

OPINNÄYTETYÖ

Korhonen Sirpa

Niemelä Elina

2010

**Elämä ilman paksusuolta
- IPAA-leikatun ihmisen selviytyminen
arjessa**



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
SAIRAAHOITAJA AMK 210 OP

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**ELÄMÄ ILMAN PAKSUSUOLTA
- IPAA-LEIKATUN IHMISEN SELVIYTYMINEN
ARJESSA**

Korhonen Sirpa
Niemelä Elina

2010

Toimeksiantaja IPAA-yhdistys

Ohjaaja Rintala Johanna

Hyväksytty _____ 2010 _____

Tekijät	Sirpa Korhonen Elina Niemelä	vuosi	2010
Toimeksiantaja	IPAA-yhdistys		
Työn nimi	Elämä ilman paksusuolta -IPAA-leikatun ihmisen selviytyminen arjessa		
Sivu- ja liitemäärä	55 + 11		

Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa ja kuvata, miten paksusuolen puuttumisen mukanaan tuomat ongelmat ovat vaikuttaneet IPAA-leikatun ihmisen elämään ja millaisia selviytymismenetelmiä oli käytetty. Tutkimuksen tavoitteena oli antaa tietoa IPAA-leikkaukseen meneville, IPAA-leikatuille ja heidän perheilleen ja läheisilleen, hoitohenkilökunnalle sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Opinnäytetyön tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Aineiston keruumenetelmänä oli kyselylomake, joka laadittiin Roper-Logan-Tierneyn elämisen toimintojen mallin pohjalta. Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat IPAA-yhdistyksen jäsenet. Tutkimus tehtiin postikyselynä ja vastausprosentti oli 67. Tutkimustulokset analysoitiin käyttämällä tilastotieteellistä analysointiohjelmaa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan IPAA-leikatut ovat tyytyväisiä leikkaukseen ja heidän elämälaatusensa on parantunut. Paksusuolen puuttuminen ei rajoita heidän sosiaalista elämäänsä. Selviytymismenetelminä ilmeni opinnäytetyön tulosten perusteella seuraavanlaisia asioita: IPAA-leikattu ihminen rajoittaa itselleen sopimattomien ruoka-aineiden syöntiä. Myös ulosteen sisällön koostumuksen muuttamiseen tarkoitettuja lääkkeitä käytettiin selviytymismenetelminä, jotta IPAA-leikattu ihminen voi esimerkiksi harrastaa tai matkustaa. Tutkimustuloksista ilmeni puutteena riittävän tiedon saaminen ennen leikkausta.

Avainsanat IPAA-leikkaus, Colitis ulcerosa, selviytyminen, ohjaus, elämisen toiminnot

Author	Sirpa Korhonen Elina Niemlä	Year	2010
Commissioned by	IPAA-yhdistys		
Subject of thesis	Live without colon -coping with Ileal Pouch Anal Anastomosis in every- day life		
Number of pages	55 + 11		

The thesis research is to collect data and describe how the lack of the large intestine brought about by the problems have affected the IPAA-cut life, and how they have coped. The objective is to provide information IPAA surgery-going, IPAA-cut and their families and friends, medical personnel and other interested parties.

Thesis research approach is quantitative. A questionnaire was prepared by applying the Roper-Logan-Tierney activities of living model. According to the results of the thesis-cut IPAA surgery and are satisfied with their quality of life has improved. Our study results showed the ways of coping for example the following types of things. IPAA-cut man restrict himself unfit foods eaten. Dense stool frequency because of IPAA-cut man may need to use the composition of the gut contents of medicines, so that for example, may engage in, or travel. Participating in the survey IPAA-cut 30% of people used the probiotics on a daily basis.

Keywords IPAA-cut, colitis ulcerosa, copying, steering, Roper-Logan-Tierney activities of living model

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 SAIRASTUMISESTA IPAA-LEIKKAUKSEN JÄLKEISEEN ELÄMÄÄN	3
2.1 Colitis ulcerosa	4
2.2 IPAA-leikkaus	5
2.3 Elämisen toiminnot ja IPAA-leikattu ihminen	6
2.3.1 Turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestiminen ja nukkuminen	7
2.3.2 Syöminen ja juominen	9
2.3.3 Erittäminen ja henkilökohtaisesta puhtaudesta huolehtiminen	11
2.3.4 Liikkuminen, työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen	13
2.3.5 Sukupuolisuuden ilmaiseminen	14
2.4 Selviytyminen	15
2.4.1 IPAA-leikatun ihmisen keinot selviytymiseen	16
2.4.2 Ohjaus selviytymisen tukena hoitotyössä	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	20
4 TUTKIMUSMENETELMÄN KUVAUS	21
4.1 Tutkimusmenetelmä	21
4.2 Tutkimuksen kohdejoukko	23
4.3 Aineiston käsittely ja analysointi	23
5 TUTKIMUSTULOKSET	25
5.1 Taustatiedot	25
5.2 IPAA-leikatun ihmisen turvallinen ympäristö ja lääkehoito	27
5.3 IPAA-leikatun ihmisen ravitsemus	31
5.4 IPAA-leikatun ihmisen eritystoiminta	36
5.5 IPAA-leikatun ihmisen liikkuminen, harrastaminen, työskentely	40
5.6 IPAA-leikatun ihmisen sukupuoliuus	42
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	45
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
8 POHDINTA	51
LÄHTEET	53
LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe on aikuisten IPAA-leikattujen ihmisten selviytyminen arjessa ilman paksusuolta. IPAA-leikkaus on paksusuolen poistoleikkaus, missä ohutsuoli liitetään peräsuoleen eikä avannetta silloin tarvita. IPAA-leikkaus tehdään pääasiassa haavaista paksusuolentulehdusta (*Colitis Ulcerosa*) sairastaville. IPAA tulee sanoista ileal pouch anal anastomosis.

Opinnäytetyömme tutkimuksen tarkoitus on kerätä tietoa ja kuvata miten paksusuolenpuuttumisen mukanaan tuomat ongelmat ovat vaikuttaneet elämään ja miten niistä on selviydytty. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa IPAA-leikkaukseen meneville, IPAA-leikatuille ja heidän perheilleen ja läheisilleen, hoitohenkilökunnalle sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Kiinnostuksemme aiheeseen on herännyt toisen opinnäytetyön tekijän lähipiiristä, johon kuuluu IPAA-leikattu ihminen. Tämä herätti meissä halun selvittää ja kuvata, miten IPAA-leikkaus on vaikuttanut elämisen toimintoihin ja millaisia selviytymismenetelmiä he ovat käyttäneet selviytyäkseen arjen tavallisista askareista. Halusimme saada selville mihin kaikkeen paksusuolen puuttuminen vaikuttaa, esimerkiksi mitä he voivat syödä ja mitä eivät, onnistuuko matkustaminen ja millä tavoin, vaikuttaako paksusuolen puuttuminen työhön, harrastuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin.

Teoreettiseksi perustaksi valitsemme Roper-Logan-Tierneyn elämisen toimintojen mallin. Malli on paljon hoitotyössä käytetty ja sillä kuvataan mitä jokapäiväiseen elämään sisältyy. Roper-Logan-Tierneyn mallin pohjalta laaditaan kyselylomake, jolla kerätään tietoa IPAA-leikatuilta siitä, miten he selviytyvät arjestaan. (Roper – Logan – Tierney 1992, 26 – 33.) Opinnäytetyösämme tulemme käyttämään määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusotetta, jolla saadaan empiiristä eli kokemuspäistä tietoa suurelta joukolta.

Tämän tutkimuksen tarpeellisuus nousee ennen kaikkea aihetta käsittelevistä aiemmista tutkimuksista, joiden pohjalta todetaan, että suomalaisia IPAA-leikkaukseen liittyviä hoitotieteellisiä tutkimuksia ei juuri löytynyt. Koemme tämän tutkimuksen olevan merkityksellinen IPAA-leikatuille ihmisille ja lisäksi

tutkimuksemme tuomaa tietoa voidaan käyttää sairaanhoitajan ohjatessa ja opettaessa äskettäin IPAA-leikattuja ihmisiä selviytymään muuttuneessa elämäntilanteessa sekä olemaan heidän tukena jatkossakin.

Saimme toimeksiannon IPAA-yhdistykseltä, joka on paksusuolileikattujen valtakunnallinen yhdysside ja etujärjestö. (Ipaayhdistys 2009.) Tutkimuksemme osallistuvat vastaajat ovat IPAA-yhdistyksen jäseniä.

Tässä opinnäytetyössä ei syvennyttä tutkimaan selviytymistä kriisiteorioiden pohjalta. Pyrimme saamaan tietoa siitä, mitkä ovat ne keinot, millä IPAA-leikattu ihminen selviytyy arkipäivästä ja kuvaamaan ne. Emme tutki selviytymistä siinä hetkessä, kun leikkauksesta on kulunut vielä varsin vähän aikaa.

2 SAIRASTUMISESTA IPAA-LEIKKAUKSEN JÄLKEISEEN ELÄMÄÄN

Tulehduksellisilla suolistosairauksilla (IBD, *Inflammatory bowel disease*) tarkoitetaan haavaista paksusuolentulehdusta (*colitis ulcerosa*) sekä Crohnin tautia (*Morbus Crohn*). Syytä näille sairauksille ei tunneta. Aiheuttajia voi olla useita ja taudin kuva eri ihmisillä vaihtelee. Colitis ulcerosaa ja Crohnin tautia ei voida aina erottaa toisistaan. Colitis ulcerosa on jonkin verran yleisempi miehillä kuin naisilla ja Crohnin taudin osalta tilanne on päinvastainen. IBD-sairaudet muistuttavat taudinkuvaltaan toisiaan siten, että jopa 10 – 20 % tapauksista ei voida erottaa toisistaan. Mikäli diagnoosiksi jää määrittämätön koliitti (Indeterminate) silloin taudinkuvassa on Colitis ulcerosaan ja Crohnin tautiin viittaavia piirteitä. On mahdollista, että useat syyt voivat johtaa sopivilla yksilöillä joko Crohnin taudin tai Colitis ulcerosan puhkeamiseen. Ympäristötekijöiden, psykososiaalisten tekijöiden, infektioiden ja geneettisten tekijöiden vaikutusta näiden syntyyn on tutkittu. (Niemelä 2007, 466 – 486.)

Tulehdukselliset suolistosairaudet (IBD) sekä Colitis ulcerosan, että Crohnin taudin yhteydessä esiintyy muutoksia useissa eri elimissä. Osa muutoksista näyttää liittyvän suolistotulehduksen kulkuun ja osa taas on siitä riippumattomia. Tavallisimpia on iho-, nivel-, silmä-, maksa- ja haimamuutokset. Esimerkiksi perifeeristä artriittiä esiintyy 20 % IBD- potilaista ja se liittyy koliitin aktiivivaiheeseen. Se esiintyy epäsymmetrisesti suurissa nivelissä, kuten polvilla, nilkoissa, lonkissa, olkapäissä, ranteissa ja kyynärpäissä. Muita tulehduksellisten suolistosairauksien liitännäissairauksia on seronegatiivinen artriitti (niveltulehdus, joka ei näy verikokeissa), ankyloiva spondyliitti (selkärankareuma), sakroiliitti (ristiluun ja suoliluun välisen nivelen tulehdus), episleriitti (silman kovakalvon pintatulehdus), iriitti (silman värikalvon tulehdus), uveiitti (silman suonikalvon tulehdus), aftat, haimatulehdus, primaari sklerosoiva kolangiitti (krooninen tulehduksellinen sappitiesairaus), rasvamaksa, krooninen hepatiitti, kolangiokarsinooma (sappitiesyöpä), kyhmyruusu ja pyoderma gangrenosum (aiheuttaa märkiviä ja nekroottisia ihoavaumia). (Niemelä 2007, 497 - 498.) 2 %:lla IPAA-leikatuista ihmisistä esiintyy Sklerosoivaa kolangiittia, kuten Ashorn, Iltanen ja Kolhokin (2009) ovat raportoineet.

Tulehduksellisten suolistosairauksien esiintyvyys on suurinta Pohjoismaissa, Britteinsaarilla ja Pohjois-Amerikassa ja harvinaisempaa Etelä-Euroopassa, Aasiassa ja Afrikassa ja Etelä- Amerikassa. Suomessa KELAn erityiskorvattavien lääketilastojen perusteella IBD:n vuotuinen insidenssi 20/100 000 asukasta ja prevalenssi 300 - 400/100 000 asukasta, joista Colitis ulcerosan osuus on kolmannes. (Niemelä 2007, 467.)

2.1 Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosalle tyypillisiä oireita on ripuli, veriset ja limaiset ulosteet ja joskus vatsakivut. Oireet voivat kestää viikoista kuukausiin. Toisinaan oireet voivat alkaa myös akuutisti ja ne voivat muistuttaa infektiokoliittia. Koliitin vaikeusaste luokitellaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan koliittiin oireiden perusteella. Lievässä koliitissa ripuli tulee muutaman kerran päivässä usein ruokailun jälkeen, oireisto muistuttaa tällöin toiminnallista paksusuolivaivaa. Keskivaikeassa ja vaikeassa koliitissa veriripulia tulee jopa öisin ja useita kertoja päivässä ja rajoittaa huomattavasti potilaan elämää. Epämääräiset ja lievät koliikinomaiset mahakivut ovat tavallisia. Jatkuva ja vaikea vatsakipu on merkki komplikaatiosta tai jostain muusta sairaudesta. Kun tautiin liittyy lisäksi toksisia yleisoireita, puhutaan fulminantista koliitista. (Niemelä 2007, 469 - 470.)

Colitis ulcerosa on aaltoileva, välillä tauti on remissiossa ja välillä on selviä pahenemisvaiheita, jolloin lääkitystä joudutaan tehostamaan. Colitis ulcerosa diagnosoidaan joko sigmoidoskopiolla (paksusuolen loppuosan tähystys) tai colonoskopiolla (paksusuolen tähystys). Colonoskopiolla saadaan käsitys koko paksusuolen tilasta ja taudin laajuus on helpompi arvioida. Tähystykseen liittyy koepalojen ottaminen, joissa voidaan nähdä ns. krypta-absesseja, jotka ovat Colitis ulcerosalle diagnostisia löytöjä. (Vauhkonen – Holmström 1998, 241.)

Tärkein hoitomuoto Colitis ulcerosalle on lääkehoito. Hoitona käytetään tavallisesti 5-ASA-valmisteita, salatsosulfapyridiiniä, kortikosteroideja tai immunosuppressiivisia lääkkeitä. Colitis ulcerosan uusiutuvan luonteen vuoksi tarvitaan tavallisesti pitkäaikainen estolääkitys. Tilanteissa joissa Colitis ulcerosa

reagoi lääkehoitoon huonosti tai komplikaatioiden yhteydessä joudutaan turvautumaan kirurgiseen hoitoon. Lisäksi olisi hyvä arvioida ainakin psykososiaalisia ja ravitsemuksellisia seikkoja ja suunnata tarvittaessa hoitoa myös niihin. (Niemelä 2007, 473.)

Colitis ulcerosan leikkaushoitoon on kolme pääasiallista syytä: äkillinen lääkehoitoon reagoimattoman tulehdus (fulminantti koliitti), krooninen invalidisoiva koliitti ja koliittiin liittyvä syöpä tai syöpävaara. Keskeiseksi leikkausaiheeksi on kroonisessa koliitissa muodostunut kortisonihoidon pitkittymisestä johtuvat sivuvaikutukset (diabetes, verenpainetauti, kaihi, osteoporoosi, ulkonäön muutos, jne.) Mikäli kortisonihoito on jatkunut yli puoli vuotta, on silloin harkittava leikkaushoitoa. (Niemelä 2007, 479 - 480.) Keskitymme tutkimuksemme pääasiassa Colitis ulcerosan vuoksi IPAA-leikattuihin ihmisiin.

Toinen tulehduksellinen suolistosairaus on Crohnin tauti, joka on krooninen uusiutuva sairaus. Tavallisimpia oireita ovat vatsakipu, ripuli, kuume ja laihduminen. Veriuloste ja anaalialueen vaivat kuuluvat myös Crohnin taudin oireisiin. Crohnin taudin tärkein hoito on lääkehoito. Lääkehoitoon puutteellisesti reagoivissa tapauksissa ja komplikaatioiden hoitamiseksi tarvitaan lisäksi kirurgiaa. Crohnin tautia ei voida parantaa leikkaamalla, siksi kirurgista hoitoa suositellaan vain valikoiduille oireisille potilailla. (Niemelä 2007, 487 - 494.)

2.2 IPAA-leikkaus

IPAA-leikkauksessa (ileal pouch anal anastomosis, IPAA) poistetaan paksusuoli (*koolon*) ja peräsuolesta poistetaan ainoastaan limakalvo. Ohutsuolen loppuosaan (*Ileum*) on tehty säiliö, joka liitetään peräaukon (*anus*) ihorajalle, (*linea dentata*) joka on kohta jossa anaalikanavan limakalvon tyyppi muuttuu. Ileumsäiliö voidaan rakentaa eri tavoin, säiliömalleja on useita esimerkiksi S-pussi, H-pussi, W-pussi ja J-pussi. Eri mallien käytöstä ei ole merkittäviä eroja toiminnan kannalta, yksinkertaisinta J-mallia käytetään eniten. Alkuaikoina tehtiin väliaikainen lenkki-ileostomia, sillä pelättiin suoliliitoksen paranemiseen liittyvän infektio-ongelmia. Nyt suoja-avanteesta on kuitenkin luovuttu hyväkuntoisilla potilailla. Proktokolektomia eli peräaukon säästävä leikkaus

on vaativa leikkaus, johon liittyy paljon komplikaatioita. Leikkaukseen liittyvä kuolleisuus on vähäinen. IPAA-leikkaus ei sovellu iäkkäille, eikä huonokuntoisille potilaille ja peräaukon sulkijalihasten toimintakyky on oltava riittävän hyvä. Vasta-aiheita leikkaukselle on peräsuolen (*rektum*) alaosan karsinoma ja Crohnin tauti. Tavallisimpia komplikaatioita ovat leikkauksen jälkeinen verenvuoto, suoliliitoksen pettäminen ja sitä seuraavat lantionpohjan infektiokomplikaatiot sekä suolitukos. Huono toiminta ja pitkittyneet komplikaatiot johtavat 5 – 10 %:lla potilaista siihen että anaaliliitos joudutaan purkamaan ja rakentamaan pysyvä ileostomia eli ohutsuoliavanne. Keskimääräiseksi ulostamistaajuudeksi tulee yleensä 4 – 6 kertaa vuorokaudessa ja uloste on pysyvästi löysää. Pidätyskyky säilyy normaalina tai tyydyttävänä, lievää tahrimista esiintyy varsinkin öisin jopa 30 %:lla potilaista ja siksi osa käyttää suojasidettä. (Järvinen 2007, 484 - 486.) Merkittävästi potilaiden toipumiseen vaikuttavia komplikaatioita on leikkauksen jälkeen ja säiliöitä joudutaan poistamaan 10 - 15 %:lla leikatuista potilaista. (Rautio 2009.)

IPAA-leikkauksia tehdään myös familiaalista adenomatoottisia polypoosia (FAP) sairastaville. FAP on vallitsevasti periytyvä ja sukupuolesta riippumatta se johtaa väistämättä paksu- tai peräsuolisyyöpään keskimäärin 40–vuoden iässä. HYKSissä pidetään erillistä Suomen polypoosirekisteriä. Siihen on kirjattu vuoden 2005 mennessä 135 erillistä FAP-sukua, joissa on n. 400 potilasta ja suuri joukko heidän jälkeläisiään, joiden sairastumisvaara on 50 %. (Järvinen 2007, 520 - 523.)

2.3 Elämisen toiminnot ja IPAA-leikattu ihminen

Tarkastelemme opinnäytetyössämme jokapäiväisiä elämisen toimintoja Roper-Logan-Tierneyn 12 elämisen toiminnon mallin mukaisesti lukuun ottamatta kuolemaa ja hengittämistä. Valitsimme tämän mallin, koska sitä käytetään paljon hoitotyössä. Roper-Logan-Tierneyn elämisen toimintojen malli pyrkii tarjoamaan viitekehyksen, jota voidaan hoitotyössä käyttää yksilöityyn hoitotyöhön. Tämä malli on kuvaus siitä, mitä elämiseen sisältyy. Nämä 12 elämisen toimintoa ovat turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestiminen, hengittäminen, syöminen ja juominen, erittäminen, henkilökohtaisesta puhtaudesta

ja pukeutumisesta huolehtiminen, kehon lämmöstä huolehtiminen, liikkuminen, työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen, sukupuolisuuden ilmaiseminen, nukkuminen ja kuoleminen.

Jokaisessa elämisen toiminnossa on monta ulottuvuutta. Jokainen ihminen suorittaa elämisen toimintojaan eri tavoin. Toiminnoista suoriutuminen riippuu siitä, missä elämänkulun vaiheessa hän on ja mikä on hänen riippuvuuden ja riippumattomuuden asteensa. Eli jokaisessa elämisen toiminnossa on oma riippuvuus-riippumattomuus-jatkumo riippuen elämänkulun vaiheesta. Riippuvuus-riippumattomuus jatkumossa korostetaan sitä, että jokaisella meillä on elämänkulussa vaiheita, jolloin riippumattomuus muista ihmisistä ei ole mahdollista. Riippuvuus-riippumaton-jatkumon ääripäistä käytetään nimitystä täydellinen riippuvuus ja riippumattomuus. Elämänkulku on ihmisen koko elämä hedelmöityksestä kuolemaan. Elämisen toimintoihin vaikuttavat tekijät ovat fyysiset, psykologiset, sosiokulttuuriset, ympäristölliset ja poliittistaloudelliset. (Roper – Logan – Tierney 1992, 26 – 33.)

2.3.1 Turvallisen ympäristön ylläpitäminen, viestiminen ja nukkuminen

Ihmiset osallistuvat sen ympäristön turvallisuuden ylläpitämiseen, missä he suorittavat elämisen toimintonsa joka päivä. Elinympäristön on oltava turvallinen, jotta välttyään onnettomuuksilta ja uhkaavilta tilanteilta. Tarkoituksena on ihmisen hengissä säilyminen. Turvallisen ympäristön ylläpitäminen vaikeutuu asteittain vanhenemisprosessin myötä. Sairaus, heikko vastustuskyky lisää alttiutta tartunnoille ja vähentää yksilön kykyä ottaa osaa toimintaan, jonka tavoitteena on turvallisen ympäristön ylläpitäminen. Monilla potilailla on päivittäin käytössään lääkkeitä ja hän on kotioloissa itse vastuussa niiden käytön turvallisuudesta. Sairaalahoidon aikana taas ihminen menettää riippumattomuutensa ja on riippuvainen sairaanhoitajan vastuullisesta lääkehoidosta. Hoitotyössä riippuvuus-riippumattomuus on käsitteenä erittäin tärkeä, sairaanhoitajat joutuvat auttamaan potilaan sopeutumista pakolliseen, lyhyt- tai pitkäaikaiseen riippuvuuteen tai saamaan takaisin sairautta edeltävän riippumattomuuden. Mikä tahansa fyysinen epätasapaino voi rajoittaa riippumattomuutta. (Roper – Logan – Tierney 1992, 93 – 114.)

Viestiminen kuuluu ihmisen elämään olennaisesti tavalla tai toisella, sanattomasti tai sanallisesti, sillä ihminen on perusolemukseltaan sosiaalinen olento. Viestimiseen vaikuttaa fyysiset, psykologiset, sosiokulttuuriset, ympäristölliset ja poliittistaloudelliset tekijät. Viestiminen on väline, jolla potilas saa tietoa sairaudestaan. Sairaanhoidajan ja potilaan välillä on ihmissuhde. Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa potilasta. Ihmisen sairastaessa käsitys itsestään muuttuu, tämä kokemus voi olla epämiellyttävä ja hän voi olla huolissaan. Huolestuneen ihmisen kyky kuunnella, keskittyä ja ymmärtää heikkenee. Sairaanhoidajan pitäisi puhua kieltä, jota potilas ymmärtää. Lääketieteelliset sanat voivat aiheuttaa ongelmia. Eräiden hoitotyön toimintojen tarkoituksena on henkisen terveyden kohentaminen esim. kun potilasta autetaan hyväksymään krooninen sairautensa ja tulemaan toimeen sen kanssa. (Roper – Logan – Tierney 1992, 27, 119 - 134.)

Nukkuminen on yksi ihmisen peruselintoiminnoista. Kehon prosessit eivät pysähdy nukkumisen ajaksi. Nukkumisen aikana solut kasvavat ja uusiutuvat ja antaa ihmiselle mahdollisuuden vapautua jokapäiväisen elämän stressistä ja vaatimuksista siten, että herättyään suoriutuu niistä virkistyneenä. Ikä vaikuttaa nukkumiseen, sen keston ja laatuun. Nukkuminen on erittäin monimutkainen ja muutoksille herkkä toiminto. Lepo ja nukkuminen on tärkeä osa hoitoa. Sairaus tuo mukanaan joitakin ongelmia nukkumisen elämisen toimintoon, vaikkakin yleensä ohimeneviä. Nukkuminen on herkkä yksilöllinen toiminto, että kaikenlaiset epä mukavuudet voivat vaikeuttaa lepäämistä ja unta. (Roper – Logan – Tierney 1992, 28 – 29, 301 – 312.) Aikuisen ihmisen unentarve on noin seitsemästä yhdeksään tuntiin vuorokaudessa. Vähäinen uni aiheuttaa muutoksia aineenvaihdunnassa, sekä hermoston ja hormonien tuotannossa. Väsymys altistaa kognitiivisten toimintojen häiriölle ja lisää riskiä onnettomuuksiin ja sairastumiselle. (Kassara – Paloposki – Holmia – Murtonen – Lipponen – Ketola – Hietanen 2006, 129.)

Pussiittia (*Pouchits*) eli säiliötulehdusta esiintyy vain Colitis ulcerosa -potilailla, ei familiaalisen adenomatoottisen polypoosin takia leikatuilla. Pussiittia voi esiintyä akuutisti tai se voi kroonistua. 4 – 5 %:lla J-pussileikatuista kehittyy krooninen tulehdus pussiin, jolloin J-pussi on mahdollisesti poistettava. (Luukkonen 2007.) Tupakoitsijoilla esiintyy pussiitteja 29 %, kun taas tupakoimattomilla vastaava luku on 50 %. Syytä miksi tupakointi suojaa pussiitti-

teilta ei tiedetä. (Kuisma 2004, 64.) Pussiitti on oireyhtymä, jossa on seuraavia oireita: suurentunut ulostamistiheys, vetiset ulosteet, joskus verisetkin, ulostuspakko, koliikit, yöllinen inkontinenssi, nivelkivut, pahoinvointi ja kuumetta. Akuutin tulehduksen merkkejä kliinisessä pussiitissa kuvaa kudoksenäytteissä ja tähystyksessä todetut haavaumat, kosketusvuoto ja turvotus. (Karvonen – Matikainen – Turunen 2009.) J-pussin tulehtuessa suolentoiminta vilkastuu ripulimaiseksi, lisäksi voi tulla vatsakipua sekä kuumetta, jolloin hoitona käytetään antibiootteja. (Luukkonen 2007.) Tutkimus on osoittanut, että akuutin pussiitin hoitoon tehokkaita ovat metronidatsoli ja siprofloksasiini. (Gionchetti – Rizzello – Lammers – Morselli – Sollazzi – Davies – Tambasco – Calabrese - Campieri 2006, 3309.) Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan kroonisesta pussiitista kärsii 30 % ja sen on todettu vaikuttavan haitallisesti elämän laatuun. Vaikka yleinen elämänlaatu ja tyytyväisyys leikkaukseen ovat kroonista pussiittia sairastavilla alentuneet, kävisi heistä 80 % läpi leikkauksen tarvittaessa uudelleen. (Turina – Pennington – Kimberling – Stromberg – Petras – Galandiuk 2006.)

Paksusuolen poistoleikkauksen jälkeen suolisäiliöön tulevaa tulehdusta on pystytty ehkäisemään VSL-probioottivalmisteella, jossa on iso määrä kahdeksaa bakteerikantaa. (Aro – Mutanen – Uusitupa 2005, 480 – 481.) Italialaisen tutkimuksen mukaan on näyttöä siitä että, VSL#3–probiootti cocktail -valmiste on tehokas estämään pussiitin puhkeamisen ja uusiutumisen. *Lactobacillus GG* on tehoton estämään uusiutumista potilailla, joilla on krooninen pussiitti. VSL-probiootit sisältävät kahdeksaa kantaa kylmäkuivattuja maitohappobakteereja (*L. casei*, *L. plantarum*, *L. acidophilus*, *L. delbrueckii* subsp. *Bulgaricus*, *B. longum*, *B. breve*, *B. infantis*, *Streptococcus salivarius* subsp. *thermophilus*). (Gionchetti – Rizzello - Lammers – Morselli – Sollazzi – Davies – Tambasco – Calabrese - Campieri 2006, 3309 - 3310.)

2.3.2 Syöminen ja juominen

Ilman syömistä ja juomista inhimillinen elämä ei ole mahdollista. Tämän tarkoituksena on antaa soluille niitä nesteitä ja ravintoaineita, joita ne tarvitsevat

kasvaaksensa täysimittaisiksi. Syömisellä on myös monia sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä. Lapsi oppii ymmärtämään syömisestä ja juomisesta tärkeänä, olennaisena elämisen toimintona. Ja koko elämän ajan ateriat rytmittävät hereillä oloa aikaa: aamiainen, lounas, päivällinen. Näiden ympärille rytmittyvät monet muut elämisen toiminnot. Elämisen toimintona syöminen ja juominen vaihtelevat henkilökohtaisen tilanteen ja elämäntilanteen vaihteiden mukaan. Elämäntilanteen alku- ja loppuvaiheissa korostuu riippuvuus-riippumattomuusjatkumo. (Roper – Logan – Tierney 1992, 153 – 172.)

Jotta syödyt ravintoaineet pystytään hyödyntämään, on ruoansulatusjärjestelmän oltava toimintakykyinen. Ihminen voi elää useita päiviä ruoatta, mutta vain muutamia päiviä ilman vettä. Vajaa ravitsemus voi olla ongelma, jolloin kysymys on ruoan laadusta, ei määrästä. Ruokaa on riittävästi, mutta siinä ei ole tarpeeksi tärkeitä ravintoaineita. Yksilölliseen syömiseen vaikuttaa monet tekijät, ruoansulatusjärjestelmän sairaudet voivat sellaisenaan haitata tätä toimintoa tai ravinnon hyödyntämistä. Ruokavalion voi joutua muuttamaan sairauden takia koko loppuelämän ajaksi. Ruoansulatuselimistön kivut voivat tehdä syömisestä epämukavan tapahtuman. Riippumatta sairaudesta kaikki tarvitsevat terveellisen ruokavalion, joka tarjoillaan olosuhteisiin sopivalla tavalla. (Roper – Logan – Tierney 1992, 153 – 172.)

IPAA-leikkauksen jälkeen voi palata normaaliin ruokavalioon eikä ylimääräistä suolalisää tarvita. Keitetyt kasvikset ja vihannekset saa syödä, mutta runsasta pähkinöiden, raakaraasteiden, sitruhedelmien ja rasvaisten lihalikkeiden käyttöä tulee rajoittaa, sillä ne voivat aiheuttaa vaikeasti sulavan massan suolistoon ja ainakin ohimenevän suolitukoksen. (Luukkonen 2007.) Proktokolektomia ei aiheuta pysyviä ravitsemushäiriöitä tai vitamiinipuutostiloja, mutta veden, suolojen, sappihappojen ja kolesterolin lisääntynyt menettäminen löysän ulosteen mukana on huomattavaa. Dehydraatioaltuus on korjattava nesteen riittävällä nauttimisella esimerkiksi helteellä ja liikunnan yhteydessä. (Järvinen 2007, 483.)

J-pussileikatulle tulee ohutsuolen loppuosaan bakteeriylikasvua, jolla on vaikutusta B12-vitamiinin imeytymisprosessiin. Lievää imeytymisen alentumista todetaan n. kolmanneksella, mutta B12-vitamiinin puutos on harvinaisempi ja se todetaan 3 - 9 %. Sappiaineenvaihduntaan on bakteeriylikasvulla vaiku-

tusta ja sitä kautta rasvojen ja rasvaliukoisten vitamiinien imeytymiseen. (Kuisma 2004, 36.) J-pussisäiliö ja ohutsuolen loppuosan poisto saattavat aiheuttaa foolihapon puutosta. (Ravitsemushoitosuositus 2009, 96.)

Suolistokaasuista suurin osa on puhussa ja syödessä nieltyä ilmaa. Syödessä ei kannattaisi juoda jokaisen suupalan jälkeen, sillä silloin nielee suurempien ruokapalojen mukana ilmaa. (Finnilco 2003, 22.) Ruoansulatuskanavassa on vaihteleva määrä kaasuja ja määrä on riippuvainen syödystä ruuasta. Suolistokaasut poistuvat pääasiassa siirtymällä vereen ja siitä hengitysilmaan, pieni osa peräaukon kautta. (Nienstedt – Hänninen – Arstila – Björkqvist 2006, 337 - 338.)

2.3.3 Erittäminen ja henkilökohtaisesta puhtaudesta huolehtiminen

Erittäminen on elämän välttämätön toiminto. Kaikki suorittavat erittämistä koko elämänsä ajan ja jo vastasyntynekin suorittaa refleksinomaisena vastauksena venymisärsytykseen, kun suoli tai rakko on täynnä. Vähitellen tämä toiminto muuttuu tahdon alaiseksi. Ikääntyminen hidastaa myös suolen toimintaa. Tämä elämisen toiminto suoritetaan aina yksin. Erittämiseen kuuluu ulostaminen ja virtsaaminen. Virtsan mukana poistuu nestettä, jota keho ei itse tarvitse. Ulostamisen tarkoituksena on vapauttaa elimistö sulamattomasta selluloosasta ja imeytymättömästä ruoasta, sekä ulosteessa on lisäksi endoteelisoluja, sisäelinten eritteitä ja bakteereja. Pystyäkseen erittämään normaalisti on ihmisellä oltava toimivat virtsaamis- ja ulostusjärjestelmät. Pystyäkseen saavuttamaan ja ylläpitämään terveen erittämisen toiminnon ihmisten on saatava tietoa siitä, miten syömiset vaikuttavat tähän elämisen toimintoon. Erittämiseen vaikuttaa myös se, onko WC ulkona vai sisällä. Monet tekijät muokkaavat erittämistapa. Virtsamisajat vaihtelevat päivärytmin mukaan. Useimmat ulostavat tiettyä aikana päivästä, mikäli siihen on aika ja paikka. Ulostamistiheys vaihtelee kolmesta kerrasta päivässä kolmeen kertaan viikossa. Epänormaalina voidaan pitää sellaista suolentoimintaa, joka jää tämän vaihteluvälin ulkopuolelle. Uloste- ja virtsaamisjärjestelmien sairauksissa potilaat ovat usein riippuvaisia sairaanhoitajan antamista tiedoista ja neuvoista. Erittämiseen liittyy huomattavan paljon fyysisiä tekijöitä esim. liikkumisen

rajoittuminen vähentää tämän elämisen toiminnon riippumattomuutta. Kipua voi esiintyä missä tahansa erittämisyjärjestelmän osassa. Ulostuspakko -nimitystä käytetään kivuliaasta yrityksestä tyhjentää suoli siinä kuitenkaan onnistumatta. Sairaanhoidajan on aina kunnioitettava tämän elämisen toiminnon intiimiä luonnetta, sekä suoritettava hoitotyön toimenpiteet kunnioittamalla yksityisyyttä ja arvokkuutta. (Roper – Logan – Tierney 1992, 27, 175 – 190.)

Kautta aikojen ihmiselle on ollut tärkeää huolehtia henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta. Tällä toiminnolla on myös sosiaalinen merkitys. Pukeutumisella voidaan viestittää toiselle itsestä hyvin paljon. Vaatteet ovat sanattoman viestimisen välineitä. Ihmisellä on myös sosiaalinen velvollisuus huolehtia kehonsa ja vaatetuksensa puhtaudesta. Sairaanhoidajalta vaaditaan empatiaa, tahdikkuutta ja kekseliäisyyttä tunnistaakseen ja ratkaistakseen mahdollisia potilaan ongelmia huolehtiessaan henkilökohtaisesta puhtaudesta. Tapa huolehtia henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta on osa ihmisen elämäntyyliä, se ilmentää omaa kuvaa ja itsekunnioitusta. Sairaus voi vaikuttaa henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtimisen riippuvuuteen ja riippumattomuuteen monin tavoin. (Roper – Logan – Tierney 1992, 194 – 218.)

Erittäminen on luonnollisia ja jokapäiväisiä tapahtumia, joihin ei yleensä kiinnitetä huomiota, ennen kuin syntyy häiriöitä, oireita, vaivoja ja ongelmia. Normaalisti ihminen ulostaa noin kerran päivässä. Erittämiseen liittyvät ongelmat ovat yleensä arkaluontoisia, jopa hävettäviä asioita. (Iivanainen – Jauhiainen - Pikkarainen 2006, 305, 443.)

IPAA-leikatulla ihmisellä paksusuolen poistaminen johtaa lisääntyneeseen veden ja suolojen erittymiseen ja siksi paksusuoli poistettuja neuvotaan nauttimaan tarpeeksi nestettä ja hieman lisäämään suolan käyttöä. Normaalisti ihmisen paksusuoli pystyy lisäämään sinne tulevan veden imeytymistä normaalista litrasta aina neljään litraan asti, mutta paksusuolileikatuille tätä reserviä ei ole. Varsinkin ripulitautien aikana IPAA-leikatut voivat herkästi joutua kuivumistilaan. Sen vuoksi ripulia on hyvin herkästi hoidettava elektrolyyttejä ja sokeria sisältävällä ripulijuomalla, varsinkin etelänmatkoilla ilmaantuvaa turistiripulia. (Aro – Mutanen – Uusitupa 2005, 480 – 481.)

Uloste koostuu lähinnä vedestä, ravintoaineista, soluista, ruoansulatusnestistä ja bakteereista. Keskimäärin ulostetta ihmisellä kertyy vuorokaudessa noin 150 grammaa. (Kassara – Paloposki – Holmia – Murtonen – Lipponen – Ketola – Hietanen 2006, 231.) IPAA-leikattujen ulostamiskerroissa on huomattavia yksilöllisiä eroja, kuitenkin suurimmalla osalla päiväsaikaan tapahtuvia ulostamiskertoja on 4 - 6 ja yöaikaan 0 - 1 kertaa. Hyvin toimiva J-pussi toimii 5 – 7 kertaa vuorokaudessa. (Finnilco 2004, 8 - 9.)

J-pussi leikatuilla ulosteen pidätyskyky säilyy normaalina n. 80 %. Tuhrimista esiintyy joillakin etenkin yöaikaan. Aikuisten vaippoja tai anaalitamponeja voi käyttää pidätysvaikeuksien yhteydessä. Terveyskeskuksesta voi saada ilmaiseksi siteitä, jos on pyytänyt sairaalasta lähetteen niitä varten. (Crohn ja colitis ry 2009.) Suojasiteiden tarvetta esiintyy 17 – 30 % IPAA-leikatuista ja ulostamispakkoa esiintyy 6 – 10 %. (Finnilco 2004, 8 – 9.)

IPAA-leikatulla paksusuolen puuttuessa erite tulee ohutsuoletta, jolloin se on löysää, joka voi herkästi polttaa peräaukkoa ympäröivän ihon. Tästä johtuen peräaukon alueen ihon kunnosta on huolehdittava hyvin. Alapesu jokaisen ulostuskerran yhteydessä on syytä tehdä, huolimatta siitä, että ihon kunnossa ei ole ollut ongelmia. Lämmin suihku rauhoittaa ärtynyttä ihoa, mutta saippuan käyttöä ei suositella, koska se yleensä kuivattaa ihoa, jolloin se vaurioituu herkemmin. Pesun jälkeen ihoa voi suojata rasvaamalla esim. valkovaseiinilla tai muulla imeytymättömällä voiteella. (Kotihoito-ohje J-säiliöleikkauksen jälkeen, 2009.)

2.3.4 Liikkuminen, työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen

Liikkuminen liittyy luonteensa puolesta muihin elämisen toimintoihin. Ihmisellä on luontainen tarve ja vietti liikkumista kohtaan koko elämän ajan. Liikkumisen tarkoituksena on pidetty ympäristön tutkimista, liikkumisen rytmistä nauttimista, tunne-energian kanavoimista, hyvänolon tunteen lisäämistä sekä ihmisten ja tavaroiden siirtelyä. Kyky liikkua on yksi tärkeimmistä ja arvostetuimmista toiminnoista ja sen tärkeydestä kertoo ne tuhoisat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset seuraukset, joita pitkäaikainen liikkumisen vaikeutuminen tai estyminen aiheuttaa. Liikkuminen on isojen lihasten aikaan saamaa liiket-

tä, jotta ihminen voi seistä, kävellä, istua ja juosta. Sekä pienten lihasten aikaansaamaa liikettä, jotka tuottavat ilmeitä, käsienliikkeitä ja eleitä. Liikkuminen on yhteydessä muihin elämisen toimintoihin, sillä liikkumista on hengittämässä, syömisessä, juomisessa, erittämässä, työskentelemässä, harrastamisessa ja leikkimisessä ja jopa nukkuessa kehon järjestelmät jatkavat loputonta liikettä. Liikkumisessa ongelmia voi aiheuttaa esim. fyysinen vammaisuus tai puutteelliset tiedot liikkumisesta. Liikkumisen vaikeutuminen aiheuttaa aina tunneperäistä epämukavuutta ja hermostumista, se johtuu vapauden, riippumattomuuden ja henkilökohtaisen arvokkuuden menetyksestä. Ja se voi muuttaa sosiaalista roolia esim. suhteessa työhön ja tämä voi olla hyvin tuhoisaa omakuvalle. Sairaanhoidajan on tämän takia opetettava kuuntelemaan potilasta, autettava häntä kokemaan tunteidensa vaihtelun ja rakentamaan uudelleen kuvan omasta arvostaan ja arvokkuudestaan. (Roper – Logan – Tierney 1992, 28, 236 – 255.)

2.3.5 Sukupuolisuuden ilmaiseminen

Sukupuoli määräytyy hedelmöitymisessä ja on elämänsä ajan merkittävä persoonallisuutta ja käyttäytymistä määräävä asia. Terveenä pysyäkseen jokaisella on oltava sukupuoli-identiteetti. Sukupuolisuuden ilmaiseminen on käsitys itsestä tyttönä tai poika ja vanhempana miehenä ja naisena. Tapa jolla sukupuolisuutta ilmaistaan vaihtelee eri elämänsä vaiheissa. Sukupuolisuutta vahvistamaan käytetään vaatteita, koruja, kampausta jne. Mikä tahansa fyysinen sairaus voi tilapäisesti hävittää sukupuolisesti aktiivisen kiinnostuksen sukupuolisuhteisiin. Esimerkiksi avanneleikkaus johtaa pysyvään ulkonäön turmeltumiseen, avanteen hyväksymisvaikeudet saattavat johtaa psykologisiin sukupuolihäiriöihin ja jopa sukupuoliseen kyvyttömyyteen. (Roper – Logan – Tierney 1992, 279 – 297.)

Sairauden vaikutus ulkonäköön, avanne, palovamma tai muu sellainen voivat saada aikuisen ihmisen tuntemaan, että hän on muuttunut sukupuolisesti vastenmieliseksi. Toisaalta sairauden vaikutus seksuaalisuuteen voi olla myös myönteistä, kun toisen ihmisen menettämisen pelko tai sairauden aiheuttama asioiden arvojärjestys voi parantaa ihmissuhdetta. Seksuaalisuus

on merkittävä osa hyvinvointia ja siitä pitäisi kyetä puhumaan. Keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä potilaan seksuaaliongelmassa on ohjaus, jonka tavoitteena on ajankohtaisten ongelmien ratkaiseminen osana potilaan kokonaisuhoitoa. Sairaanhoitajan on tunnistettava mahdollisuutensa auttaa. (Kasara – Paloposki – Holmia – Murtonen – Lipponen – Ketola – Hietanen 2006, 164 – 165.)

Pienehkö osa J-pussileikatuista miehistä kokee impotenssia. Tätä yleisempi ongelma on taaksepäin virtsarakkoon tapahtuva siemensyöksy (*retrogradinen ejakulaatio*). Tämä tila johtuu hermovaurioista, jotka ovat tulleet leikkauksen yhteydessä. Sitä voidaan yrittää korjata kirurgisesti, mutta tulokset ovat epävarmoja. Nämä ongelmat voivat olla myös psyykkisperäisiä ja liittyvät ulosteen valumisen pelkoon ja kipuun. (Crohn ja colitis ry 2009, leikkaushoito.)

Vatsaan kohdistuvista leikkauksista aiheutuu enemmän ja vähemmän kiinnikkeitä, jolloin tämä voi vaikeuttaa joidenkin naisten kohdalla raskaaksi tulemistä. (Crohn ja colitis ry 2009, Leikkaushoito.) Mikäli hedelmöittyminen normaalilla tavalla ei onnistu, käynnistetään selvitykset ja hoidot hedelmättömyyden vuoksi. (Crohn ja Colitis ry 2008, IBD-opas, perhesuunnittelu. 4.) Perhesuunnittelussa tulee ottaa huomioon se, että taipumus sairastua tulehdukselliseen suolistosairauteen on perinnöllistä. (Niemelä 2007, 500.) J-pussileikattu voi synnyttää normaalisti alateitse. Huomioon otettavia asioita ovat aiemmat synnytykset, lantion koko, lapsen arvioitu syntymäpaino, jolla on vaikutusta sektiopäätökseen, joka tehdään sulkijalihhasvaurioiden välttämiseksi. Sulkijalihasten toiminta on J-pussileikatulle erittäin tärkeä tiheän ulostamistahdin ja vetisen ulosteen vuoksi. J-pussileikatun kohdalla synnytystavan ratkaisee lääkäri, joka ottaa huomioon tapauskohtaisesti em. seikat. (Crohn ja Colitis 2008, IBD-opas, perhesuunnittelu, 8 - 9.)

2.4 Selviytyminen

Selviytymisellä hoitotyössä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisissä terveyteen liittyvissä tilanteissa ja kysymyksissä, joko tarjotun avun turvin tai ilman sitä. Selviytyminen on yksilön jatkuvaa, toiminnallista ja tiedollis-

ta valmiutta erilaisten asioiden hallintaa, joiden arvioidaan kuluttavan yksilön voimavaroja tai ylittävän ne. Potilaan ja hänen läheisensä selviytymistä pyritään auttamaan löytämällä positiivisia ratkaisuja, jotka auttavat potilasta vahvistamaan omia voimavaroja, saavuttaa sisäinen eheys sekä elämänhallinta. Sekä sairastuminen että vammaisuus aiheuttavat muutoksia ihmisen sosiaalisessa osallistumisessa kuten harrastuksissa, työssä ja perheenjäsenten tehtävän jaossa. Selviytyäkseen muuttuneessa tilanteessa ihmiseltä vaaditaan mukautumis- ja venymiskykyä. (Holmia – Murtonen – Myllymäki – Valtonen 2006, 32 - 33.)

Selviytyminen on Lazaruksen ja Folkmanin (1984) mukaan määritelty jatkuvasti muuttuviksi kognitiiviksi ja toiminnallisiksi yrityksiksi käsitellä sisäisiä tai ulkoisia vaatimuksia, jotka yksilö arvioi ylivoimaisiksi, tai kuormittaviksi suhteessa omiin resursseihinsa. Selviytyminen on dynaaminen ja moniulotteinen prosessi, jossa toimintaa arvioidaan jatkuvasti ja tehdään uudelleen arviointia yksilön ja ympäristön välisestä suhteesta. (Jurvelin - Kyngäs – Backman 2005, 36.) Ongelmasuuntautunut selviytyminen tähtää vaihtoehtoisten ratkaisujen etsimiseen ja ongelman määrittelyyn. Ne auttavat yksilöä ratkaisemaan tai hallitsemaan ongelman. (Kyngäs – Puotiniemi 2003, 183.) Näin siis IPAA-leikattu ihminenkin joutuu pohtimaan erilaisia ratkaisuja hänen ongelmiinsa.

2.4.1 IPAA-leikatun ihmisen keinot selviytymiseen

Selviytymiskeinoja voi olla mm. ammattilaisten, vapaaehtoisjärjestöjen ja yhteisöjen antama tuki, lääkehoito, aika, perheen ongelmaratkaisukyvyt, ystävien ja sukulaisten antama tuki, toiminnan suuntaaminen muualle, aktiivinen tiedonhaku ja harrastukset. Lisäksi omaisten ja ystävien antama tuki, oma lääkäri ja sopeutumisvalmennuskurssit. (Nuutila 2006, 2.) Sopeuttamisvalmennuksella on tarkoitus tukea vammaisia henkilöitä sekä heidän perheitään selviytymään vamman aiheuttamissa muutoksissa. Sopeutumisvalmennusta järjestävät Kela, vammaisjärjestöt, kuntoutuslaitokset sekä kunnat ja kuntayhtymät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Yksi selviytymisen keino on omaehtoinen vertaistuki, joka on lähinnä kolmannen sektorin toimintaa. Vertaistuki tarjoaa tukea sairastuneen jokapäiväi-

seen elämään. Siitä voi saada merkittäviä voimavaroja elämänlaatuun. Vertaishenkilöinä pidetään tukiryhmissä sellaisia, jotka sairastavat samaa sairautta. Vertaisiksi koetaan myös henkilöt, jotka sairastava ylipäättään jotain sekä sellaiset terveet, joita tietyin edellytyksin voidaan pitää sairastuneiden vertaisina. Vertaistuella on Irja Mikkosen väitöskirjan (2009) mukaan oma erityinen merkityksensä sairastuneiden sosiaalisen turvallisuuden, yleisen hyvinvoinnin ja terveydenhoidon lähteenä, vaikka sitä toimintana vertaillaankin julkisiin tuki- ja palvelujärjestelmiin. (Mikkonen 2009, 183, 188.) Vertaistuki toimii tulehduksellista suolistosairautta sairastavalle potilaalle terveydenhuollon palvelujen täydentäjänä. Vertaisryhmissä on mahdollista keskustella sairautteen liittyvistä asioista, joista muutoin voi olla vaikea keskustella niiden henkilökohtaisuuden vuoksi. Sairautteen liittyvää tietoa on voinut saada muista lähteistä, jolloin vertaisryhmässä tätä tietoa on mahdollisuus paikata. Kaikilla ei ole kuitenkaan tarvetta tällaiseen ryhmätoimintaan, vaan he saavat sosiaalisen tuen perheeltä ja ystäviltään. Toiset taas ovat itse aktiivisia tiedonhankinnan suhteen. (Sonninen 2006, 17- 18.)

Selviytymisen keinoja on myös kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteet eroavat hieman toisistaan, ne voivat olla joko laitostai avomuotoisia, alueellisia tai valtakunnallisia. Tavoitteena kuntoutuskursseilla on psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen työ- ja toimintakyvyn parantaminen ja säilyttäminen. Sopeutumisvalmennuskurssin tavoitteena on parantaa toimintavalmiuksia elinympäristössä toimimiseen huolimatta vammasta tai sairaudesta. Tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista pyritään antamaan sekä tuetaan selviytymään sairauden kanssa. (Kela 2009.)

Eri aikuisryhmille sairastaminen merkitsee hieman eri tavoin painottuneita turvattomuuden sisältöjä. Nuorelle aikuiselle turvattomuus voi olla syrjäytymisen pelkoa, erilaisuuden pelkoa ja aikuisen elämän aloituksen vaikeutumista, jopa osin estymistä. Keski-ikäisen sairasturvattomuus on uhka kyvyttömyydestä huolehtia työ- ja perhe-elämän haasteista. Eläkeläisille ja eläkeiän kynnyksellä oleville sairasturvattomuus on avuttomuuden ja riippuvaiseksi joutumisen pelko. Yli 75 -vuotiaille turvattomuus on laitoshoitoon joutumisen ja muistin heikkenemisen pelkoa. (Ryynänen 2005, 86.)

2.4.2 Ohjaus selviytymisen tukena hoitotyössä

Asiakkaiden ohjaaminen on jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävänä. Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä ja se on keskeinen osa asiakkaan hoitoa. Ohjauksella potilasta kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä tuetaan potilasta löytämään omia voimavarojaan. (Kyngäs - Kääriäinen – Poskiparta – Johansson - Hirvonen - Renfors 2007, 5 – 75.)

Ohjauksessa hoitaja on ohjauksen asiantuntija ja potilas on oman elämänsä asiantuntija. Hoitajan tehtävänä on arvioida ja tunnistaa asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä hänen kanssaan. Ohjauksessa pyritään päätyämään tilanteeseen, joka on erilainen kuin lähtötilanne. Taustatietojen selvittämisen jälkeen hoitaja ja asiakas määrittelevät tavoitteet sellaisiksi, että ne ovat asiakkaan saavutettavissa. Tavoitteiden määrittely on tarpeellista itsehoidon onnistumisen ja elintapojen muutosten arvioinnissa. Asetettujen tavoitteiden tulee olla realistisia, konkreettisia ja mitattavissa. Asiakkaan tavoitteiden tulee olla sopusoinnussa hänen elämäntilanteen kanssa. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista edistää hänen näkemyksen huomioiminen tavoitteissa. (Kyngäs - Kääriäinen – Poskiparta – Johansson - Hirvonen - Renfors 2007, 5 – 75.)

Hoitajalle haasteita asettaa asiakkaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Esimerkiksi lapsia, murrosikäisiä ja ikääntyneitä ei ohjata samalla tavalla. Itsestään huolehtivan ja hyvin motivoituneen asiakkaan ohjaus on erilaista kuin päihdeongelmaisen ohjaus. Ohjauksessa hoitaja voi käyttää erilaisia ohjaustapoja. Ammattitermien käyttämistä tulisi välttää ja puhua niin, että asiakas ymmärtää. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan, mikä menetelmä on asiakkaalle sopivin. Asiakkaalla saattaa olla helppo muistaa ja ilmaista asiat kielellisesti, toiset asiakkaat tarkastelevat asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja toiset päinvastoin. Toinen asiakas saattaa hahmottaa asioita visuaalisesti. (Kyngäs - Kääriäinen – Poskiparta – Johansson - Hirvonen - Renfors 2007, 5 – 75.)

Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Tavoitteena on, että ohjaaja ja potilas ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla,

puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen. (Kyngäs - Kääriäinen – Poskiparta – Johansson - Hirvonen - Renfors 2007, 5 – 75.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoitus on kerätä tietoa ja kuvata miten pakusuolen- puuttumisen mukanaan tuomat ongelmat ovat vaikuttaneet elämään ja miten niistä on selviytytty. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa IPAA-leikkaukseen meneville, IPAA-leikatuille ja heidän perheille ja läheisille, hoitohenkilökunnalle sekä muille asiasta kiinnostuneille. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on olla informatiivinen.

1. Miten IPAA-leikkaus on vaikuttanut elämisen toimintoihin?
2. Millaisia selviytymismenetelmiä IPAA-leikattu ihminen on käyttänyt selviytyäkseen päivittäisistä elämisen toiminnoista?

4 TUTKIMUSMENETELMÄN KUVAUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoitus on kerätä tietoa ja kuvata miten pakusuolen- puuttumisen mukanaan tuomat ongelmat ovat vaikuttaneet elämään ja miten niistä on selviydytty. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa IPAA-leikkaukseen meneville, IPAA-leikatuille ja heidän perheille ja läheisille, hoitohenkilökunnalle sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Opinnäytetyön tutkimuksen lähestymistapa on kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita on mm. käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnittelu, jossa tärkeää on se, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2007, 135 – 136.)

Aineistonkeruumenetelmänä on kysely, joka on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Survey-termi on englanninkielinen ja tarkoittaa sellaisia kyselyyn, havainnoinnin ja haastattelun muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa sitä, että kysyttäessä esimerkiksi koulutusta kysytään se kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2007, 188.)

Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa on kyselylomake, josta käytetään usein myös nimitystä mittausväline. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Strukturoitu haastattelu tai paremminkin strukturoitu haastattelu-lomake tarkoittaa lomaketta, jossa kysymykset ja niihin tulevat vastausvaihtoehdot on rakennettu etukäteen tarkasti. (Virsta 2010.) Strukturoiduissa kysymyksissä käytetään Likertin asteikollisia vastauksia, jotka ovat 5- tai 7- portaisia ja muodostavat nousevan tai laskevan skaalan. Skaaloihin eli asteikoihin perustuva kysymystyyppi on sellainen, jossa esitetään väittämiä joista vastaaja valitsee sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä, kuin esitetty väittämä. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2007, 189, 195.) Lo-

makkeessa esitettiin väittämiä, joihin oli viisi vastausvaihtoehtoa. ”Täysin samaa mieltä” ja toinen ääripää oli ”täysin eri mieltä”. Kysymyslomakkeen alussa oli kahdeksan taustakysymystä, joissa selvitettiin mm. vastaajien ikä, sukupuoli, leikkauksesta kulunut aika, syy leikkaukselle, ammatti, koulutus sekä siviilisääty. Lisäksi tiedusteltiin haavaiseen paksusuolitulehdukseen liittyvistä sairauksista. Kysymykset järjesteltiin teorian ja aihealueiden mukaisesti. Kysymyslomakkeessamme on muutama strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuoto. Valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen on avoin kysymys, jolla ajatellaan saatavan esiin näkökulma, joita tutkijat ei ole etukäteen osannut ajatella. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2007, 194.)

Laadimme itse kysymykset ja kysymyslomakkeen tätä tutkimusta varten kirjoittamamme teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Näin teoria ja kysymykset kulkevat käsi kädessä. Esitetasimme kysymyslomakkeen ennen käyttöön ottoa.

Tutkimuksessamme on yksi avoin kysymys, joka käsitellään induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumentin sisältöä sanallisesti. Aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluu 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Informaation tiivistäminen tai osiin pilkkominen on aineiston pelkistämistä, tätä toimintaa ohjaa tutkimustehtävä. Pelkistäminen voi tapahtua siten, että auki kirjoitetusta aineistosta etsitään niitä ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimustehtävän kysymyksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2002, 107, 110 – 112.)

Kyselytutkimuksen etu on se, että sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: voidaan kysyä monia asioita sekä saada paljon vastaajia. Kyselytutkimukseen voi liittyä myös heikkouksia. Esimerkiksi ei voida varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen, kuinka huolellisesti ja rehellisesti he vastaavat. Ei ole selvää miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajien näkökulmasta ja väärinymmärryksiä on hankala kontrolloida. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2007, 190.) Kyselylomakkeemme saatekirjeessä oli sähköpostiosoitteet molemmille tekijöille, mikäli vastaaja olisi kokenut tarpeelliseksi kysyä lisätietoja.

4.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimus tehdään IPAA-yhdistyksen jäsenille. IPAA-yhdistyksen jäsenet muodostavat perusjoukon. Perusjoukon suuruus on n. 350 kappaletta. Yleisten AMK-ohjeiden mukaisesti kyselylomakkeiden määräksi tulee 20 % koko jäsenmäärästä. Otoksen suuruus on täten 70 kpl. Vastaajat valitaan yksinkertaisella satunnaisotannalla, jossa otokseen tulevat tutkittavat arvotaan. Vastaajille lähetetään kyselylomake sekä kirjekuori, jonka postimaksu on maksettu palauttamista varten. (Kankkunen – Vehviläinen- Julkunen 2009, 79.)

Vastaajat pysyvät anonyymeinä koko tutkimuksen ajan eikä kyselylomakkeita käytetä muuhun kuin opinnäytetyöhön. Vastaajilla on kaksi viikkoa aikaa vastata. Kysymyslomakkeiden mukana on saatekirje, jossa kerrotaan tutkimuksesta sekä annetaan ohjeita vastaamista varten.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston analysointi kävi suhteellisen nopeasti. Kyselylomakkeiden tiedot syötettiin PSPP-ohjelmalle, johon oli määritelty etukäteen kaikki kysymykset kokonaisuudessaan ja vastausvaihtoehdot. Kysymyslomakkeisiin oli etukäteen vastausvaihtoehdot numeroitu, jotta niiden syöttäminen PSPP-ohjelmaan olisi helpompaa. Kysymyslomakkeista ei tarvinnut hylätä yhtään sen takia, että vastaukset olisivat olleet puutteellisia.

Työmme sisältää Excel-taulukkolaskentaohjelmalla tehtyjä yksinkertaisia taulukoita, piirakoita, pylväs- ja palkkidiagrammeja.

Kyselylomakkeessa oli muutama kohta, joita ei voitu käsitellä PSPP-ohjelmalla. Niissä vastaajia pyydettiin ympyröimään sopivin vastausvaihtoehto. Nämä vastaukset käsiteltiin Excel-ohjelmalla. Kaikista muista kohdista tehtiin taulukot joko PSPP-ohjelmalla tai Excel- taulukkolaskentaohjelmalla. Avoin kysymys analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, joka on paljon hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetty menetelmä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla dokumentteja analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Induktiivisessä sisällönanalyysissä aineistosta lähtevä analyysiprosessi

kuvataan ryhmittelyllä, pelkistämällä ja abstrahoimalla. (Kyngäs - Vanhanen 1999, 3 – 7.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

IPAA-yhdistys lähetti 20 %:lle jäsenistään laatimamme kyselyn tammikuun lopussa ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kysymyslomakkeita lähetettiin 70 kappaletta, yhdistyksen koko jäsenmäärän ollessa noin 350. Vastauslomakkeita palautui 47 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi saatiin 67 %.

5.1 Taustatiedot

Taustatiedoissa (Taulukko 1.) kysyimme ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, koulutusta, ammattia, leikkauksesta kulunutta aikaa, leikkaukseen johtanutta syytä sekä liitännäissairauksia. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta. Vastaajista 25 kpl oli naista ja miehiä oli 22 kpl eli yhteensä 47 vastaajaa. Vastaajista lähes 80 % oli suorittanut vähintään ammattikoulun tai opistoasteen koulutuksen. Suurimmalla osalla (77 %) oli leikkauksesta kulunut aikaa jo yli viisi vuotta. Melkein kaikilla leikkaukseen johtanut syy oli haavainen paksusuolitulehdus, vain neljällä vastaajalla syy oli joku muu. Liitännäissairauksista yleisimmät olivat ulosteen pidätysongelmat, laktoosi-intoleranssi, osteoporoosi tai osteopenia sekä masennus. Tutkimustuloksista ilmeni sekin, ettei monella ollut mitään liitännäissairauksia. Vastaajista 2 %:lla esiintyi Sklerosoivaa kolangiittia.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot.

	n	%
Sukupuoli		
nainen	25	53
mies	22	47
yhteensä	47	100
Siviilisäät		
avioliitto/avoliitto	32	68
naimaton	7	15
eronnut	6	13
leski	1	2
ei vastausta	1	2
yhteensä	47	100
Koulutus		
peruskoulu	8	17
kansakoulu	1	2
lukio	0	
ammattikoulu, opistoaste	19	41
ammattikorkeakoulu	9	19
yliopisto	9	19
ei vastausta	1	2
yhteensä	47	100
Ammatti		
johtavassa asemassa toisen palveluksessa	2	4
ylempi toimihenkilö	10	21
alempi toimihenkilö	4	9
työntekijä	11	24
yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja	5	11
maatalousyrittäjä	1	2
opiskelija	0	
eläkeläinen	9	19
kotiäiti tai koti-isä	0	
työtön	3	6
muu	1	2
ei vastausta	1	2
yhteensä	47	100
Leikkauksesta kulunut aika		
alle vuosi	1	2
1- 2 vuotta	4	8
3 - 5 vuotta	6	13
yli 5 vuotta	36	77
yhteensä	47	100
Leikkaukseen johtanut syy		
colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolitulehdus	43	92
muu	4	8
yhteensä	47	100
Liitännäissairaudet mm.	n	
ulosteen pidätysongelmia	10	
laktoosi-intoleranssi	10	
osteoporoosi/osteopenia	9	
masennus	6	

5.2 IPAA-leikatun ihmisen turvallinen ympäristö ja lääkehoito

Taulukossa 2 tarkastellaan leikkaukseen tyytyväisyyttä, tietoa paksusuolen puuttumisen vaikutuksesta elämään, vertaistuen saantia, osallistumista sopeutumisvalmennuskursseille sekä leikkauksen vaikutuksesta minäkuvaan. Vastaajista leikkaukseen tyytyväisiä oli yli puolet (57 %) ja vain 4 % oli täysin tyytymättömiä. Riittävästi tietoa ennen IPAA-leikkausta oli saanut yli puolet vastaajista, kuitenkin 15 % koki jääneensä vaille riittävää tietoa. Vastaajista vertaistukea oli saanut 19 % ja sama määrä oli jäänyt ilman sitä. Vastaajista hieman yli puolet (51 %) oli osallistunut sopeutumisvalmennuskurssille. Lähes puolet (45 %) vastaajista oli sitä mieltä että, paksusuolen puuttuminen ei rajoita sosiaalista kanssakäymistä ja pienellä osalla eli 10 %:lla vastaajista paksusuolen puuttuminen rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä. Neljännes vastaajista ei kokenut IPAA-leikkauksen vaikuttavan minäkuvaan ja 11 % oli sitä mieltä, että IPAA-leikkaus vaikuttaa minäkuvaan.

TAULUKKO 2. Turvallisuuteen vaikuttavat tekijät.

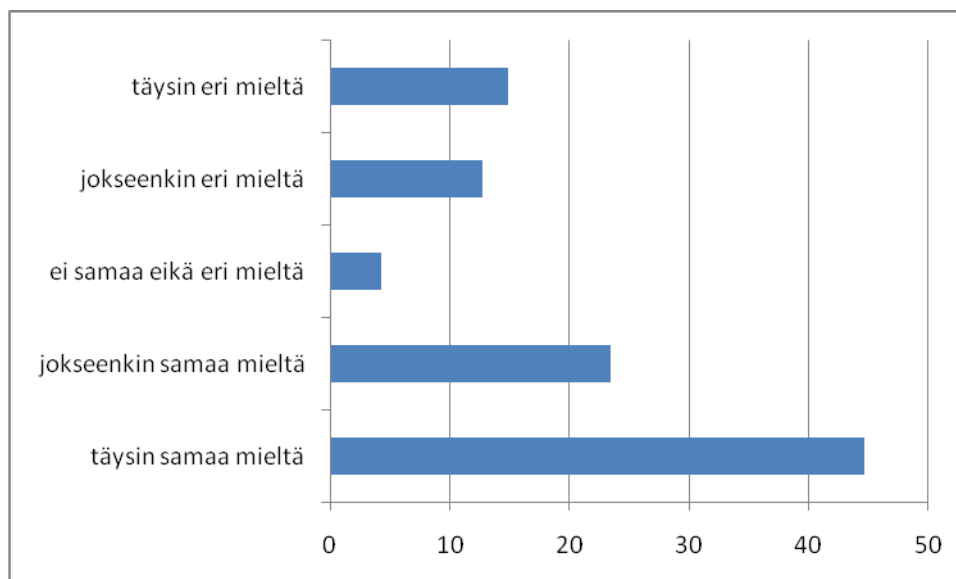
	%	n
Olen tyytyväinen leikkaukseen		
täysin samaa mieltä	57	27
jokseenkin samaa mieltä	28	13
ei samaa eikä eri mieltä	9	4
jokseenkin eri mieltä	2	1
täysin eri mieltä	4	2
yhteensä	100	47
Ennen leikkausta sain riittävästi tietoa IPAA-leikkauksesta		
täysin samaa mieltä	23	11
jokseenkin samaa mieltä	28	13
ei samaa eikä eri mieltä	17	8
jokseenkin eri mieltä	17	8
täysin eri mieltä	15	7
yhteensä	100	47
Olen saanut tukea toisilta samaa sairastavilta (= vertaistuki)		
täysin samaa mieltä	19	9
jokseenkin samaa mieltä	38	18
ei samaa eikä eri mieltä	17	8
jokseenkin eri mieltä	4	2
täysin eri mieltä	19	9
ei vastausta	2	1
yhteensä	100	47
Olen ollut sopeutumisvalmennuskurssilla		
täysin samaa mieltä	51	24
jokseenkin samaa mieltä	2	1
ei samaa eikä eri mieltä	-	-
jokseenkin eri mieltä	-	-
täysin eri mieltä	47	22
yhteensä	100	47
Mielestäni paksusuolen puuttuminen rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä		
täysin samaa mieltä	10	5
jokseenkin samaa mieltä	28	13
ei samaa eikä eri mieltä	4	2
jokseenkin eri mieltä	13	6
täysin eri mieltä	45	21
yhteensä	100	47
IPAA-leikkaus on vaikuttanut käsitykseen itsestäni (minäkuvaani)		
täysin samaa mieltä	11	5
jokseenkin samaa mieltä	34	16
ei samaa eikä eri mieltä	17	8
jokseenkin eri mieltä	13	6
täysin eri mieltä	25	12
yhteensä	100	47

IPAA-leikatulle ihmiselle voi aiheutua kipuja monesta syystä. IPAA-leikkauksesta johtuvista kivuista kärsi 26 % vastaajista ainakin jossain määrin ja yli puolet vastaajista oli kivuttomia. Kiinnikkeiden aiheuttamia kipuja oli 6 %:lla ja kiinnikkeet eivät aiheuttaneet kipua yli puolelle vastaajista (57 %). (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. IPAA-leikatun ihmisen tuntemat kivut.

Minulla on kipuja johtuen IPAA-leikkauksesta	%	n
täysin samaa mieltä	15	7
jokseenkin samaa mieltä	11	5
ei samaa eikä eri mieltä	6	3
jokseenkin eri mieltä	15	7
täysin eri mieltä	51	24
Ei vastausta	2	1
yhteensä	100	47
Minulla on kiinnikkeitä, jotka aiheuttavat kipua		
täysin samaa mieltä	6	3
jokseenkin samaa mieltä	13	6
ei samaa eikä eri mieltä	9	4
jokseenkin eri mieltä	15	7
täysin eri mieltä	57	27
yhteensä	100	47

IPAA-leikattujen ihmisten unta voivat häiritä yölliset WC:ssä käynnit. Lähes puolet eli 45 % vastaajista koki yöllisten WC:ssä käyntien häiritsevän untaan ja 15 % oli sitä mieltä, että WC käynnit ei häiritse unta. (Kuvio 1.)



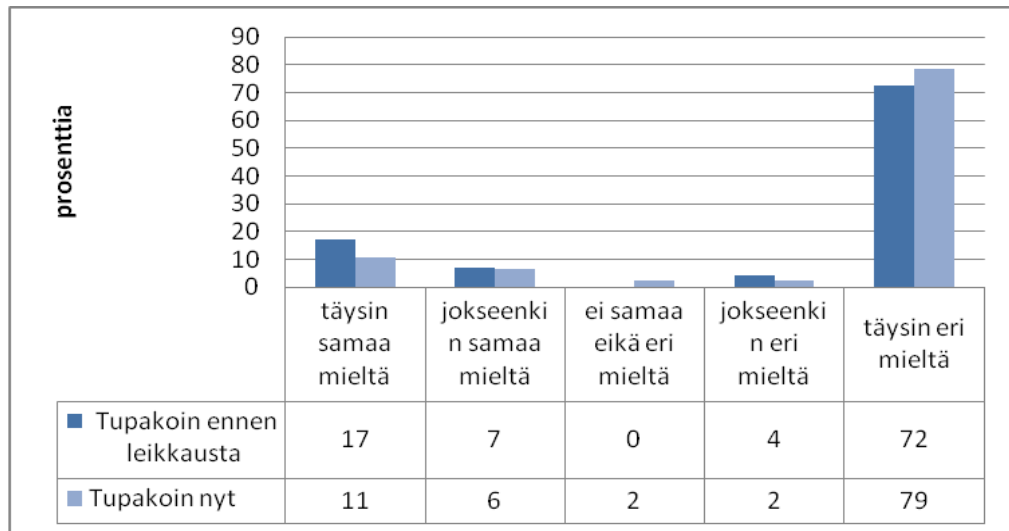
KUVIO 1. IPAA-leikatun ihmisen unta häiritsevät yölliset WC käynnit.

IPAA-leikatut ihmiset käyttävät tai ovat käyttäneet seuraavia lääkkeitä tai lääkkeenomaisia tuotteita selviytymismentelminä päivittäisistä toiminnoista. Ulosteen koostumuksen muuttamiseen käytettävää Imodiumia vastaajista käytti lähes 1/5 (19 %) päivittäin, silloin tällöin käytti 17 % ja vastaajista 32 % ei käyttänyt koskaan kyseistä lääkevalmistetta. Vastaajista 72 % ei käyttänyt Vi-Sibliniä koskaan. J-pussin tulehduksen hoitoon käytetään antibiootteja. Viimeksi kuluneen vuoden aikana Trikozol, Flagyl tai Ciproxin antibiootteja vastaajista käytti päivittäin 4 %. Niin ikään vastaajista 24 % vastasi käyttävänsä edellä mainittuja lääkkeitä silloin tällöin. Puolet IPAA-leikatuista ihmisistä (53 %) ei ollut käyttänyt antibiootteja lainkaan viimeisen vuoden aikana. Vatsansuojalääkkeitä (Lanzo, Nexium tai Losec) ei kukaan vastaajista käyttänyt päivittäin, 15 % vastaajista käytti joskus ja niitä jotka eivät käyttäneet koskaan oli kolmannes (75 %) vastaajista. Kortisonivalmisteen (Prednisolon) käyttö oli päivittäistä 4 %:lla vastaajista ja reilu kolmannes (77 %) ei käyttänyt kortisonia koskaan. Ilmavaivojen ja liiallisten suolistokaasujen aiheuttamiin vatsavaivoihin käytettäviä Cuplaton tai Disflatyl valmistetta käytti päivittäin 2 % vastaajista ja 77 % heistä ei käyttänyt näitä valmisteita koskaan. Peräaukon ihon kunnon hoitamiseen käytettäviä Sinkkivoidetta tai Valkovaseliinia käytti päivittäin 17 % vastaajista ja 44 % ei käyttänyt koskaan edellä mainittuja valmisteita. Suurin osa vastaajista (79 %) ei käyttänyt puutereita (Natusan tai Stomahesive) peräaukon ihon kunnon hoitoon lainkaan. Päivittäin rautavalmisteita (Retafer

tai Obsidan) käytti 2 % vastaajista ja suurin osa (70 %) ei käyttänyt näitä viimeksi kuluneen vuoden aikana lainkaan. IPAA-leikatuista ihmisistä vitamiinivalmisteita käytti säännöllisesti eli päivittäin yli puolet (51 %) ja 15 % vastaajista oli niitä, jotka eivät käyttäneet vitamiinivalmisteita koskaan. Kysyimme ns. terveysvaikutteisten tuotteiden käytöstä ja vastaajista 30 % kertoi käyttävänsä niitä päivittäin. Silloin tällöin terveysvaikutteisia tuotteita käytti 19 % vastaajista ja sama määrä ei käyttänyt koskaan näitä tuotteita. IPAA-leikatuista ihmisistä käytti maitohappobakteerivalmisteita päivittäin 30 %, silloin tällöin käytti 23 % ja niitä jotka eivät käyttäneet koskaan oli 28 % vastaajista. Kauppanimeltään Lacto Seven -maitohappobakteerivalmiste oli kaikista yleisimmin käytetty. Se sisältää seitsemää eri kylmäkuivattua luonnollista maitohappobakteerikantaa. Toiseksi eniten käytettiin kauppanimeltään Gefilus -maitohappobakteerivalmisteita, joka sisältää yhtä bakteerikantaa. Muita käytettyjä valmisteita oli mm. Probiootti plus ja Idoform. IPAA-leikatuilla ihmisillä oli käytössä myös muita valmisteita mm. D- ja B-vitamiinia, kalkkivalmisteita, kalaöljyvalmisteita, omegavalmisteita sekä Bepanthen-voidetta.

5.3 IPAA-leikatun ihmisen ravitsemus

Vastaajista alkoholia käyttää 53 % ja 17 % on niitä, jotka eivät käytä alkoholia lainkaan. Vastaajista $\frac{3}{4}$ ei tupakoi nyt, eikä tupakoinut ennen IPAA-leikkausta. Ennen IPAA-leikkausta tupakoi 17 % vastaajista ja 11 % vastaajista tupakoi edelleen. (Kuvio 2.)



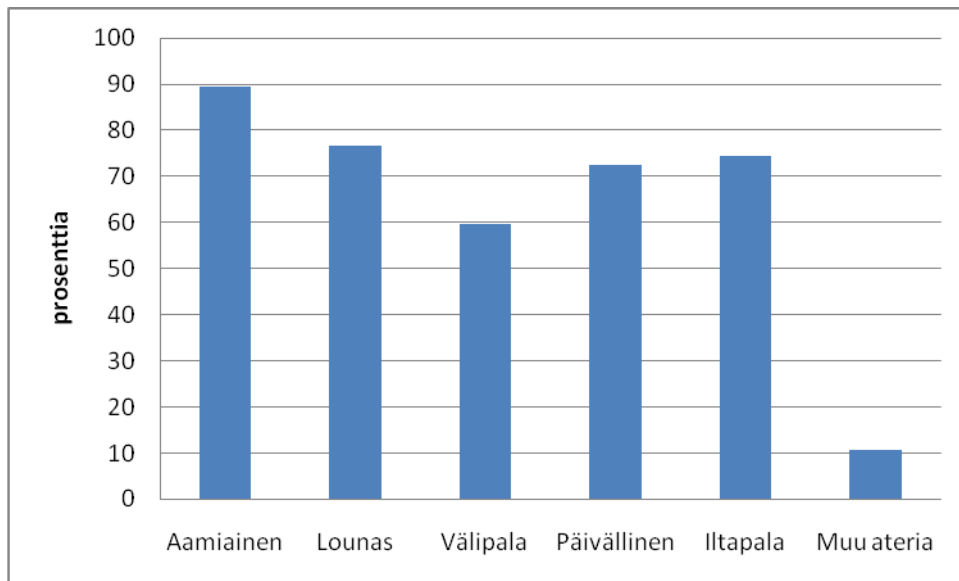
KUVIO 2. IPAA-leikatun ihmisen tupakointi nyt ja ennen leikkausta.

Lähes puolet (49 %) vastaajista lisää ruokaansa suolaa. Vastaajista 28 % pystyi syömään kaikkia ruokia kuten ennen leikkaustakin ja melkein kaikkea pystyi syömään 36 % vastaajista, kuitenkin niitä jotka eivät pystyneet syömään enään kuten ennen oli 17 % vastaajista. Vastaajista lähes viidesosa (19 %) joi ruokajuomansa vasta ruokailun päätteeksi. Lähes puolet (49 %) vastaajista kiinnitti ruokavalionsa enemmän huomiota, kuin ennen IPAA-leikkausta ja niitä, jotka eivät kiinnittäneet ruokavalionsa huomiota enempää, kuin ennen leikkausta oli 6 % vastaajista. Vastaajista 26 % vähensi ruokailua iltaa kohden, kun taas niitä, jotka eivät näin tehneet oli 8 % vastanneista. Reilun neljänneksen (26 %) ruokavalio sisälsi niukasti kuituja ja yli puolella (55 %) ruokavalio sisälsi runsaammin kuituja. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. IPAA-leikatun ihmisen ruokailuun liittyvät erityispiirteet.

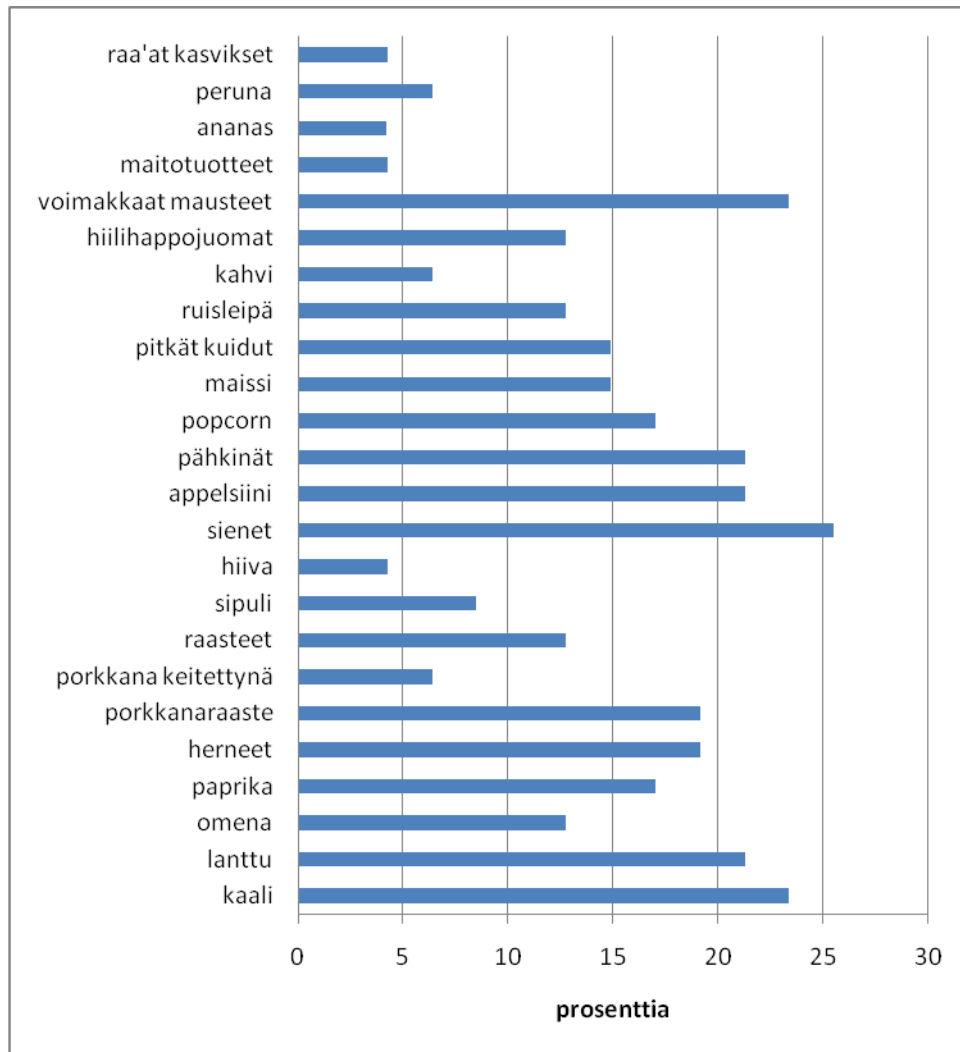
	%	n
Lisään ruokaani suolaa		
täysin samaa mieltä	49	23
jokseenkin samaa mieltä	21	10
ei samaa, eikä eri mieltä	6	3
jokseenkin eri mieltä	9	4
täysin eri mieltä	15	7
yhteensä	100	47
Pystyn syömään kaikkia		
täysin samaa mieltä	28	13
jokseenkin samaa mieltä	36	17
ei samaa, eikä eri mieltä	6	3
jokseenkin eri mieltä	13	6
täysin eri mieltä	17	8
yhteensä	100	47
Juon ruokajuoma vasta ruokailun päätteeksi		
täysin samaa mieltä	19	9
jokseenkin samaa mieltä	21	10
ei samaa, eikä eri mieltä	23	11
jokseenkin eri mieltä	11	5
täysin eri mieltä	26	12
yhteensä	100	47
Kiinnitän ruokavaliooni enemmän huomiota kuin ennen leikkausta		
täysin samaa mieltä	23	11
jokseenkin samaa mieltä	26	12
ei samaa, eikä eri mieltä	19	9
jokseenkin eri mieltä	26	12
täysin eri mieltä	6	3
yhteensä	100	47
Vähennän ruokailua iltaa kohden		
täysin samaa mieltä	26	12
jokseenkin samaa mieltä	19	9
ei samaa, eikä eri mieltä	15	7
jokseenkin eri mieltä	30	14
täysin eri mieltä	8	4
ei vastausta	2	1
yhteensä	100	47
Ruokavalioni sisältää niukasti kuituja		
täysin samaa mieltä	9	4
jokseenkin samaa mieltä	17	8
ei samaa, eikä eri mieltä	19	9
jokseenkin eri mieltä	34	16
täysin eri mieltä	21	10
yhteensä	100	47

Aamiaisen söi vastaajista 89 %, lounaan 77 %, välipalan 60 %, päivällisen 72 %, iltapalan 74 % sekä jonkun muun aterian söi 11 % vastaajista. (Kuvio 3.)



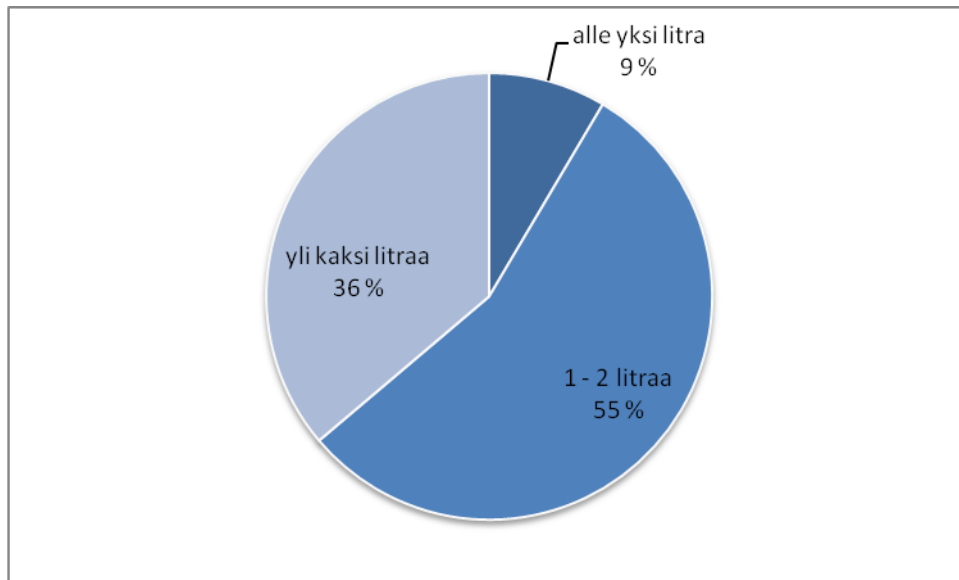
KUVIO 3. IPAA-leikatun ihmisen päivittäin nauttimat ateriat.

IPAA-leikkauksesta johtuen vastaajat eivät yleisesti pystyneet syömään seuraavia ruoka-aineita: voimakkaat mausteet, sienet, kaali, pähkinä, lanttu ja appelsiini. Yksittäisiä ruoka-aineita, joita ei voitu syödä oli mm. puolukka, lakka, mustikka, sakeuttamisaine ja tuoremehu. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Ruoka-aineita joita IPAA-leikattu ihminen ei pysty syömään.

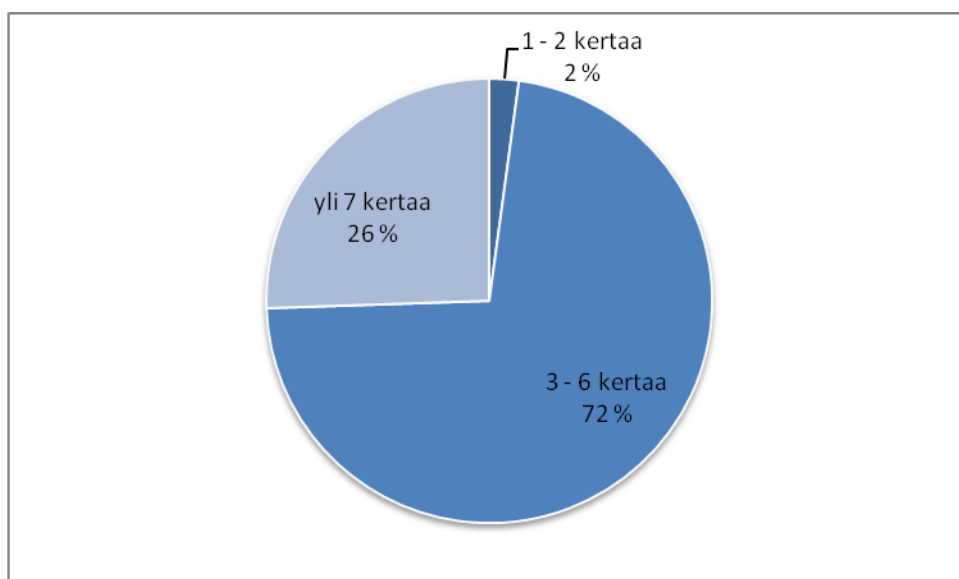
IPAA-leikatuista ihmisistä yli puolet (55 %) joi päivittäin 1 – 2 litraa vettä. Vähemmän nestettä eli alle litran joi vastaajista 9 % ja taas niitä, jotka joivat yli kaksi litraa vuorokaudessa oli 36 % vastaajista. (Kuvio 5.)



KUVIO 5. IPAA-leikatun ihmisen päivittäin nauttima nestemäärä.

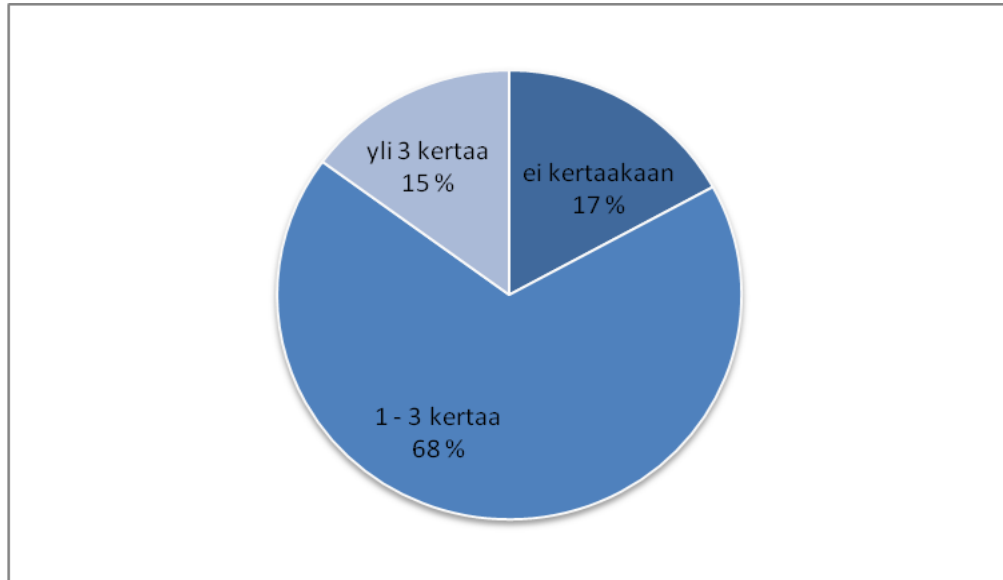
5.4 IPAA-leikatun ihmisen eritystoiminta

IPAA-leikatuista vastaajista suurimmalla osalla (68 %) vatsa toimi yöllä 1 – 3 kertaa, niitä joiden vatsa toimi yöllä yli kolme kertaa oli 15 % ja 17 % vastaajista sai nukkua yönsä heräämättä kertaakaan WC:ssä käyntiä varten. (Kuvio 6.)



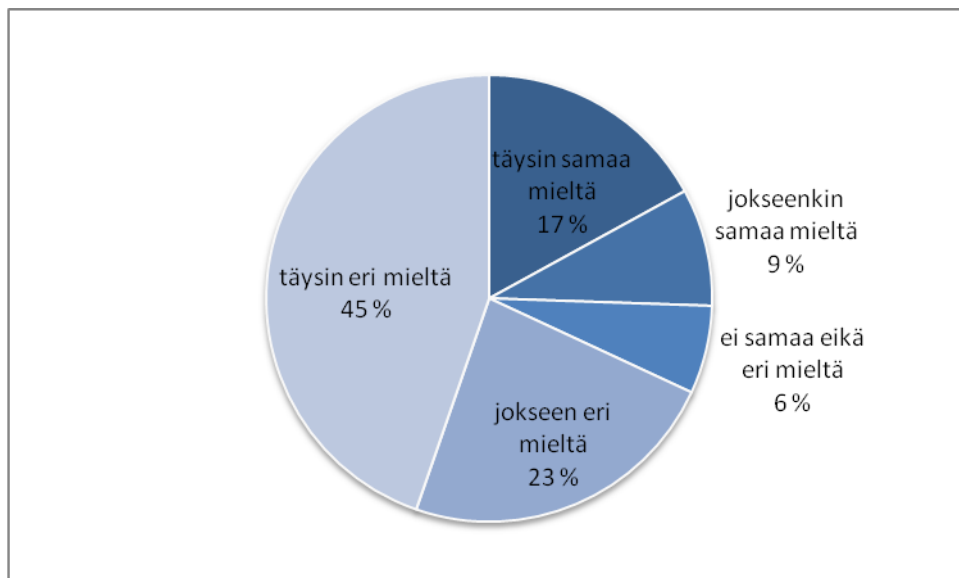
KUVIO 6. IPAA-leikatun ihmisen vatsan toiminta kerran päivällä.

Vastaajista suurimmalla osalla (72 %) vatsa toimi kolmesta kuuteen kertaa päivällä, 2 %:lla vatsa toimi päivällä yhdestä kahteen kertaan ja yli seitsemän kertaa päivässä vatsa toimi 26 %:lla. (Kuvio 7.) Yksi kyselyyn vastaaja käytti katetria tyhjentääkseen J-pussin.



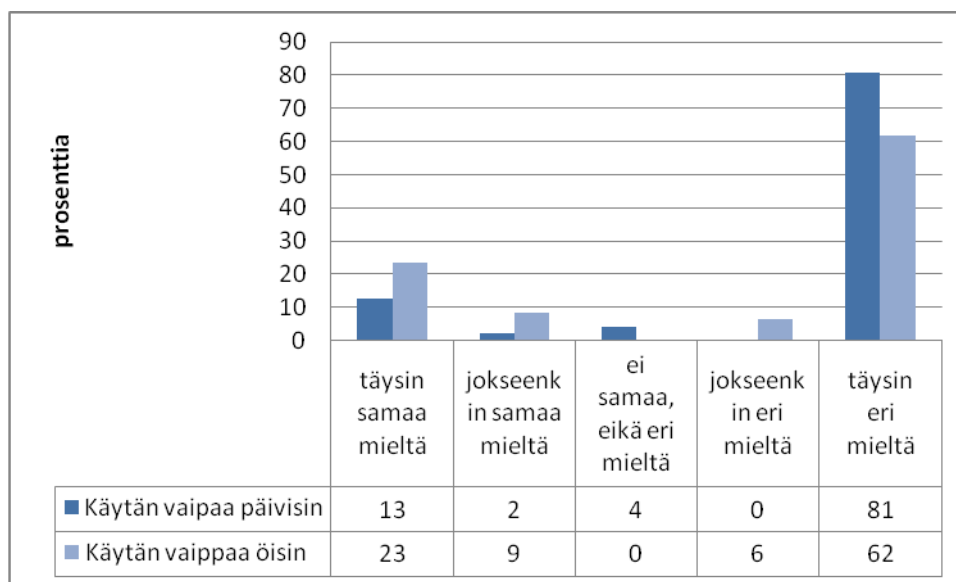
KUVIO 7. IPAA-leikatun ihmisen vatsan toiminta kerrat yöllä.

Yli puolet (57 %) IPAA-leikatuista vastaajista kärsi ilmavaivoista. Melkein puolet (45 %) ei pysty päästämään suolistokaasuja ongelmitta ja kuitenkin 17 %:lla suolistokaasujen päästäminen onnistuu. (Kuvio 8.)



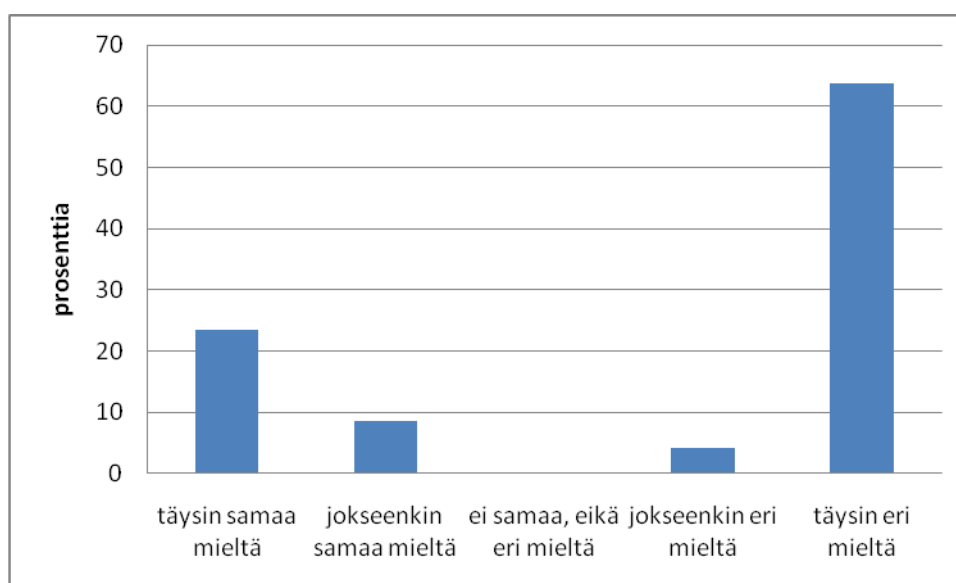
KUVIO 8. IPAA-leikattu ihminen voi päästää normaalisti suolistokaasuja.

Ulosteenpidätyskyky on heikentynyt 20 %:lla IPAA-leikatuista. Tämän vuoksi toiset IPAA-leikatut joutuvat käyttämään vaippaa. Vastaajista päivisin vaippaa käytti 13 % ja öisin 23 %. Vastaajista 11 % saa vaipat terveyskeskuksesta ilmaiseksi. Kukaan vastaajista ei käyttänyt anaalitamponveja. (Kuvio 9.)



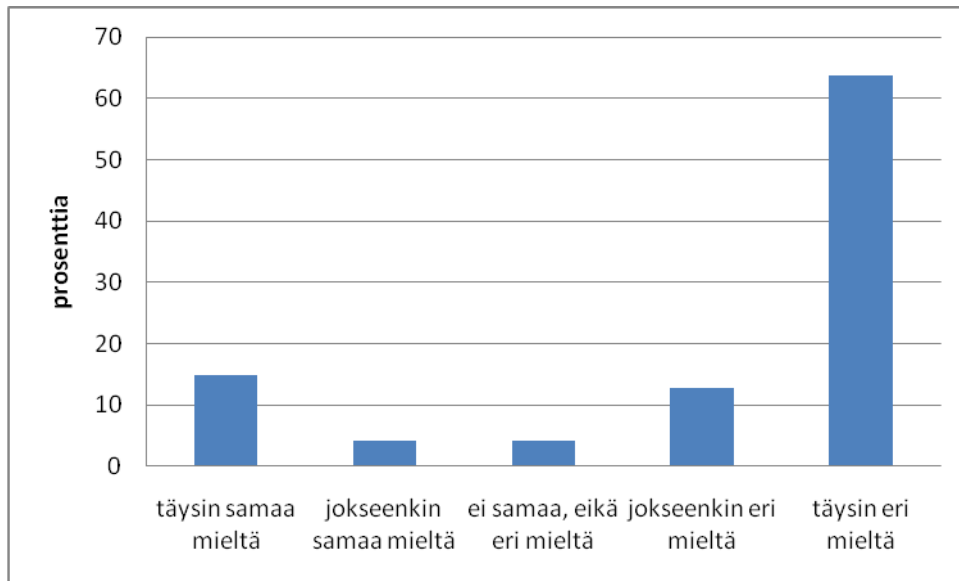
KUVIO 9. IPAA-leikattujen ihmisen vaipan käyttö päivällä ja yöllä.

Yksi IPAA-leikkauksen komplikaatioista on suolentukkeuma. (Kuvio 10.)



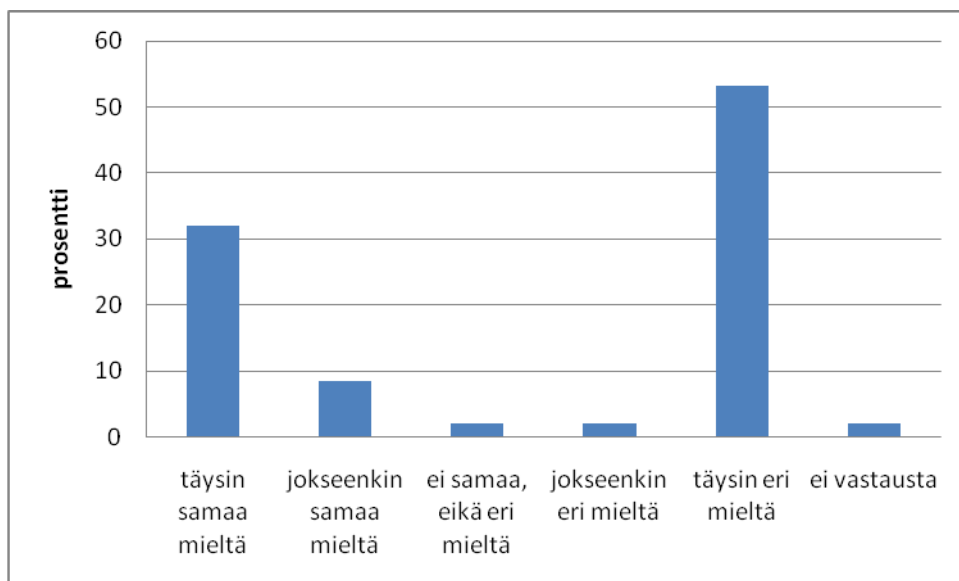
KUVIO 10. IPAA-leikatun ihmisen sairastamat suolentukkeumat.

WC-paperinlaadulla on merkitystä IPAA-leikatulle ihmiselle. (Kuvio 11.) Ulosteen koostumusta voidaan muuttaa lääkkeillä ja niistä on saanut haittavaikutuksia 2 % vastaajista.



KUVIO 11. WC-paperin laadun merkitys IPAA-leikatulle ihmiselle.

J-pussi voi joskus tulehtua, vaivaa kutsutaan silloin pussiitiksi. IPAA-leikatuista 32 % on kärsinyt pussiitista ainakin kerran. Kuitenkin yli puolet (53 %) vastaajista on onnistunut välttämään tämän vaivan. (Kuvio 12.)

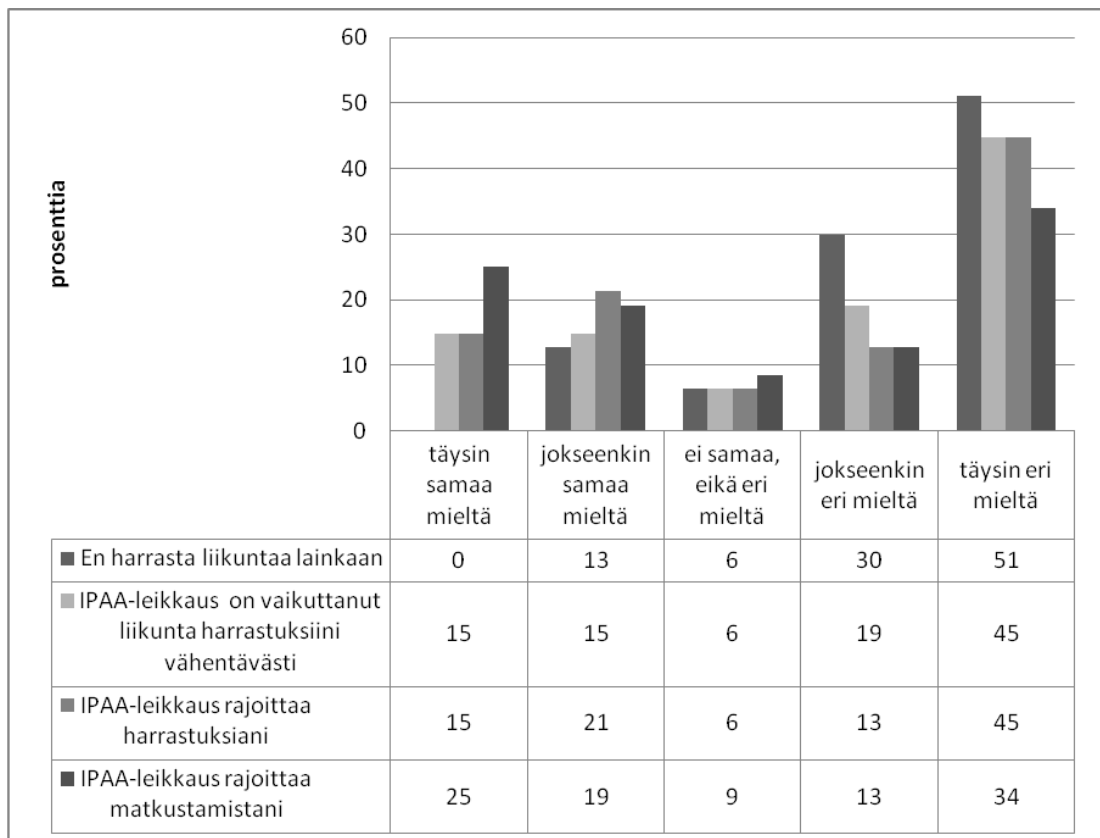


Kuvio 12. IPAA-leikatun ihmisen sairastamat pussiitit.

5.5 IPAA-leikatun ihmisen liikkuminen, harrastaminen, työskentely

Vastauksista kävi ilmi, että kaikki IPAA-leikatut ihmiset harrastivat liikuntaa ainakin jonkin verran, mutta IPAA-leikkaus on vaikuttanut liikuntaharrastuksiin vähentävästi 15 %:lla leikatuista. Lähes puolen (45 %) liikuntaharrastuksiin IPAA-leikkauksella ei ole ollut merkitystä. IPAA-leikkauksen on koettu rajoittavan harrastuksia 36 %:lla vastaajista jonkin verran. Lähes puolet (45 %) vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että IPAA-leikkaus ei ole vaikuttanut harrastuksiin rajoittavasti. Liikunnasta on IPAA-leikatulle ihmiselle monia myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi itsetuntoa kohottavasti sekä kehonkuvaa parantavasti. (Kuvio 13.)

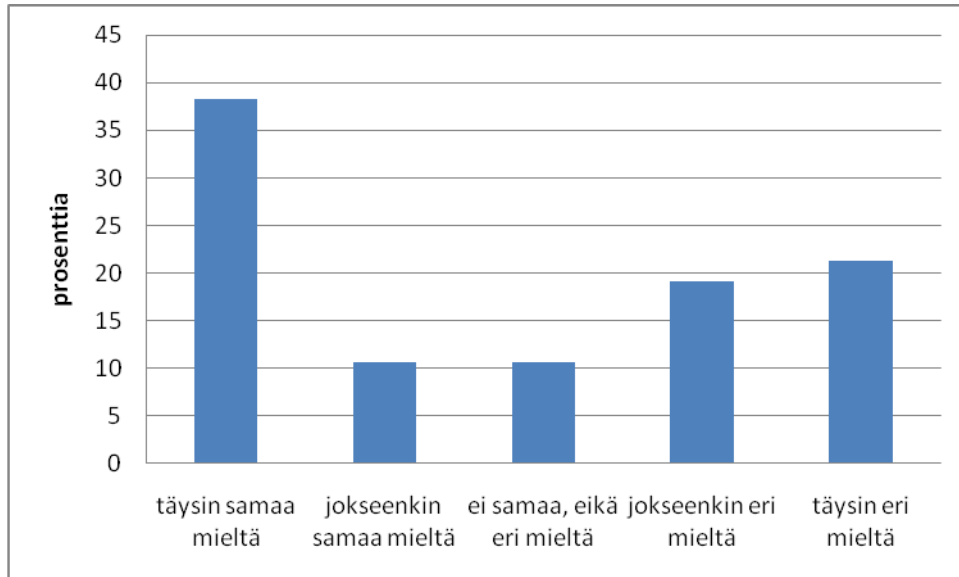
Lähes puolet (45 %) IPAA-leikatuista vastaajista kokivat leikkauksen rajoittavan matkustamista, mutta toisaalta 34 % vastaajista oli sitä mieltä, että IPAA-leikkaus ei ole rajoittanut matkustamista. (Kuvio 13.)



KUVIO 13. IPAA-leikkauksen vaikutukset harrastuksiin ja matkustamiseen.

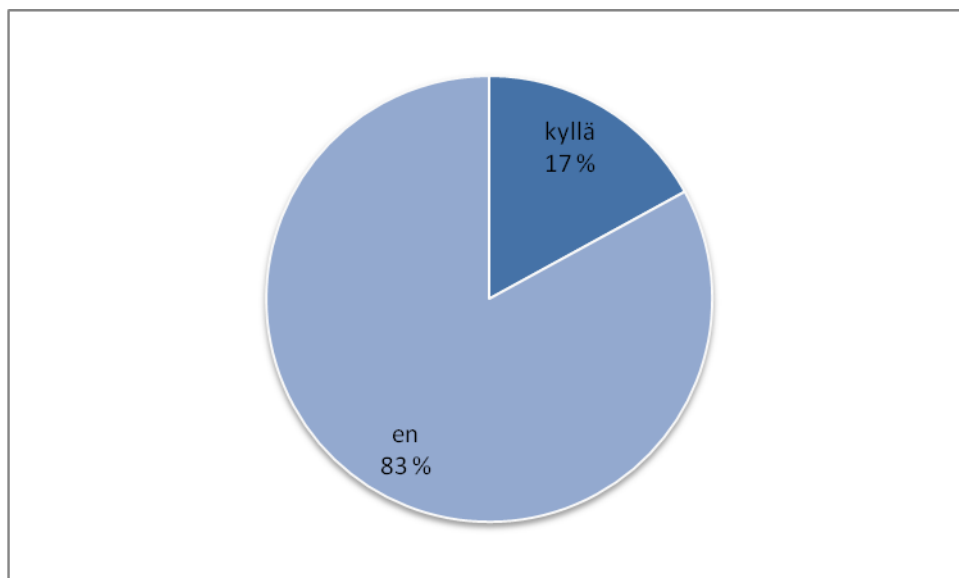
Vastaajista 9 % oli sitä mieltä, että IPAA-leikkaus on vaikuttanut ammatinvalintaan ja 62 % ammatinvalintaan IPAA-leikkauksella ei ole ollut vaikutusta.

Vastaajista 38 % voi tehdä ruumiillista työtä kuten ennen leikkausta. Kuitenkin viidesosa vastaajista ei voi tehdä ruumiillista työtä kuten ennen IPAA-leikkausta. (Kuvio 14.)



KUVIO 14. IPAA-leikkauksen vaikutus ruumiillisen työn tekemiseen

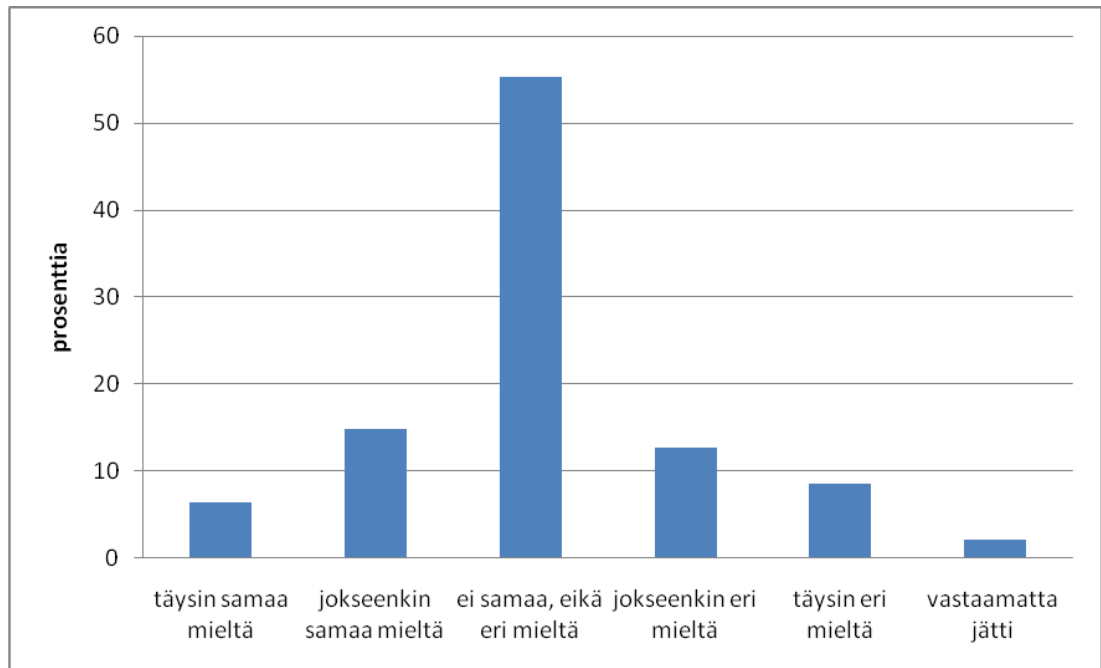
IPAA-leikkauksen vuoksi ammattia on joutunut vaihtamaan 17 % vastaajista ja suurin osa (83 %) vastaajista on pystynyt jatkamaan entisessä ammatissaan. (Kuvio 15.)



KUVIO 15. IPAA-leikkauksen vuoksi joutunut vaihtamaan ammattia.

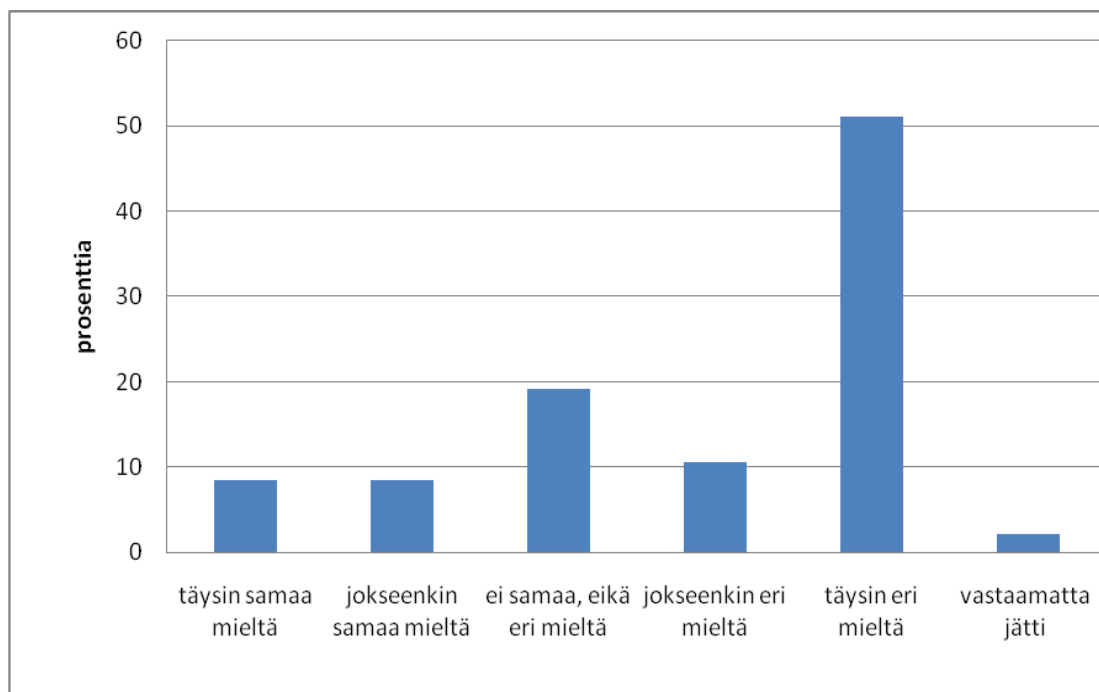
5.6 IPAA-leikatun ihmisen sukupuolielämä

IPAA-leikkauksen myötä sukupuolielämä oli parantunut 6 %:lla vastaajista ja 9 %:lla sukupuolielämä oli huonontunut, mutta suurimman osan (55 %) sukupuolielämään ei IPAA-leikkaus ollut vaikuttanut. (Kuvio 16.)



KUVIO 16. IPAA-leikkauksen vaikutus sukupuolielämään.

IPAA-leikkauksen myötä 9 %:lle on ilmaantunut limakalvojen kuivuutta tai impotenssia, mutta 51 %:lle vastaajista leikkauksella ei ole ollut vaikutusta limakalvojen kuivuuteen tai impotenssiin. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. IPAA-leikkauksen vaikutus limakalvojen kuivuuteen ja impotenssiin.

Vastaajista 11 %:lla raskaaksi tuleminen ei ole onnistunut normaalilla tavalla. IPAA-leikatuista normaalisti alateitse oli synnyttänyt 2 % ja sektio oli tehty 6 %:lle vastaajista.

Vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa jotain asiaan liittyvää. Vastaukset analysoitiin induktiivisellä sisällön analyysimenetelmällä, josta saatiin nämä seuraavat pelkistetyt ilmaisut. Saimme vastauksia siihen, miten IPAA-leikatut selviävät päivittäisistä toiminnoista ja millaisin menetelmin. Vastauksina ilmeni seuraavanlaisia ilmaisuja selviytymismenetelminä: liikunta parantaa lihaskuntoa ja auttaa sitä kautta pidättämisongelmiin, oma asenne, IPAA-leikkaus ei rajoita, mutta pitää osata varautua, sopeutuminen J-pussin toimintaan, avoimuus IPAA-leikkauksesta, peräaukon ihon kunnon hoito, esimerkiksi suihkutuksen ulostamisen jälkeen, ruuan huolellinen pureskeleminen, työ ja vapaa-aika vaatii suunnittelua, aterioiden syönnin suunnittelu, tiedostaa missä lähin WC.

TAULUKKO 6. Leikkauksesta kuluneen ajan vaikutus leikkaustyytyväisyyteen.

Tyytyväisyys leikkaukseen	Leikkauksesta kulunut aika vuosina			
	alle vuosi	1- 2 vuotta	3 - 5 vuotta	yli 5 vuotta
Täysin samaa mieltä	3,7 %	3,70 %	14,8 %	77,8 %
Jokseenkin samaa mieltä	0 %	16,70 %	8,3 %	75,0 %
Ei samaa, eikä eri mieltä	0 %	25,0 %	0 %	75,0 %
Jokseenkin eri mieltä	0 %	0 %	100 %	0 %
Täysin eri mieltä	0 %	0 %	0 %	100 %

Kun vertasimme ristiintaulukossa leikkaustyytyväisyyttä ja leikkauksesta kulunutta aikaa, kävi ilmi, että 77,8 % yli viisi vuotta sitten leikatuista olivat täysin tyytyväisiä. Kun leikkauksesta oli kulunut vasta vähän aikaa eli alle vuosi oli leikkaustyytyväisyys vain 3,7 %. (Taulukko 6.)

6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Se tarkoittaa siis kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius (pätevyys) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata tarkalleen sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Virheiden syntymistä pyritään välttämään tutkimuksessa, silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän takia tutkimuksessa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Ja luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimistapoja. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara, 2007, 226 – 228.) Vaikka tutkimus toistettaisiin eri tutkijoiden toimesta, vastaukset pysyisivät samanlaisina.

Opinnäytetyön tuloksissa ei ole sattumanvaraisia tuloksia, koska tulokset on analysoitu tarkasti tietokoneohjelmia apuna käyttäen. Luotettavuus vaatii meiltä opinnäytetyön tekijöiltä tarkkuutta, mutta myös kriittisyyttä omaa työtä kohtaan.

Tutkimuksemme vastausprosentti 67 % oli mielestämme kohtuullisen hyvä. Yleensä suurelle yleisölle tai valikoitumattomalle vastaajajoukolle lähetetty lomake ei tuota kovin korkeaa vastausprosenttia, jolloin vastausprosentti voi parhaimmillaankin jäädä 30 – 40 prosenttiin lähetetyistä lomakkeista. Jos kysely lähetetään erityisryhmälle tai kysely on vastaajan kannalta tärkeä voi vastausprosentti hyvinkin olla korkeampi. Usein tutkijat joutuvat muistuttamaan vastaamatta jättäneitä jopa kaksi kertaa, jolloin vastausprosentti voi nousta 70 – 80 prosenttiin. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2007, 191.)

Pyrimme lisäämään luotettavuutta laajalla teoriaosuudella ja halusimme saada teoriaosuudesta informatiivisen. Kysymyslomakkeiden luotettavuutta pyrittiin lisäämään esitestauksella ja kysymällä toimeksiantajien näkemystä kysymysten sisällön suhteen. Luotettavuuden kannalta emme jättäneet tutkimustulokset-osiosta mitään sellaista pois millä oli merkitystä tutkimusongelmien kannalta. Luotettavuutta lisää myös se, että kyselylomake tehtiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta.

Opinnäytetyön tekijät ovat tyytyväisiä kyselylomakkeeseen. Sen laatiminen oli haastavaa. Kyselylomake on selkeä ja siisti, parin kysymyksen asettelua

saattaisimme muuttaa. Jos jotakin haluttaisiin muuttaa tai tehdä toisin, niin kyselylomakkeen ulkoasuun panostettaisiin enemmän, mutta siihen vaadittaisiin enemmän taitoa.

Pieni merkityksetön asia kiinnitti huomion useaan kertaan, nimittäin kysyttäessä raskaaksi tulosta oli usea miesvastaaja vastannut olevansa mies. Kysymys olisi pitänyt kohdentaa selvästi naisvastaajalle. Tuloksiin tällä ei ollut mitään merkitystä.

Jotta tutkimus olisi eettisesti hyvä, täytyy tutkijoiden noudattaa tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. On vältettävä epärehellisyyttä kaikissa tutkimuksen vaiheissa, toisen tekstiä ei plagioida ja tulokset esitetään totuuden mukaisesti. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2007, 23 – 27.)

Kyselyihin vastattiin anonyymisti, eikä vastaajien nimet tulleet missään vaiheessa selville. Vaikka vastaaja olisi antanut nimensä ja yhteystietonsa tai muita tietoja hän säilyttää anonymiteettinsä. Kyselyjen vastauksia käytettiin vain tutkimuksen tekemiseen, jonka jälkeen kyselyt hävitettiin siten, etteivät ne voineet joutua ulkopuolisten käsiin missään vaiheessa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa ja kuvata miten paksusuolen puuttumisen mukanaan tuomat ongelmat olivat vaikuttaneet elämään ja miten niistä oli selviydytty. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa IPAA-leikkaukseen meneville, IPAA-leikatuille ja heidän perheille ja läheisille, hoitohenkilökunnalle sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Eri tahoilta tulleiden kiinnostuksen osoitusten myötä, koimme tämän työn tulevan tarpeeseen. Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusotteen saadaksemme mahdollisimman monta erilaista tapaa selviytyä arjessa sekä mahdollisimman hyvän ja kattavan kuvan IPAA-leikatun ihmisen arkipäivän selviytymiskeinoista.

Opinnäytetyön tuloksista saatujen tietojen perusteella todettiin, että suurin osa IPAA-leikatuista oli leikkaukseen tyytyväisiä. Mitä enemmän leikkauksesta oli kulunut aikaa, sitä tyytyväisempiä vastaajat olivat. Oppiiko IPAA-leikattu ihminen elämään uuden, muuttuneen elämän tilanteensa kanssa, jolloin hyväksyy ne muutokset, mitkä leikkaus on tuonut mukanaan. Kuisman (2004) tutkimuksen tulosten mukaan 90 % IPAA-leikatuista olivat tyytyväisiä leikkaukseen. (Kuisma 2004, 59.)

Riittävän tiedon saaminen ennen leikkausta näkyi tuloksissa puutteena. Vastaajista 15 % kertoi jääneensä vaille riittävää tietoa ennen leikkausta. Palokoski (2007) totesi tutkimuksessaan, että potilaat selvisivät kotonaan paremmin jokapäiväisissä toiminnoissaan, kun he olivat saaneet riittävästi tietoa hoidostaan. (Palokoski 2007, 52.) Hyvän ohjauksen tavoite on välttää esimerkiksi toipumista hidastavia tulehduksia ja edistää paranemista. Ohjaus, joka tapahtuu hyvässä vuorovaikutuksessa vähentää sairauden mukanaan tuomaa ahdistusta, pelkoa ja epävarmuuden tunnetta. Riittävä ohjaus edistää paranemista ja parantaa hoitoon sitoutumista. Hyvällä potilasohjauksella voidaan tutkitun tiedon avulla vaikuttaa potilaan paranemiseen. (Ohtonen, 2006.) IPAA-leikatun ihmisen selviytymisen kannalta olisi hyvä, jos hän saisi riittävästi tietoa paksusuolen poistamisen vaikutuksista elämisen toimintoihin. Esimerkiksi erittämisen osa-alueella paksusuolen poistaminen vaikuttaa ulos-

tamistiheyteen ja ulosteenkoostumukseen. Syy sille, ettei ole saanut riittävästi tietoa ennen leikkausta voi johtua siitä, että leikkaukseen joudutaan joskus kiireellisesti, jolloin ohjauksen ja opetuksen sekä tiedotuksen osuus jää puutteelliseksi, mutta se tulisi kuitenkin huomioida leikkauksen jälkeen. Kehittämisehdotuksena tulee mieleen, että ohjausta voisi tehostaa entisestään, jolloin kotona selviytyminen elämisen toiminnoista paranisi.

Ennen tutkimuksen valmistumista olimme jokseenkin varmoja siitä, että paksusuolen puuttumisella olisi sosiaalista elämää merkittävästi rajoittava vaikutus, mutta tutkimus kuitenkin osoitti ajatuksemme virheelliseksi, vain 10 % vastaajista oli tätä mieltä. IPAA-leikatuista vastaajista lähes puolet koki, ettei paksusuolen puuttuminen rajoita sosiaalista elämää. Tähän on voinut vaikuttaa se, että suurin osa näistä ihmisistä on leikattu jo useita vuosia sitten, joten heillä on ollut aikaa tulla sinuiksi J-pussin kanssa sekä sopeutua uuteen elämään. Kuisman (2004) väitöskirjassa muutoksia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa koki 15 % vastaajista.

On paljon ruoka-aineita joita IPAA-leikattu ihminen ei voi syödä. Tulokset osoittivat sen, ettei IPAA-leikatun ihmisen ruokavalio ole aivan yhtä monipuolinen, kuin millainen se oli ennen sairastumista. Näillä ihmisillä oli rajoituksia ja hankaluuksia mm. seuraavien ruoka-aineiden syömisen kanssa: voimakkaasti maustetut ruoat, sienet, raasteet erityisesti porkkana, lanttu, pähkinät, appelsiini ja kaalit. IPAA-leikattujen ihmisten tulee huomioida tärkeiden vitamiinien ja muiden ravintoaineiden saanti. IPAA-leikatuilla voi esiintyä mm. B-vitamiinin puutosta. (Kuisma 2004, 36.) IPAA-leikkauksen jälkeen voi palata normaaliin ruokavalioon. (Luukkonen 2007.) Tutkimuksen antamista tuloksista saattoi päätellä, että mikä ruoka-aine sopii yhdelle, ei välttämättä sovi toiselle.

Suolan lisäämisestä ruokaan löysimme kahdenlaista tietoa. Luukkosen (2007) mukaan IPAA-leikkauksen jälkeen voi palata normaaliin ruokavalioon eikä ylimääräistä suolalisää tarvita. (Luukkonen 2007.) Crohn ja colitis ry:n leikkausohjeen (2009) mukaan suolan ja nesteiden tarve lisääntyy leikkauksen jälkeen. (Crohn ja colitis 2009.) Vastaajista melkein puolet (49 %) käytti suolalisää ruoassaan.

Normaalisti käymme ulostamassa noin kerran vuorokaudessa ja Ihmisen normaali ulostamistiheys kolmesta kerrasta vuorokaudessa kolmeen kertaan viikossa. (Hiltunen – Martikainen 1995.) IPAA-leikatun ihmisen elämisen toiminnot ovat hieman toisin, kuin mihin normaalin terveyden myötä olemme tottuneet. Vastaaajista neljänneksellä vatsa toimi yli seitsemän kertaa vuorokaudessa, mikä on määränä aika suuri. Hyvin toimiva J-pussi toimii 5 – 7 kertaa vuorokaudessa. (Finnilco 2004, 8 - 9.)

Tiheät WC:ssä käynnit rasittavat peräaukon ihon kuntoa. (Kotihoito-ohje J-säiliöleikkauksen jälkeen, 2009.) Ohutsuolesta tuleva erite on yleensä löysää, joka polttaa herkästi peräaukkoa ympäröivän ihon ellei hygieniasta ja ihon kunnosta huolehdita. (Kotihoito-ohje J-säiliöleikkauksen jälkeen, 2009.) Vastaaajat käyttivät peräaukon ihon kunnan hoitoon Bepanthenia, Sinkkivoidetta ja Valkovaseliniä. Hyvällä ohjauksella ja opetuksella voimme hoitajina turvata IPAA-leikatun ihon kunnosta huolehtimisen ja sen hyvänä säilymisen.

Yöllä suurin osa vastaaajista joutui käymään WC:ssä 1-3 kertaa ja nämä WC-käynnit häiritsevät unta lähes puolella vastaaajista. Hoitajan tehtävänä on huomioida IPAA-leikatun ihmisen jaksaminen näiden lukuisten yöheräämisten kanssa. Mihin kaikkeen vaikuttaakaan jatkuva yöherääminen? Kärsiikö esimerkiksi työssä jaksaminen, sosiaalinen elämä ja yleinen vireystila?

Opinnäytetyömme tuloksissa käy ilmi, että IPAA-leikkaus ei rajoita harrastuksia ja matkustamista merkittävästi. Tietysti joukkoon mahtuu myös niitä, joiden harrastuksiin IPAA-leikkaus on vaikuttanut siten, että harrastuksia on jouduttu karsimaan, vähentämään tai jopa lopettamaan kokonaan. Vastaaajista 76 %:lla on leikkauksesta kulunut aikaa yli viisi vuotta ja varmaan he ovat oppineet elämään J-pussin kanssa käyttäen hyväksi esimerkiksi ulosteen koostumusta muuttavia lääkkeitä, välttämällä sopimattomia ruokia eli he ovat löytäneet keinot ja menetelmät selviytyäkseen arkipäivän toiminnoissa.

J-säiliö ei ole este normaalille sukupuolielämälle. (IPAA-tietoa 2005.) Opinnäytetyömme viimeisessä osa-alueessa kysyttiin sukupuolisuudesta. Vastaukset olivat varsin neutraaleja, joka sai meidät miettimään sitä olimmeko muotoilleet liian intiimejä kysymyksiä vai oliko kuitenkin kysymys vain siitä, että IPAA-leikkaus ei ollut kuitenkaan vaikuttanut sukupuolielämään. Kuiten-

kin pidätyskyvyn heikkeneminen ja sukupuolielämän negatiiviset vaikutukset voisivat olla yksi vaikuttava tekijä sukupuolielämän heikkenemiselle. Kuisman (2004) todetaan, että miehistä 14 %:lla esiintyy impotenssia ja 6 %:lla takaperoista siemensyöksyä. (Kuisma 2004, 59.) Sukupuolielämään vaikuttavista hermovaurioista sekä kiinnikkeiden aiheuttamasta lapsettomuudesta olisi hyvä kertoa jo ennen leikkausta. (Crohn ja colitis ry 2009, leikkaushoito.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyöllä opiskelija osoittaa ja kehittää ammattialaansa liittyviä tietoja ja taitoja. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme seuranneet ammatillisten tietojemme kehittymistä, olemme oppineet suolistosairauksista ja niiden hoidosta. Hoitotyössä sairaanhoitajana meidän tulee pystyä kokonaisvaltaiseen ajatteluun sekä huomioida IPAA-leikkauksen tuomat haasteet elämisen toimintojen eri osa-alueille.

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä prosessi, se on vienyt aikaa ja vaatinut voimia meiltä ja ymmärrystä perheeltä. Opinnäytetyön tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla ja tiivis opiskelurytmi ovat tuoneet haasteen työn tekemiselle. Työn tekemisen aktiivisuus on vaihdellut, välillä on ollut hyväksi jättää ajatuksia hautumaan ja jatkaa työstämistä myöhemmin uudelleen. Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille paljon käytännön tietoja ja taitoja. Kirjoittajina olemme oppineet suhtautumaan kriittisesti tuottamaamme tekstiin sekä poistamaan siitä epäoleellisen. Olemme saaneet paljon uutta ja syventäneet tietoa IPAA-leikatun hoidosta ja potilasohjauksen merkityksestä, näitä tietoja voimme hyödyntää käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön tekeminen on edesauttanut ammatillista kasvua ja ollut opettavainen kokemus. Opinnäytetyön tekeminen on ollut tämän koulutuksen parasta antia.

Teorian kerääminen oli haastavin vaihe, koska tutkimuksia aiheesta oli erittäin vähän saatavilla. Oli vain muutamia teoksia, joista voitiin saada luotettavaa tietoa IPAA-leikkauksesta. Lähestyimme ennen opinnäytetyöämme varsinaista aloitusta suomalaisia alan asiantuntijoita, jotka kiitettävästi auttoivat meitä saamaan tietoa aiheesta.

Potilasohjaus on tärkeä hoitotyön auttamismenetelmä. Sairaanhoitajan tulee yhdessä potilaan kanssa kyetä hakemaan erilaisia vaihtoehtoja ja selviytymiskeinoja ongelmatilanteisiin. Ohjauksessa on huomioitava se, että IPAA-leikatut ihmiset ovat yksilöitä, eikä kaikille voida sovittaa samoja käytäntöjä, vaan pyritään löytämään jokaiselle sopivat keinot selviytyä arjesta.

Tulevaisuudessa sairaanhoitajat tulevat kohtaamaan IPAA-leikattuja ihmisiä vuodeosastoilla ja perusterveydenhuollossa yhä enenevässä määrin ja hei-

dän hoito tuo haasteita hoitohenkilökunnan osaamiselle. Havaitsimme tämän olevan IPAA-leikattujen keskuudessa yksi huolenaihe. Jatkotutkimushaasteena voisi olla millainen on sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen ikääntyvien IPAA-leikattujen hoitotyössä vuodeosastoilla? Jatkohaasteena voisi myös olla IPAA-leikatulle ihmiselle suunnattu tietopaketti, jota voi lukea kotona leikkauksen jälkeen, kun alkaa sopeutuminen uuteen elämän tilanteeseen ja pystyy sulattamaan uutta tietoa.

Halusimme tehdä teoriaosuudesta informatiivisen ja toivomme, että tutkimuksestamme ja sen tuloksista on hyötyä mahdollisimman monelle, sairastuneelle, sairastuneen läheiselle sekä hoitotyön ammattilaiselle. Hoitohenkilöstö voisi käyttää näitä tuloksia ohjatessaan esimerkiksi ruokavalion suhteen.

Opinnäytetyön tekijät ovat olleet innostuneita ja motivoituneita. Yhteistyö on sujunut saumattomasti ja työskentelytapamme on ollut toisia täydentävä ja työ on sujunut hyvässä yhteishengessä. Kaikki tekstit on tuotettu yhteisesti ja kaikki minkä olemme kirjoittaneet, on yhdessä käyty läpi ja pureskeltu huolellisesti. Monelta taholta on osoitettu kiinnostusta työtämme kohtaan, joka on motivoinut meitä työmme tekemisessä. Toivomme tästä työstä olevan hyötyä mahdollisimman monelle.

LÄHTEET

- Ashorn, Merja - Iltanen, Sari - Kolho, Kaija-Leena 2009. Krooniset tu-
lehdukselliset suolistosairaudet lapsilla ja nuorilla. Duodecim.
Osoitteessa <http://ez.ramk.fi:2071/xmedia/duo/duo98271.pdf>
25.2.2010.
- Aro, Antti – Mutanen, Marja – Uusitupa, Matti (toim.) 2005. Ravitsemustiede.
Duodecim. Helsinki.
- Crohn ja Colitis ry 2008. IBD-opas. Liikunta.
- Crohn ja colitis ry 2009. Colitis ulcerosan leikkaushoito. Osoitteessa
<http://www.crohnjacolitis.fi/cms/Leikkaushoito.39.0.html>
31.10.2009
- Crohn ja Colitis ry 2008. IBD-opas. Perhesuunnittelu.
- Finnilco 4/2004. Kuisma, Juha. IPAA-kysymyksiä.
- Finnilco 4/2003. Kärkkäinen, Osmo. Kikkapalsta. Osoitteessa
www.turunseudunilco.fi/FI4_03.pdf 20.05.2010.
- Gastrolab 2009. J-pussileikatun kotihoito-ohje.
- Gionchetti, Paolo - Rizzello, Fernando - Lammers, Karen M - Morselli,
Claudia - Sollazzi, Lucia - Davies, Samuel - Tambasco, Rosy -
Calabrese, Carlo - Campieri, Massimo 2006. Antibiotics and pro
biotics in treatment of infl ammatory bowel disease. Department
of Internal Medicine and Gastroenterology, University of Bo
logna, Bologna, Italy. Osoitteessa [www.wjgnet.com/1007-
9327/12/3306.pdf](http://www.wjgnet.com/1007-9327/12/3306.pdf) 30.12.2009
- Hiltunen, Kari-Matti – Matikainen, Martti. 1995. Ummetuksen kirurgiset hoi-
tomahdollisuudet. Osoitteessa www.duodecim.fi 11.09.2010
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kir-
joita.13. painos. Tammi, Helsinki.
- Holmia, Sirja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele – Valtonen, Katariina
2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien
hoitotyö. 4.-5. uudistettu painos. WSOY, Porvoo.
- Ipaa-Yhdistys ry. Ipaa-tietoa 2005.
- Jurvelin, Tiina - Kyngäs, Helvi - Backman Kaisa. Pitkäaikaisesti sairaiden las-
ten vanhempien selviytymisvaatimukset. Hoitotiede. Vol 17, no 1/05.
- Järvinen, Heikki. J. 2007. Gastroenterologia ja hepatologia, Duodecim.
Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Järvinen, Heikki 2009. Suurin osa potilaista tyytyväisiä. Crohn ja Colitis –
verkkójulkaisu 1/2009. Osoitteessa

http://www.crohnjacolitis.fi/cms/fileadmin/pdf/Lehti/CCtaitto1_09.pdf 19.4.2010

Järvinen, Heikki. 2009. Finnilco. Crohn ja Colitis.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen- Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä, WSOYpro Oy.

Karvonen, Anna-Liisa - Matikainen, Martti - Turunen, Ulla 1994. Tu-
lehdüksellisten suolistosairauksien muuttuva hoito. Duodecim -
verkkajulkaisu. Osoitteessa www.duodecimlehti.fi 2.11.2009.

Kassara, Heidi – Paloposki, Sanna – Holmia, Silja – Murtonen, Irja –
Lipponen, Varpu – Ketola, Marja-Leena – Hietanen, Helvi 2006.
Hoitotyön osaaminen. WSOY, Helsinki.

Kela 2009. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Osoitteessa
www.kela.fi 21.11.2009.

Kuisma, Juha 2004. Inflammation in the ileal pouch: associated factors and long-term prognosis. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto.

Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol 11,
no 1/99.

Kyngäs, Helvi – Puotiniemi, Tiina 2003. Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. Hoitotiede Vol 15, no 4/03.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Marja – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila - Renfors Timo. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Luukkonen, Pekka 2007. Haavaisen paksusuolitulehduksen leikkaushoito. Osoitteessa www.hus.fi 2.11.2009.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Osoitteessa
<http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1232-8.pdf>
29.10.2009. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Niemelä, Seppo 2007. Tulehdükselliset suolistosairaudet. Teoksessa. Höckerstedt, Krister – Färkkilä, Martti – Kivilaakso, Eero – Pikkarainen, Pekka. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia, Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Nienstedt, Walter – Hänninen, Osmo – Arstila, Antti – Björkqvist, Stig-Eyrik 2006. Ihmisen fysiologia ja anatomia. WSOY, Helsinki.

Nuutila, Minna 2006. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Lapsen perheen kokemukset allergiasta ja astmasta. Pro gradu.

Nuutinen, Outi – Mikkonen, Ritva – Peltola, Terttu – Silaste, Marja-Leena - Siljamäki-Ojansuu, Ulla – Uotila, Heini – Sarlio-Lähteenkorva,

- Sirpa 2009. Ravitsemushoitosuositus. Edita. Ravitsemusneuvottelukunta.
- Ohtonen, Helena 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidajaliitto. Osoitteessa www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/ 06.07.2010
- Palokoski, Marjo-Riitta 2007. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu.
- Rautio, Tero 2009. OYSin Gastrokirurgian apulaisylilääkäri, LT. Sähköposti 30.10.2009.
- Roper, Nancy – Logan, Winifred W. - Tierney, Alison J, 1995. Hoitotyön perusteet. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Ryynänen, Ulla 2005. Sairastamisen merkitys ja turvattomuustekijät aikuisiässä (The meaning of illness and illness-related insecurity factors among adults). Kuopion Yliopisto. Väitöskirjan tiivistelmä.
- Sonninen, Eija. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. 2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Sopeutumisvalmennus. Osoitteessa <http://www.stm.fi/vammaispalvelut/sopeutumisvalmennus> 28.12.2009.
- Tohtori.fi 2010. Osoitteessa www.tohtori.fi 10.09.2010.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus, Jyväskylä.
- Tilastokeskus, tilastollinen tiedonkeruu ohjelma. Stukturoitu haastattelu. Osoitteessa <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/01/> 16 04.2010.
- Turina, M – Pennington, CJ – Kimberling, J – Stromberg, AJ – Petras, RE – Galandiuk, S. 2006. Chronic pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: effect on quality of life. Osoitteessa http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16627228?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=37 05.02.2010.
- Vauhkonen, Ilkka – Holmström, Peter 2005. Sisätaudit, WSOY, Porvoo.

LIITTEET

Liite 1	toimeksiantosopimus
Liite 2	saatekirje
Liite 3	kysymyslomake

Liite1



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences

TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Lomake A3

Toimeksi-antaja	Nimi (esim. yritys)	
	Ippaa-Yhdistys ry Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Teija Kalinainen, puh. 050-304 4345 pj@ippaa-yhdistys.fi	
	Työn aihe IPAA-leikatun arki ja elämä leikkauksen jälkeen	
Tekijä	Nimi Sirpa Korhonen ja Elina Niemelä	Opiskelijanumero 0701368 ja 0701373
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin 040 - 719 7175 ja 040-910 2410	Sähköpostiosoite etunimi.sukunimi@edu.ramk.fi
	Koulutusala ja -ohjelma Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoitaja (AMK) 210 op	Ryhmätunnus T702H07K
Ohjaaja	Nimi Johanna Rintala	Oppiarvo ja tehtävänimike Terveystieteen maisteri TtM
	Toimipaikka ja osoite Porokatu 35, 96400 ROVANIEMI	
	Puhelin	Sähköpostiosoite johanna.rintala@ramk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumen- tointi	Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon sekä yksi tulostettu ja yksi sähköinen arkistokappale.	
Omistus- ja käyttö- oikeudet	Työn tulokset ja tekijänoikeudet ovat toimeksiantajan omaisuutta. Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.	<input checked="" type="checkbox"/>
Lisäksi sovitaan		<input type="checkbox"/>
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajalla on mahdollisuus tarkistaa, että opinnäytetyö ei sisällä salassapidettävää aineistoa.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	

	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Ippaa 16.08.2009	<i>Teija Kalinainen</i> IPPAA-YHDISTYS RY PUHEENJOHTAJA
Tekijä	Sarakeski 26.07.2009	Sirpa Korhonen ja Elina Niemelä
Ohjaaja	Rovaniemi 23.11.2009	Johanna Rintala

Rovaniemen ammattikorkeakoulu
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI
puh.020 798 4000 (vaihe), faksi 020 798 5499
opintotoimisto@ramk.fi
www.ramk.fi

Liite 2

Hyvä IPAA-leikattu!

Tammikuu 2010

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Rovaniemen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä IPAA-leikkauksen läpikäyneiden selviytymisestä arjessa.

Toivomme tutkimustuloksista olevan hyötyä IPAA-leikatuille sekä hoitohenkilökunnalle työssään IPAA-leikattujen parissa.

Vastaaminen on Teille täysin vapaaehtoista, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa.

Vastatkaa kyselyyn joko ympyröimällä oikea vaihtoehto tai rastittamalla oikea vaihtoehto. Kyselyn alussa on taustatietoja, jonka jälkeen on kysymyksiä, jotka koskevat IPAA-leikatun elämää. Kyselyyn vastaaminen vie ajastanne noin 15 minuuttia.

Pyydämme palauttamaan kyselyn pp/kk.2010 mennessä oheisessa kuoressa, jonka postimaksu on maksettu.

Osoitteeseen:

Xxx Xxxx, xxx, xxx

Mukavaa uutta vuotta toivottaen sekä yhteistyötä odottaen

Kiitos vastauksestanne!

Sirpa Korhonen ja Elina Niemelä
Rovaniemen ammattikorkeakoulu

Lisätietoja voi kysyä tarvittaessa sähköpostitse: etunimi.sukunimi@edu.ramk.fi

Liite 3 KYSYMYSLOMAKE

TAUSTATIEDOT

Valitse sinua koskeva oikea vaihtoehto ja ympyröi se.

1. Vastaajan ikä (vuotta) _____

2. Sukupuoli a) nainen b) mies

3. Siviilisäätö
a) avioliitto/avoliitto b) naimaton
c) eronnut d) leski

4. Koulutus a) peruskoulu b) kansakoulu
c) lukio d) ammattikoulu, opistoaste
e) ammattikorkeakoulu f) yliopisto

5. Ammatti, ympyröi sopiva vaihtoehto
Ammattiryhmä, johon katsotte lähinnä kuuluvanne (Vain yksi rengastus)
a) johtavassa asemassa toisen palveluksessa
b) ylempi toimihenkilö
c) alempi toimihenkilö
d) työntekijä
e) yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja
f) maatalousyrittäjä
g) opiskelija
h) eläkeläinen
i) kotiäiti tai koti-isä
j) työtön
k) muu _____

6. Montako vuotta leikkauksesta on kulunut vuosina
a) alle vuosi
b) 1 – 2 vuotta
c) 3 – 5 vuotta
d) yli 5 vuotta

7. Mikä oli leikkaukseen johtanut syy?
a) colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolitulehdus
b) muu, mikä? _____

8. Sairastatko jotain seuraavista haavaiseen paksusuolitulehdukseen liittyvistä sairauksista?

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| a) nivelrikko | b) osteoporoosi/osteopenia |
| c) harmaakaihi | d) selkärankaongelmat |
| e) virtsan pidätysongelmat | f) ulosteen pidätysongelmat |
| g) korkea verenpaine | h) fistelit |
| i) hormonihäiriö | j) poskiontelotulehdus |
| k) astma | l) maksakirroosi |
| m) diabetes | n) kilpirauhasvaivat |
| o) sappivaivat | p) gastriitti |
| q) alhainen hemoglobiini | r) laktoosi-intoleranssi |
| s) lihaskipuja | t) masennus |
| u) sklerosoiva kolangiitti | |

Vastaa alla oleviin väittämiin rastittamalla mielestäsi oikea vaihtoehto.

1= Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, eikä eri mieltä 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä

TURVALLINEN YMPÄRISTÖ/SOSIAALINEN ELÄMÄ/NUKKUMINEN

Rastita oikea vaihtoehto.

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jok- seen- kin samaa mieltä	3. Ei samaa, eikä eri mieltä	4. Jokseen- kin eri mieltä	5. Täysin eri mieltä
9. Olen tyytyväinen leikkaukseen					
10. Ennen IPAA-leikkausta sain riittävästi tietoa elämästä ilman paksusuolta					
11. Olen saanut tukea toisilta samaa sairastavilta (=vertaistukea)					
12. Olen ollut sopeutumisvalmennuskurssilla					
13. Mielestäni paksusuolen puuttuminen rajoittaa sosiaalista kanssakäymistä					
14. Minulla on kipuja johtuen IPAA-leikkauksesta					
15. Minulla on kiinnikkeitä,					

jotka aiheuttavat kipua					
16. IPAA-leikkaus on vaikuttanut käsitykseen itsestäni (minäkuvaani)					
17. Yölliset wc- käynnit häiritsevät untani					

Mitä seuraavista lääkkeistä/lääkkeenomaisista tuotteista sinulla on käytössä viimeisen vuoden aikana?

Rastita oikea vaihtoehto.

	1 Käytän päivittäin	2. Käytän usein	3. Käytän silloin tällöin	4. En käytä juuri ollenkaan	5. En käytä koskaan
18. Imodium					
19. Vi-Siblin					
20. Trikozol, Flagyl, Ciproxin					
21. Lanzo, Nexium, Losec					
22. Prednisolon					
23. Cuplaton, Disflatyl					
24. Sinkkivoide, valkovaseliini					
25. Puuteri (Natusan, Stomahesive)					
26. Rautavalmiste (Retafer, Obsidan)					
27. Käytän vitamiinivalmisteita säännöllisesti					
28. Käytän terveysvaikutteisia tuotteita, kuten GEFILUS, Actimel, Asidophilus jne ruokavaliossani					
29. Käytän yhtä tai useampaa maitohappobakteerivalmistetta					

30. Jos käytät maitohappobakteerivalmisteita niin mitä käytät?

31. Käytätkö muita yllämainittujen lisäksi, mitä?

32. Onko sinulla ollut väliaikainen avanne?

- a) kyllä b) ei

RAVITSEMUS

Rastita oikea vaihtoehto.

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokseen- kin samaa mieltä	3. Ei samaa, eikä eri mieltä	4. Jokseen- kin eri mieltä	5. Täysin eri mieltä
33. Käytän alkoholia					
34. Tupakoin ennen leikkaus- ta					
35. Tupakoin nyt					
36. Lisään ruokaani suolaa					
37. Pystyn syömään kaikkia ruokia, kuten ennen leikkaus- takin					
38. Juon ruokajuoman vasta ruokailun päätteeksi					
39. Kiinnitän ruokavaliooni enemmän huomiota, kuin ennen IPAA-leikkausta					
40. Vähennän ruokailua iltaa kohden					
41. Ruokavalioni sisältää niukasti kuituja					

42. Mitä seuraavista aterioista syöt yleensä. Ympyröi oikeat vaihtoehdot

- a) aamiainen d) päivällinen
b) lounas e) iltapala
c) välipala f) näiden em. lisäksi vielä muu ateria/välipala

43. IPAA-leikkauksesta johtuen en pysty syömään seuraavia ruoka-aineita. Ympyröi vaihtoehdot.

kaali/lanttu/omena/paprika/herneet/porkkana raasteena/porkkana keitetty-
nä/raasteet/sipuli/sokeri/hiiva/sienet/appelsiini/pähkinät/popcorn/maissi/pitkätk
uidut/ruisleipä/vaalealeipä/täytekakku/kahvi/hiilihappojuomat/voimakkaat
mausteet/maitotuotteet/kala/
muu_____

44. Paljonko juot nestettä päivässä?

- a) alle 1 litra
- b) 1 – 2 litraa
- c) yli 2 litraa

ERITTÄMINEN/PUHTAUS/IHON KUNTO

Ympyröi oikea vaihtoehto.

45. Kuinka usein vatsasi toimii päivällä?
yöllä?

- a) ei kertaakaan
- b) 1 – 3 kertaa
- c) yli 3 kertaa

46. Kuinka usein vatsasi toimii

- a) 1 - 2 kertaa
- b) 3 - 6 kertaa
- d) yli 7 kertaa

47. Käytätkö katetria tyhjentääksesi pussin?

- a) kyllä
- b) en
- c) toisinaan

Rastita oikea vaihtoehto.

	1 Täysin samaa mieltä	2 Jokseen- kin samaa mieltä	3. Ei samaa, eikä eri mieltä	4. Jokseen- kin eri mieltä	5. Täysin eri miel- tä
48. Minulla on ilmavaivoja					
49. Pystyn päästämään suo- listokaasuja normaalisti					
50. Käytän vaippaa päivisin					
51. Käytän vaippaa öisin					
52. Käytän anaalitamponoja					
53. Ulosteen koostumuksen muuttamiseen käytettävistä lääkkeistä on tullut haaita- vaikutuksia					
54. Minulla on ollut suolen- tukkeuma/suolen-tukkeumia					
55. Wc-paperin laadulla ei ole merkitystä					
56. Minulla on ollut pussiit- ti/pussiitteja					

57. Mikäli käytät vaippoja saatko ne ilmaiseksi?

- a) kyllä
- b) en

LIKKUMINEN/TYÖ/HARRASTAMINEN**Rastita oikea vaihtoehto.**

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokseen- kin samaa mieltä	3. Ei samaa, eikä eri mieltä	4. Jokseen- kin eri mieltä	5. Täysin eri miel- tä
58. En harrasta liikuntaa lainkaan					
59. IPAA-leikkaus on vaikut- tanut liikunta- harrastuksiini vähentävästi					
60. IPAA-leikkaus rajoittaa harrastuksiani					
61. IPAA-leikkaus on vaikut- tanut ammatinvalintaani					

62. Voin tehdä ruumiillista työtä kuten ennen leikkausta					
63. IPAA-leikkaus rajoittaa matkustamistani					

64. Oletko joutunut vaihtamaan ammattia IPAA-leikkauksen takia?

- a) kyllä
- b) en

SUKUPUOLISUUS

Rastita oikea vaihtoehto.

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokseen- kin samaa mieltä	3. Ei samaa, eikä eri mieltä	4. Jokseen- kin eri mieltä	5. Täysin eri miel- tä
65. IPAA-leikkauksen myötä sukupuolielämäni on parantunut					
66. Minulle on ilmaantunut limakalvojen kuivuutta /impotenssia leikkauksen jälkeen					

67. Onnistuiko raskaaksi tulo IPAA-leikkauksen jälkeen normaalisti?

- a) kyllä
- b) ei

Jos ei, niin miksi-

ei? _____

68. Oliko synnytystapa

- a) normaali alatiesynnytys
- b) sektio

69. Haluatko kertoa jotain asiaan liittyvää? (esim. ruokavalio, liikunta jne.)

