittiin sopivia lähteitä sekä teorian tietoa refluksitaudista ja siihen liittyvästä ruokavaliosta.

Ensimmäinen tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa oli lokakuussa 2016. Ensimmäisessä suunnitelmassa oli alustava aikataulusuunnitelma, haettu hieman lähteitä, tarkoitus ja tavoite, sekä perustelut aiheen valinnalle. Olimme myös saaneet hahmoteltua opinnäytetyön rakenteen otsikkoineen. Ohjauksessa päädyimme siihen, että aihetta tulee rajata vielä tarkemmin ja hakea aktiivisesti lisää tietoa aiheesta.

Marraskuussa 2016 oli toinen ohjaavan opettajan tapaaminen. Tähän ohjaukseen olimme saaneet haettua lisää tietoperustaa otsikointien alle ja hieman rajattua aihetta. Tapaamisessa keskusteltiin siitä, mitä opinnäytetyöhön tulisi lisätä ja mitä mahdollisesti vielä rajata pois. Aihe muokkautui siten, että päätimme kirjoittaa myös hieman lääkehoidon näkökulmaa ja

hoitopolusta varsinaiseen opinnäytetyöhön. Suurin huolestus tässä vaiheessa oli, että tietoa tuntui löytyvän vain lasten refluksitaudista. Tapaus- ja tutkimusraportissa päätettiin, ettei suunnitelmaan tarvitse vielä näistä asioista löytyä paremmin tutkittua tietoa ja jos tutkimuksia ei löydy, päädympme käyttämään hoitotyön suosituksia. Suunnitelman teko oli edistynyt hyvin aikataulussa.

Joulukuussa 2016 suunnitelmaseminaarissa esiteltiin siihenastiset opinnäytetyön suunnitelmat. Kaikille suunnitelmille oli määrätty opponentit ja ohjaavat opettajat olivat myös arvioimassa suunnitelmia esitysten pohjalta. Suunnitelmamme ei ollut enää rakenteellisesti juuri muokkautunut, ainoastaan tietoperustaa oli etsitty lisää. Suunnitelmamme oli mielestämme hyvässä vaiheessa. Palautetta opponenteilta saimme kieliasettelusta, rakenteesta ja kielioppivirheistä. Ohjaavan opettajan palautteessa kirjallinen osio oli vielä sekava eikä kovin johdonmukainen ja se vaati selkeyttä rakenteeseen, mutta esityksestämme kävi ilmi aiheeseen perehtymisemme. Vielä samalla viikolla korjasimme kieliasuvirheet työstä ja hieman hioimme kokonaisuutta selkeämmäksi ohjaavan opettajan antamien ohjeiden perusteella.

Suunnitelma hyväksyttiin 2017 tammikuun lopussa. Hyväksymisen jälkeen aloimme suunnitella varsinaisen työn toteutusta ja ulkonäköä. Tiedonhaku ja teorian kokoaminen, oli työssämme eniten aikaa vievä osuus. Tutkimuksia löytyi niukasti, mutta pyrimme hyödyntämään kaiken mitä löysimme.

Kun teoria oli kerätty, aloimme suunnitella sen perusteella potilasohjetta ja sen sisältöä. Ohje valmistui toukokuussa 2017, jolloin luonnos luovutettiin toimeksiantajalle arvioitavaksi. Palautetta potilasohjeesta keräsimme kyselykaavakkeen avulla anonyymisti henkilökunnalta elokuussa 2017.

Loppuseminaari oli lokakuussa 2017, jolloin esittelimme valmiin työn ja tuotoksen. Kokosimme Power Point -esityksen, jossa kerroimme opinnäytetyömme sisällöstä ja tekoprosessista. Lisäksi esittelimme tekemämme tuotoksen ja kävimme läpi keräämäämme palautetta.

6.4 Potilasohjeen suunnittelu ja toteutus

Potilasohjetta on tarkoitus käyttää suullisen ohjauksen tukena, jonka jälkeen potilas saa ohjeen mukaansa ja voi kotona palata vielä läpi käytyihin asioihin ja soveltaa niitä omaan elämäänsä.

Potilasohje on suunniteltu potilaan näkökulmaa ajatellen ja siinä on tavoiteltu mahdollisimman selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Valitsimme ohjeeseen neljä pääotsikkoa, jotka olivat omahoitoon ja elämäntapamuutokseen liittyen olennaisimmat. Otsikot olivat painonhallinta, ruokavalio, alkoholi ja tupakka sekä muut konkreettiset keinot. Näiden neljän otsikon

alle sai hyvin laajasti ja monipuolisesti ajantasaista ja tutkittua tietoa, jotka kuitenkin kaikki liittyivät ja tukivat toisiaan. Potilasohjeessa tärkein kohta on painonhallinta ja ruokavalio, sillä niillä on hyvin paljon vaikutusta sairauteen ja sen oireisiin. Painonhallinnasta ja ruokavaliosta löytyi parhaiten tietoa.

Teimme muutamia erilaisia versioita, joita yhdistelemällä ja muokkaamalla päädyimme lopulliseen ratkaisuun. Otsikointi ja asiasisällöt tulivat parhaiten esille lopullisessa tuotoksessamme (Liite1.) ja saimme myös yhteistyökumppanimme hyväksynnän ohjeen ulkonäölle ja sisällölle. Ohjeen valmistumisen jälkeen suunnittelimme lomakkeen, jossa avoimilla kysymyksillä kerättiin palaute ohjeen toimivuudesta. (Liite 2.)

6.5 Tiedonhaku

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa tiedonhakuja suunniteltiin ja hakusanoiksi valittiin refluksitauti, närästys, ruokatorven takaisinvirtaus, gastroesofageaali, potilasohje, potilasohjaus, elämäntapamuutos ja omahoito. Myöhemmin prosessin edetessä käytimme hakusanoja tupakka, tupakointi, alkoholi ja ravitsemus. Lisäksi käytimme näiden hakusanojen yhdistelmiä. Näillä hauilla löytyneistä julkaisuista aloimme etsiä, olisiko niissä tietoa jota voisimme työssä hyödyntää. Käytimme samoja hakusanoja myös englanninkielellä. Hakutuloksia löytyi parhaiten kotimaisista tietokannoista, hakujen aikarajana käytimme kymmentä vuotta.

Tiedonhakuja tehtiin sekä kotimaisista, että ulkomaalaisista tietokannoista. Kotimaisista tietokannoista Terveysportti ja Medic olivat eniten käytettyjä. Lisäksi Google Scholarissa tehdyt haut olivat hyviä. Aiheesta löytyi myös yksi Käypä hoito-suositus. Ulkomaalaisista tietokannoista käytimme Cinchalia ja PubMediä.

Opinnäytetyön manuaalinen tiedonhaku on toteutettu käyttämällä erilaisia kirjallisia materiaaleja, kuten oppikirjoja ja muuta alan kirjallisuutta. Manuaalista tiedonhakuja tehtiin myös hyödyntämällä muiden tietokantojen lähdeluetteloita. Lähdeluetteloista etsittiin lähteitä, jotka voisivat olla käyttökelpoisia myös tässä opinnäytetyössä.

Tutkimuksia aiheesta oli todella haasteellista löytää, emmekä niitä juuriakaan löytäneet. Lasten refluksitautiin liittyviä julkaisuja ja tutkimuksia löytyi todella paljon, mutta ne eivät palvelleet työtämme, koska olimme rahanneet aiheemme nuoriin aikuisiin ja sitä iäkkäämpiin.

Aiheesta pyrimme löytämään mahdollisimman tuoreita julkaisuja, jotta voisimme varmistua, ettei tieto ole vanhentunutta. Rajasimme, että pyrimme käyttämään enintään 10 vuotta vanhoja teoksia. Lähdeluettelossa esiintyy muutama tätä vanhempi julkaisu, mutta meistä on perusteltua käyttää näitä työssämme tietopohjana, koska näistä aiheista voi tulla lisää tutkittua tietoa, mutta edellinen tieto ei silti vanhene. Tällaisia julkaisuja

ovat esimerkiksi Sairaanhoidajien eettiset ohjeet vuodelta 1996 ja Toiminnallinen opinnäytetyö -kirja, joka on julkaistu vuonna 2003.

6.6 Potilasohjeen arviointi

Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Induktiivisen, eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin voi tehdä esimerkiksi aineistoa tiivistämällä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä havainnot perustuvat käytettävissä olevaan aineistoon ja sen perusteella voidaan tehdä myös omia havaintoja. Omien havaintojen tekeminen tuottaa myös haasteita sisällönanalyysin luotettavuuteen. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.)

Potilasohje arvioitiin kolmesta eri näkökulmasta: oma arviointimme, ohjaavan opettajan palaute sekä työelämänyhteistyökumppanin kirjallinen arviointi. Kirjallisessa arvioinnissa käytimme henkilökunnalle suunnattua kyselylomaketta (Liite2). Arviointilomake koostui kuudesta arvioitavasta osa-alueesta, jotka käsittelivät kielen selkeyttä ja helppolukuisuutta, loogisuutta, asiasisältöä, ohjeen toimivuutta paperisena versiona, ohjeen ulkonäköä sekä ohjeiden perusteluja. Henkilökunnan tehtävä oli vastata avoimiin kysymyksiin, jotka koskivat potilasohjeen sisältöä ja rakennetta.

Palautteet jaoteltiin saatujen kommenttien perustella ryhmiin. Kielen helppolukuisuus ja selkeys, asiasisältö, potilasohjeen toimivuus paperisena versiona, sekä ohjeiden ja neuvojen perustelut. Arvioinnin sisällöistä yhdistimme asiasisällön ja loogisuuden, sekä potilasohjeen toimivuuden ja pituuden. Tämän jälkeen kokosimme näistä ryhmistä saatuja kommentteja ja tiivistimme niistä tarvittaessa keskeisen asiasisällön. Pääosin kommentit olivat lyhyitä. Sanoja ok ja hyvä oli useimmin käytetty annetuissa palautteissa.

Saimme yhteensä 13 palautetta kirurgisen- ja sisätautiosaston henkilökunnalta. Henkilökunnalla oli viikko aikaa täyttää kyselylomake ja sen jälkeen haimme täytetyt arviointilomakkeet sairaalalta. Palaute oli pääosin hyvää.

Kielen helppolukuisuutta ja selkeyttä arvioitiin hyväksi. Arvioinneissa tuotiin pääsääntöisesti esille, että potilasohje on helppolukuinen ja selkokielinen. Korjausehdotuksia oli joissakin lauserakenteissa ja sanoissa. Eräässä palautteessa tuotiin esille, että potilasohjeen sinuttelu tulisi muokata pois lauseista.

Potilasohjeen asiasisältöjen etenemistä arvioitiin loogiseksi, tähän ei arvioinneissa tullut parannusehdotuksia. Henkilökunta arvioi myös potilasohjeen asiasisältöä. Arvioinneissa kävi ilmi, että henkilökunnan mielestä asiasisältö oli hyvää ja sitä oli riittävästi. Tuotiin esille, että kaikki olennaisimmat seikat on käsitelty potilasohjeessa ja ne ovat riittävästi perusteltuja.

Potilasohjeen tekstin asettelua, fonttia ja ulkonäköä arvioitiin hyväksi ja selkeäksi. Positiivista palautetta tuli erityisesti selkeydestä ja asettelusta. Tässä kohdassa tarkoitus oli saada arviointi potilasohjeen paperisesta versiosta, sekä verkko julkaisusta, mutta arvioinnit koskivat ainoastaan paperista versiota potilasohjeesta.

Arviointilomakkeessa arvioitavana oli myös potilasohjeen pituus. Tämä jakoi paljon mielipiteitä henkilökunnan keskuudessa. Suurimmassa osassa oli kuitenkin arvioitu ohjeen pituus hyväksi. Osassa arvioinneista oli kritisoitu ohjetta liian pitkäksi ja haluttiin potilasohjeen tiivistämistä yhden sivun mittaiseksi.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä potilaan tiedonsaantia, parantaa omahoitoa sekä kannustaa kokonaisvaltaiseen elämäntapamuutokseen. Potilasohje oli onnistunut tuotos, saimme mielestämme hyvin koottua potilaalle tärkeimmät tiedot omahoidon tueksi ohjeeseen. Meidän täytyi potilasohjetta varten tehdä huolellista ja kattavaa tiedonhaku potilasohjeen perustaksi. Tiedonhaussa täytyi olla hyvin lähdekriittinen, jotta saimme koottua potilasohjeeseen luotettavaa tietoa refluksitaudin omahoidosta.

Olemme asioineet työelämäyhteistyökumppanin kanssa paljon sähköpostin välityksellä. Paremmiin olisimme voineet jo suunnitteluvaiheessa miettiä palautteen keräämistä. Aikataulu palautteen keräämisen osalta muuttui myös sen vuoksi, että kesän aikana palautetta antavilla osastoilla pidettiin sulkuja.

Jos olisimme paremmin suunnitelleet palautteen keräämisen ja aikataulutuksen, olisimme voineet kerätä palautetta potilasohjeesta myös potilailta. Tämä olisi tuonut todella suuren lisän työmme luotettavuuteen, koska olisimme näin voineet varmistua paremmin siitä, että potilasohje palvelee hyvin myös kotikäytössä.

Potilasohje on tehty tietoisesti sinuttelumuotoon, koska halusimme tehdä ohjeesta henkilökohtaisemman lukijalle. Lauserakenteita muotoilimme vielä selkeämmiksi annettujen palautteiden perusteella. Palautteiden perusteella mietimme potilasohjeen muuttamista yksisivuiseksi, mutta päädyimme kuitenkin siihen, että ohje säilyy kaksipuolisena. Mielestämme kaksipuolisessa ohjeessa saamme paremmin tuotua perusteluja esille, sekä asiasisältöjä, eikä potilasohjeen ulkoasu tällöin muutu liikaa.

8 JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JUURRUTTAMINEN

Potilasohjeen käyttöön ottamista varten ehdotamme, että organisaatio lisää potilasohjeeseen oman logonsa. Organisaatiolle ehdotetaan myös opinnäytetyön tekijöiden nimien laittamisesta potilasohjeeseen, tai opinnäytetyöhön viittaamista, jotta käyttäjät voivat halutessaan palata alkuperäisiin lähteisiin tai tietävät mistä teos on peräisin.

Potilasohjeeseen tulisi organisaation puolesta lisätä käyttöönottopäivämäärä ja päivämäärä, jolloin ohje tulisi tarkastaa ja tarvittaessa päivittää. Täten voitaisi varmistua siitä, ettei potilasohjeen tieto pääse vanhenemaan.

Ehdotamme, että jatkossa voisi tutkia tässä opinnäytetyössä tehdyn potilasohjeen toimivuutta. Potilasohjeen toimivuutta voisi tutkia potilaiden koticäytössä, sekä hoitajien ohjauksen tukena.

Opinnäytetyöstä ja opinnäytetyöprosessista on pyydetty kirjallinen palaute työelämäyhteistyökumppanilta. Palautelomakkeena toimi Hämeen ammattikorkeakoulun valmis palautelomake. Saadusta palautteesta kävi ilmi, että yhteistyökumppani on tyytyväinen yhteistyöhön ja valmiiseen versioon opinnäytetyöstä. Palautteesta tuotiin esille, että potilasohje vastaa tilaajan toivomuksia ja se aiotaan ottaa päivittäiseen käyttöön tilaavassa yksikössä.

Työelämäyhteistyökumppanille on tarjottu mahdollisuutta valmiin opinnäytetyön ja potilasohjeen esittelyyn yksikössä, potilasohjeen juurruttamiseksi.

LÄHTEET

Bjälle, J, Haug, E, Sand, O, Sjaastad, O. & Toverud, K. (2013). *Ihminen: Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOY.

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

ETENE- julkaisuja 1. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001). Haettu 27.6.2017 osoitteesta <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Hengityслиitto. *Hengitä ja hengästy*. (n.d.) Haettu 23.10.2017 osoitteesta <https://www.hengityслиitto.fi/sites/default/files/oppaat/hengitajahengasty.pdf>

Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (2012). *Potilasohjauksen ulottuvuudet 2*. Turku: Juvenes print.

Hyvärinen, R. (2005). *Millainen on toimiva potilasohje?* Duodecim. 2005;121:1769–73 PDF

Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä (n.d.) *Ruokatorven pH:n/pH:n impedanssin pitkäaikaisrekisteröinti*. Yrityksen Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirin kuntayhtymän intranet.

Karvonen, A-L (2010). *Mitä tehdä närästykselle: elämäntapaohjeita, lääkettä vai tähytykseen?* Lääkärilehti. 23/2010 vsk 65 s. 2101 – 2104. Haettu 9.1.2017 osoitteesta <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.hamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/mita-tehda-narastykselle-elamantapaohjeita-laketta-vai-tahystykseen/#reference-6>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. (2011). Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.

Käypä hoito -suositus. Omahoidon määritelmä. (2014). Haettu 24.10.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=46B4381C0430A2FEA49A4E420996F578?id=nix02107>

Käypä hoito -suositus. Vatsa vaivaa - ja närästää? (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito). (2013). Haettu 20.2.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00105#NaN>

Käypä hoito -suositus. Ylävatsavaivaisen potilaan tutkimus ja hoito. (2013). Haettu 17.11.2016 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50093.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 10.3.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H, & Ukkola, L. (2008). *Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa*. SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI 2008: 45 121–135. Haettu 27.6.2017 osoitteesta https://www.researchgate.net/profile/Outi_Kanste/publication/277237710_Henkilöstön_käsitykset_potilasohjauksen_toimintaedellytyksistä_ja_toteutuksesta_perusterveydenhuollossa/links/55a7376f08ae410caa751c7d/Henkilöstön-kaesitykset-potilasohjauksen-toimintaedellytyksistä-ja-toteutuksesta-perusterveydenhuollossa.pdf

Mustajoki, P. (2016). *Refluksitauti (mahan sisällön nousu ruokatorveen)*. Terveyskirjasto. Haettu 7.12.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00072

Niinikoski, S. (2017). *Opinnäytetyöhömmä liittyyen*. Sähköpostiviesti tekijälle 31.3.2017.

Pikkarainen, P. (2009) *Muut mahasuoli-kanavan sairaudet*. Terveyskirjasto. Haettu 12.12.2016 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2014). *Lääkehoidon käsikirja*. Helsinki: Sanoma Pro.

Stumppi. Nikotiinikorvaushoito. (2016). Haettu 3.2.2017 osoitteesta <http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/nikotiinikorvaushoito/>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 28.9.1996. (1996). Haettu 27.6.2017 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Tiusanen, T. (2014). *Refluksitauti potilaan hoito*. Sairaanhoitajan käsikirja. Haettu 8.11.2016 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003) *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi. Helsinki.

Voutilainen, M. (2013). *Refluksisairaus*. Teoksessa M. Färkkilä, H. Isoniemi, K. Kaukinen & P. Puolakkainen (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 161-172.

Voutilainen, M. (2014) *Refluksitauti – hyvänlaatuinen mutta kallis sairaus*. Duodecim. Haettu 17.1.2017 osoitteesta <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo11598.pdf>

REFLUKSITAUDIN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT – POTILASOHJE

Refluksitauti, eli närästys, on yleensä vaaraton, mutta ikävä vaiva. Närästysoireet voidaan kuitenkin saada hallintaan lääkeshoidon lisäksi lääkkeettömillä hoitomuodoilla ja pysyvillä elämäntapamuutoksilla. Lääkkeettömissä hoitokeinoissa on tärkeää, että perehdyt ohjeisiin hyvin ja olet motivoitunut noudattamaan niitä.

Keskeisiä lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat:

PAINON HALLINTA

Ylipainon ja jo lievän lihavuuden on tutkittu pahentavan refluksitaudin oireita. Kiinnittämällä huomiota painon hallintaan, voit saada helpotusta refluksitaudin oireisiin.

- Laihduksella voit päästä refluksitaudista kokonaan eroon.
- Kiinnitä huomiota ruokavalioon ja liikuntaan.
- Apua painonhallintaan voi saada erilaisista tukiryhmistä sekä terveysalan ammattilaisilta.

RUOKAILU

Painonhallinnan lisäksi tehokas keino lieventää refluksitaudin oireita on ruokavalion muutokset. Ruokaillessa tulee ottaa huomioon säännöllisyys ja kohtuullisuus. Vatsalaukun ollessa täynnä ohivirtausta tapahtuu herkemmin, etenkin makuuasennossa. Tästä syystä tulisi välttää ruokalepoja, sekä ruokailemista 2-3 tuntia ennen nukkumaanmenoa.

Jotkin ruoka-aineet voivat heikentää ruokatorven sulkijalihaksen toimintaa tai ärsyttää limakalvoja, tämän vuoksi ne voivat aiheuttaa närästysoireita ja niitä tulisi välttää.

Tällaisia ruoka-aineita ovat:

- Rasva ja rasvaiset ruuat
- Suklaa
- Piparminttu
- Sipuli ja tomaatti
- Kolajuomat
- Väkevät alkoholijuomat ja viini
- Sitruhedelmät, sekä happamat ruoat ja juomat
- Kahvi

ALKOHOLI | Alkoholi voi pahentaa refluksitaudin oireita, koska se lisää happoneritystä, vähentää ruokatorven alasulkijan painetta ja rentouttaa ruokatorven sulkijalihasta, sekä hidastaa mahan tyhjenemistä. Tutkimuksissa on todettu, että runsaasti alkoholia käyttävillä esiintyy huomattavasti enemmän refluksi oireita kuin muilla. Tämän vuoksi alkoholin käyttöä tulisi vähentää tai se tulisi lopettaa kokonaan.

TUPAKOINNIN LOPETTAMINEN | Tutkimuksissa on todettu, että tupakoivilla on enemmän refluksitaudin oireita kuin tupakoimattomilla. Tupakointi löydyttää ruokatorven alasulkijaa ja lisää mahahapon tuotantoa. Päätös tupakoinnin lopettamisesta on merkittävä terveyden kannalta. Apua tupakoinnin lopettamiseen ja sopivan korvaushoidon suunnittelussa saat terveysalan ammattilaisilta tai apteekkihenkilökunnalta.

MUITA KEINOJA | Refluksitautia ja sen oireita voidaan hoitaa myös muilla pienillä muutoksilla:

- Sängynpäädyn kohottaminen esimerkiksi kiilalla, estää mahahappojen pääsyn takaisin ruokatorveen ja vähentää varsinkin yöllisiä oireita. Korotuksen on oltava 10-20 cm, jotta siitä on hyötyä. Korotusta varten on olemassa erilaisia apuvälineitä, kuten esimerkiksi kiilapatjoja ja sängyn jalkoihin asennettavia lisäpaloja, joita saa apuvälinekaupoista.
- Vältä fyysistä ponnistelua ja turhaa kumartelua 2-3 tuntia ruokailun jälkeen, koska ne lisäävät takaisin virtausta.
- Vasemmalla kyljellä nukkuminen estää mahahappojen pääsyn takaisin ruokatorveen.
- Käytä mukavia ja vatsanalueelta kiristämättömiä vaatteita.

Refluksitaudin lääkkeettömät hoitokeinot -potilasohjeen arviointilomake

Pyydämme palautetta opinnäytetyömme toiminnallisesta osuudesta, eli potilasohjeesta.

Tutustuttuasi ja käytettyäsi suunnittelemaamme potilasohjetta, pyydämme kirjoittamaan palautetta potilasohjeesta. Vastaa alla oleviin avoimiin kohtiin rehellisesti ja rakentavasti, jotta voimme muokata potilasohjeen henkilökunnalle ja potilaille mahdollisimman toimivaksi.

Arvioitavia asioita:

1. **Kielen helppolukuisuus ja selkeys:** Onko ohje helposti ymmärrettävä? Onko tekstin jäsentely selkeä? Muuttaisitko jotain sanoja/ sanamuotoja?
2. **Loogisuus:** Eteneekö ohjeistus loogisessa järjestyksessä, mitä muuttaisit?
3. **Asiasisältö:** Onko ohjeessa kaikki tarvittava / liikaa asiaa /puuttuuko mielestäsi jokin olennainen asia?
4. **Potilasohjeen toimivuus paperisena versiona, sekä verkkojulkaisuna:** Asettelu, fontti, ulkonäkö?
5. **Ohjeen pituus:**
6. **Ohjeiden ja neuvojen perustelut:** Ovatko perustelut riittäviä/ helposti ymmärrettäviä?

Kiitämme palautteestasi!

Terveisin Hanna Lilja ja Essi Koivisto

hanna.lilja@student.hamk.fi & Essi.ra.koivisto@student.hamk.fi