REKTUMPROLAPSI JA SEN HOITO

Opas potilaille

Lempi Rautanen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaih-
toehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon

LEMPI RAUTANEN
Rektumprolpasi ja sen hoito
Opas potilaille

Opinnäytetyö 42 sivua, josta liitteitä 5 sivua
Maaliskuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia opaslehtinen rektumprolapsiin sairastuneille potilaille sekä työelämätahoilleni. Tehtävinä oli selvittää mitä on rektumprolapsi, sen oireet ja syyt, miten rektumprolapsia hoidetaan ja millainen on hyvä kirjallinen potilasohje. Opinnäytetyön menetelmä oli tuotokseen painottuva opinnäytetyö ja sen lopputuloksena syntyi opaslehtinen, joilla pyritään lisäämään potilaiden tietämystä rektumprolapsista ja sen hoidosta. Myös hoitotyön henkilökunta voi käyttää opaslehtistä ohjaustilanteissa.

Rektumprolapsi eli peräsuolen esiinluiskahdus on tila, jossa anuksen yllä oleva peräsuolen alaosa invaginoituu, eli työntyy ulos, koko paksuudellaan peräaukkokanavan läpi ja näkyy peräaukon ulkopuolella. Prolapsin kehittymiselle altistavia tekijöitä ovat ennen kaikkea krooninen ummetus sekä jatkuva ja pitkäkestoinen ponnistelu ulostaessa. Rektumprolapsin syntyyn vaikuttavat myös vaikeat synnytykset tai synnytysvauriot, lantionvälipohjan lihasten heikentyminen, hormonaaliset muutokset sekä aiemmat lantiopohjaleikkaukset. Peräsuolen prolapsin oireet (ummetus, peräsuolen esiinluiskahdus, ulosteinkontinenssi) vaikuttavat huomattavasti ihmisen elämän laatuun. Peräsuolen esiinluiskahduksen ensisijainen hoito on leikkaus. Peräsuolen esiinluiskahduksen korjaamiseksi leikkaus voidaan tehdä perireaalisesti (peräaukon kautta) tai transabdominaalisesti (vatsaontelon kautta).

Potilaille tarkoitettu opaslehtinen rektumprolapsista pohjautuu opinnäytetyön teoriaosuuteen. Kaikki opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellyt aiheet on esitetty opaslehtisessä tiivistetysti ja potilaille sopivassa muodossa.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli lisätä opaslehtisen avulla potilaiden tietämystä peräsuolen esiinluiskahduksesta ja sen hoidosta, sekä luoda hyvä ja luotettava ohje rektumprolapsista. Opinnäytetyöni tavoitteena oli myös helpottaa opaslehtisen avulla hoitotyöntekijöiden toimintaa ohjaustilanteessa. Kehittämisehdotuksena on selvittää miten opaslehtinen on ollut avuksi kohderyhmälleen: potilaille ja hoitajille.

Asiasanat: rektumprolapsi, peräsuolen esiinluiskahdus, peräsuoli

ABSTRACT

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

LEMPI RAUTANEN:
Rectal prolapse and its treatment.
A guide for patients.

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 5 pages
March 2013

The purpose of this thesis was to make a patient guide about rectal prolapse and its treatment. The objectives of the thesis were to define the concept of rectal prolapse to define rectal prolapse, its symptoms, causes, and the treatment of rectal procidentia.

Rectal prolapse is the protrusion of the lower part of the rectal wall in its full thickness through the anal sphincter. The typical symptoms in rectal prolapse are: prolapse, either some diarrhoea or, conversely, severe constipation. Patients usually give a history of incontinence. These symptoms are physically and psychologically distressing handicaps that have a major impact on quality of life. Predisposing factors of rectal prolapse are: straining, vaginal delivery, constipation, decreased anal sphincter tone. The primary treatment of rectal prolapse is surgery. The surgical procedure is broadly classified into abdominal and perineal procedures.

The patient guide about rectal prolapse is based on the theoretical part of this thesis. The aim of this thesis was to increase patients' knowledge about rectal prolapse and its treatment. Also the aim was to help nurses in patient education.
.

Key words: rectal prolapse, procidentia, rectum.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO ... 5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE ... 7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT ... 8
3.1 Paksusuoli ja peräsuoli ... 9
3.2 Rektumprolapsi ... 9
3.3 Rektumprolapsin oireet ... 12
3.4 Diagnostiikka ... 13
3.5 Ummetus ... 14
3.6 Ulosteinkontinenssi ... 17
3.7 Rektumprolapsin hoito ... 18
3.7.1 Valmistelu leikkaukseen ja leikkauksenjälkeinen hoito ... 20
3.8 Kirurginen potilas ... 24
3.9 Potilasohjaus ... 24
3.10 Kirjallinen potilasohjaus ... 25
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN ... 27
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö ... 27
4.2 Tuotoksen sisältö ... 28
4.3 Tuotoksen ulkoasu ... 29
4.4 Opinnäytetyön prosessi ... 30
5 PÄÄTÄNTÄ ... 32
5.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset ... 32
5.2 Pohdinta ... 33
LÄHTEET ... 35
LIITTEET ... 38

1 JOHDANTO

Peräsuolen prolapsista on kerrottu jo Egyptin ja Kreikan muinaisissa kirjoissa. Viime vuosisadalla rektumprolapsin hoito on kehittynyt huomattavasti. (Araújo, Cotti, Habr-Gama, Kiss, Nahas, Seid & Sobrado 2004, 168). Kairaluoman ja Kellokummun (2005, 207) tutkimuksen mukaan rektumprolapsin eli peräsuolen esiinluiskahduksen ilmaantuvuus Suomessa vuosittain on 2,5 tapausta 100000 henkeä kohti. Suurin osa potilaista on naisia (80-90%). Miehillä peräsuolen esiinluiskahdus esiintyy harvemmin.

Vaikka peräsuolen esiinluiskahdus esiintyy harvemmin kuin muut peräsuolen sairaudet, se alentaa huomattavasti potilaan elämänlaatua ja voi rajoittaa ihmisen sosiaalista elämää. Rektumprolapsin oireina usein on ummetus, ponnistaminen ulostamisessa ja ulostekontinenssi. Usein potilaat luulevat peräsuolen esiinluiskahduksen olevan peräpukamat ja tarkka potilaan tutkiminen korostuu rektumprolapsin diagnosoinnissa. (Kairaluoma & Kellokumpu 2009, 207.)

Peräsuolen prolapsin ensisijainen hoitomuoto on leikkaus. Leikkauksella pyritään korjaamaan anatomisesti rektumprolapsi ja toiminnallisesti ulosteinkontinenssi ja ummetus. Leikkausmenetelmiä on olemassa paljon ja niitä kehitetään. Leikkausmenetelmän valinta riippuu potilaan voinnista ja prolapsin muodosta. Nykyään eniten käytetään rektopexiaa, eli peräsuolen uudelleen kiinnittyminen, jota tehdään laparoskooppisesti. (Kellokumpu 2009, 210; Araújo ym. 2004, 170; Cera & Wexner 2004, 1-2.)

Nykyään potilaat itse haluavat tietää omasta hoidostaan ja ovat aktiivisia etsimään tietoa sairaudestaan (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35). Korostuu asianmukaisen tiedon antaminen potilaalle, varsinkin kuin suomenkielistä tietoa peräsuolen esiinluiskahduksesta ei ole kovin paljon. Opaslehtisen avulla potilaat saavat tarvitsemaansa informaatiota rektumprolapsista ja sen hoidosta.

Opinnäytetyöni aihe tuli Tampereen kaupungin erään sairaalan kirurgisen osaston toiveesta, missä tehdään rektumprolapsia korjaavia leikkauksia. Valitsin aiheen, koska halusin tehdä opinnäytetyön, josta on apua ja hyötyä potilaille. Opinnäytetyöni tuotoksena syntyy opaslehtinen rektumprolapsiin sairastuneille potilaille. Oppaassa pyrin selkeästi ja ytimekkäästi selittämään potilaille peräsuolen esiinluiskahduksesta, sen oireista

ja hoidosta. Opinnäytetyössä selvitän potilaan ohjaukseen liittyviä tarpeita ja haasteita sekä yleisesti rektumprolapsista ja sen hoitomenetelmistä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia opaslehtinen rektumprolapsiin sairastuneille potilaille sekä työelämätahoilleni.

Opinnäytetyön tehtävät:

1) Mitä on rektumprolapsi, sen oireet ja syyt?

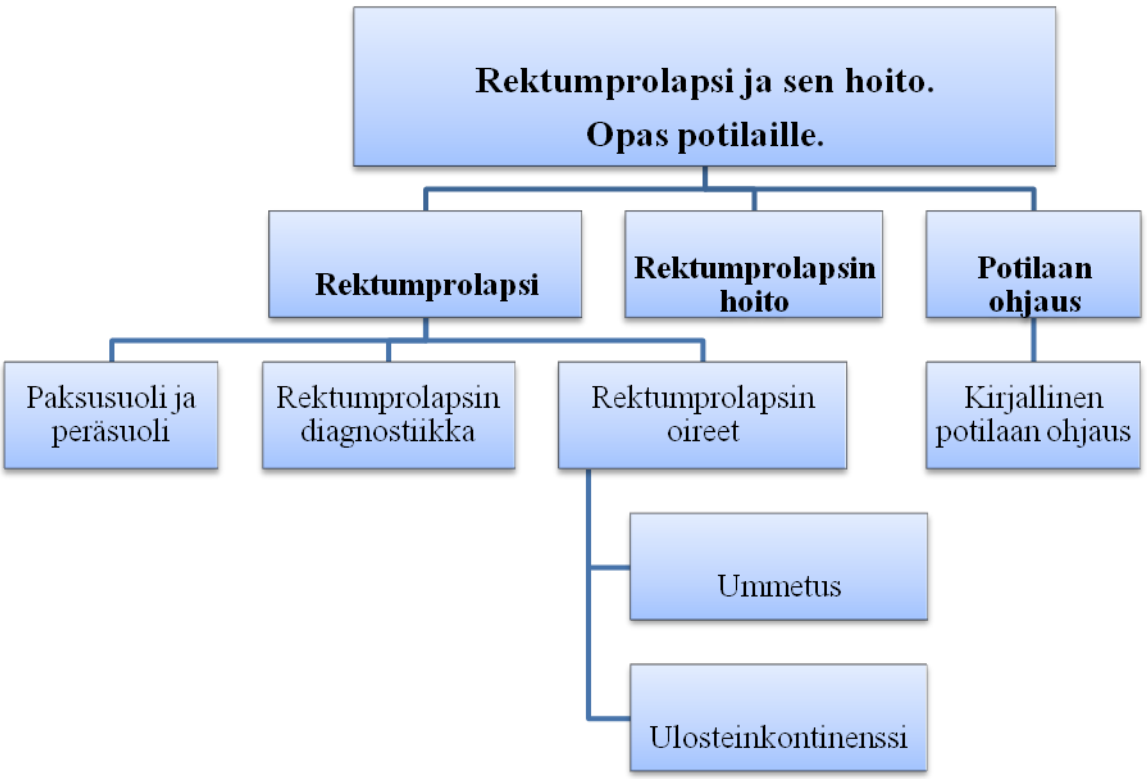
2) Mitä on rektumprolapsin hoito?

3) Millainen on hyvä kirjallinen potilasohje?

Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä opaslehtisen avulla potilaiden tietämystä peräsuolen esiinluiskahduksesta ja sen hoidosta, sekä luoda hyvä ja luotettava ohje rektumprolapsista. Opinnäytetyöni tavoitteena on myös helpottaa hoitotyöntekijöiden toimintaa ohjaustilanteessa opaslehtisen avulla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni teoreettisiksi lähtökohdiksi muodostuivat rektumprolapsi, sen hoito, potilasohjaus. Opinnäytetyöni tuotoksena syntyy potilaille tarkoitettu opas peräsuolen esiinluiskahduksesta, joten työni keskeiset käsitteet muodostuivat sujuvasti selkeäksi kokonaisuudeksi. Kaikki opinnäytetyöni teoreettiset lähtökohdat nivoutuvat toinen toisiinsa muodostaen yhtenäisen kokonaisuuden (kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyössä käsiteltävät lähtökohdat.

3.1 Paksusuoli ja peräsuoli

Paksusuolen alkukohta on umpisuoli, johon ohutsuoli laskee. Edettäessä paksusuolessa umpisuolesta ovat nouseva koolon, poikittainen koolon ja laskeva koolon sekä sigmasuoli. Maksan alla on koolonin oikea mutka, josta alkaa poikittainen paksusuoli ja vasemman kylkikaaren alla on koolonin vasen mutka. Perä- ja paksusuolen yhteispituus on 130-160 cm. Paksusuoli on läpimitaltaan laajin umpisuolen alueella, tästä läpimitta pienenee sigmasuolta kohti mentäessä, kunnes suoli laajenee peräsuoleksi. Peräsuoli eli rectum on n. 15 cm pitkä ja kulkeutuu kohti anaalikanavaa. Peräaukkokanavan pituus on n. 4 cm ja se päättyy peräaukkoon. Anaalikanava on lepotilassa kiinni, koska sitä ympäröivät peräaukon sisempi ja ulompi sulkijalihas. Peräaukkokanavan loppuosaa verhoaa kerrostunut levyepiteeli, jota mekaaninen kuormitus ei vahingoita helposti. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 349; Höckerstedt, Färkkilä, Kivilaakso & Pikkarainen 2000, 318.)

Peräsuoli ja anaalikanava huolehtivat pidätyskyvystä eli kontinenssista ja sallivat ulostamisen tai kaasun päästämisen vain silloin, kun se on ajallisesti soveliasta. Peräsuoli on suurimman osan ajasta tyhjä. Kontinenssia pitävät yllä peräaukon sulkijalihakset, sisempi ja ulompi sfinkteri, eli ulompi sulkijalihas, ja lantiopohjalihakset, joista tärkein on häpyluu-peräsuolilihas. Kun paksusuolen peristaltiikka työntää suolensisältöä peräsuoleen, peräsuolen seinämän paineeseen reagoivat aistinsolut, eli solut, jotka reagoivat ärsytykseen, stimuloivat ja laukaisevat ulostusrefleksin, joka supistaa voimakkaasti koolonin alaosaa ja koko peräsuolta. Peräsuoli pystyy sopeutumaan lisääntyvään sisältöön: ulostustarpeen tullessa voivat sulkijalihakset estää ulostamisen käynnistymisen ja peräsuolesta välittyvä aistimus sammuu uusiutuakseen taas suolensisällön määrän lisääntyessä. (Bjålie ym. 2007, 349-350; Höckerstedt ym. 2000, 323-324.)

3.2 Rektumprolapsi

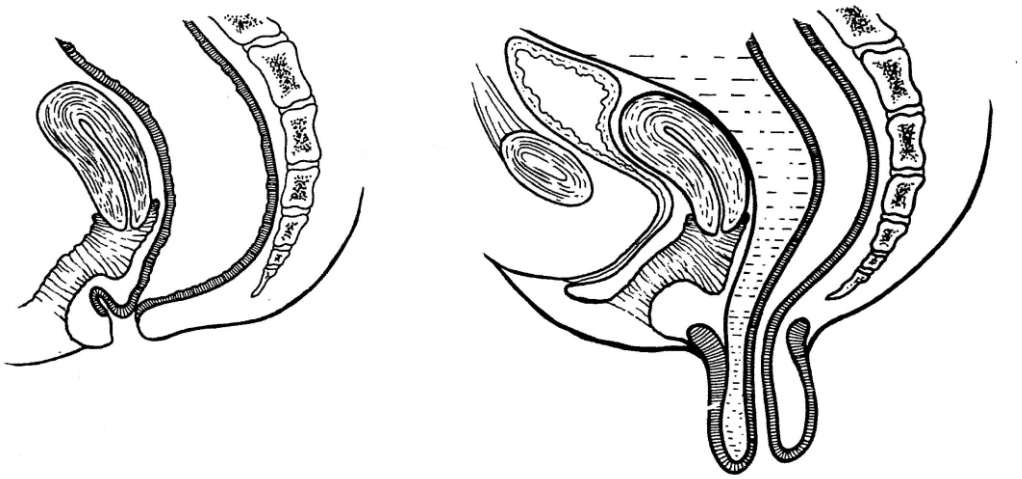
Rektumprolapsi eli peräsuolen esiinluiskahdus on tila, jossa anuksen yllä oleva peräsuolen alaosa invaginoituu, eli työntyy ulos, koko paksuudellaan peräaukkokanavan läpi ja näkyy peräaukon ulkopuolella (kuvio 2b). Pullistuma käsittää koko suolen lihasseinämän eikä pelkästään limakalvoa. Aluksi peräsuolen prolapsi tapahtuu ulostamisen yhteydessä, mutta myöhemmin suolen esiinluiskahdus voi tapahtua kevyessäkin ponnis-

tuksessa. Pahimmissa tapauksissa suoli invaginoituu jo liikkeelle noustessa. Jälkimmäistä tilaa, jossa ainoastaan löysää limakalvoa pullistuu peräaukon ulkopuolelle, kutsutaan limakalvoprolapsiksi. (Alhava, Höckerstedt, Kivilaakso & Roberts. 2010, 482; Kellokumpu 2009, 207; Höckerstedt ym. 2000, 414;.)

Rektumprolapsin todellista esiintyvyyttä ei tiedetä. Aikuisväestössä se on 3-10 kertaa yleisempi naisilla kuin miehillä. Naisilla esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja on suurinta 60-70 vuoden iässä. Miehillä esiintyvyys ei näyttäisi lisääntyvän 40. ikävuoden jälkeen. (Höckerstedt ym. 2000, 414; Keighley & Williams. 1999, 39.)

Rektumprolapsin etiologia on epäselvä. On ollut keskusteluja siitä, mitä on peräsuolen prolapsi: onko se liikkuva tyrä, suolen tuppeuma tai molempien yhdistelmä? Kliiniset tutkimukset ovat vahvistaneet, että peräsuolen esiinluiskahdus ei ole liikkuva tyrä, vaan suolentuppeuma. Teoria suolen tuppeumasta on vahvistettu kun potilaita, joilla on rektumprolapsi, tutkittiin varjoainekuvauksen avulla. Potilailla peräsuolen esiinluiskahduksen kanssa suolen tuppeuma oli 6-8 cm anuksen yläpuolella ja käsitti koko suolen seinämän. (Keighley & Williams 1999, 796.)

On olemassa myös peräsuolen sisäinen invaginaatio (okkultti prolapsi tai intussusseptio) (kuvio 2a). Sisäinen invaginaatio on peräsuolen tuppeutuminen itseensä, tässä tapauksessa suoli ei työnny peräaukon ulkopuolelle. (Alhava ym. 2010, 482; Kellokumpu 2009, 207; Höckerstedt ym. 2000, 414). Tutkimuksen mukaan (Mellgren, Schultz, Johansson & Dolk 1997, 817) sisäinen invaginaatio harvoin johtaa totaaliprolapsin kehittymiseen. Suolen sisäinen invaginaatio esiintyy pääsääntöisesti nuorilla potilailla. Sisäisen invaginaation oireina voi olla pitkäaikainen ummetus, kipuja peräaukon seudulla, verenvuoto sekä limakalvojen vaurioituminen. Intussusseptiota on joskus vaikea diagnosoida, koska lantiopohjalihakset voivat olla normaalit, välilihan laskeutuminen ei ole erotettavissa sekä peräaukko ei ole väljä. (Keighley & Williams 1999, 796-797.)



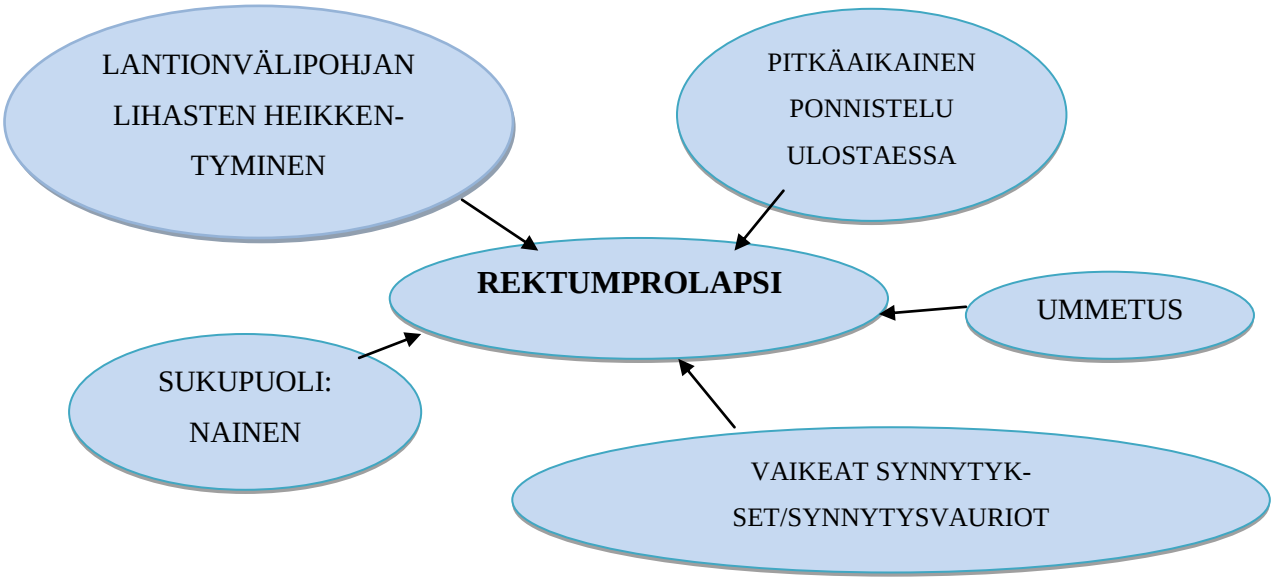
a) b)

KUVIO 2. a) Suolen sisäinen invaginaatio b) täydellinen rektumprolapsi

Prolapsin kehittymiselle altistavia tekijöitä ovat ennen kaikkea krooninen ummetus sekä jatkuva ja pitkäkestoinen ponnistelu ulostaessa. Rektumprolapsin syntyyn vaikuttavat myös vaikeat synnytykset tai synnytysvauriot, lantionvälipohjan lihasten heikentyminen, hormonaaliset muutokset sekä aiemmat lantiopohjaleikkaukset (kuvio 3). Prolapsia esiintyy pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla odotettua enemmän, varsinkin vanhuksilla, joilla on neuropsykiatrinen sairaus. (Kiilholma & Nieminen 2009, 202; Kellokumpu 2009, 208; Alhava ym. 2010 482.)

Monilla potilailla (80%) diagnosoidaan ennen peräsuolen prolapsia myös yksittäinen rektaalinen ulkus, joka on peräsuolen etuseinässä 7-11 cm:n korkeudella oleva haavauma limakalvolla tai punottava kohta (Kellokumpu 2009, 207).

Peräsuolen esiinluiskahduksen löydöksiin kuuluu suolen heikko kiinnittyminen ristiluuhun, lantionpohjan laskeuma, peräsuoli-kohtusyvänne sekä sulkijalihasten heikkous. Näiden oireiden vuoksi jopa 8-34 %:lla naisilla, joilla on rektumprolapsi, diagnosoidaan lantionpohjalihasten ja sidekudostukirakenteiden heikkoudesta johtuva laskeuma, kuten emättimen tai kohdun laskeuma. (Kellokumpu 2009, 207).



KUVIO 3. Rektumprolapsille altistavat tekijät

8-34% naisilla, joilla on todettu rektumprolapsi on myös lantiopohjan lihasten heikkoudesta johtuva sairaus, esimerkiksi gynekologinen prolapsi. (Kiilholma & Nieminen 2009, 202; Kellokumpu 2009, 208; Höckerstedt ym. 2000, 414.) Eräässä tutkimuksessa on osoitettu, että 200 naisista, joilla on rektumprolapsi, 54:llä on myös gynekologinen prolapsi. (Keighley & Williams 1999, 796-797.)

3.3 Rektumprolapsin oireet

Rektumprolapsin oireita liittyy sekä itse peräsuolen esiinluiskahdukseen, että peräsuolen toiminnan vaikeuksiin. Yli 50 % potilailla peräsuolen esiinluiskahduksen ohella esiintyy myös ummetusta sekä ulostusinkontinenssia. (Kellokumpu 2009, 208.) Potilailla voi olla tunne, ettei peräsuoli tyhjene kunnolla. 75%:lla potilaista suolen ulos pullistuminen on näkyvää ja havaittua, lopuilla se voi olla piilevää. Useimmiten suoli työntyy ulostettaessa ulospäin muutamia senttimetrejä ja vetäytyy itse takaisin. Jatkuvasti ulkona oleva suoli aiheuttaa liman ja veren vuotoa peräaukosta sekä kipua. (Höckerstedt ym. 2000, 415.)

Tyypillisimpiä rektumprolapsin oireita on peräsuolen esiinluiskahdus, limakalvojen vaurioituminen, satunnainen verenvuoto, mahdollisesti ripulointi tai vaikea pitkäaikainen ummetus (Keighley & Williams 1999, 800).

Verenvuoto peräaukosta on tyypillinen oire rektumprolapsia sairastavilla potilailla. Se voi johtua suolen traumasta tai limakalvon suonten verentungoksen seurauksena ponnistelun jälkeen. Peräsuolen prolapsissa suoli aina erittää suurta määrää limaa. Liman erittyminen on myös huomattava peräsuolen esiinluiskahduksen oire ja voi aiheuttaa kutinaa, sekä anuksen alueen vaurioitumista. (Keighley & Williams 1999, 801).

Jatkuvan ponnistelun ja prolapsin myötä potilaille kehittyy myös tyyppillisiä sekundaarimuutoksia, kuten heikko ja atoninen, eli veltto, lantiopohjan lihaksisto, epänormaalin syvä peräsuoli-kohtusyvänne, sekä heikko ja atoninen anuksen sulkijalihas (Höckerstedt ym. 2000, 415). Huomattavalla osalla potilaista, joilla on peräsuolen esiinluiskahdus, on anuksen inkontinenssi. Mahdollisesti ulosteen inkontinenssi liittyy vaurioituneen suolen aiheuttamaan sulkijalihaksen ja sen hermotuksen vaurioon. (Alhava ym. 2010, 483; Keighley & Williams 1999, 800.)

3.4 Diagnostiikka

Potilaan ponnistaessa katsotaan, työntyykö suoli kokonaan ulos eli tapahtuuko rektumprolapsi, jolloin anuksesta työntyy peräsuolta muutaman sentin verran. Limakalvon prolapsissa ulos voi työntyä vain osa limakalvosta, yleisimmin etuosa. Limakalvoprolapsi on yleensä korkeintaan parin senttimetrin luokkaa. Jos potilas ei saa ponnistetuksi prolapsia kylkimakuulla, voi prolapsi työntyä näkyviin helpommin, kun potilas ponnistaa WC-istuimella ponnistusasennossa. (Alhava ym. 2010, 482; Höckerstedt ym. 2000, 414; Gordon & Nivatvongs 2007, 419.)

Joissakin tapauksissa peräsuolen esiinluiskahduksen toteamiseen tarvitaan erityistutkimusta, defektografiaa. Paksusuolen tähystäminen on suositeltavaa ennen leikkaushoitoa. Tähystyksessä voidaan nähdä peräsuolessa prolapsiin liittyvä limakalvohaavauma. (Keighley & Williams 1999, 801; Gordon & Nivatvongs 2007, 420.)
Anaalimanometriaa voidaan käyttää lisätutkimuksena anaali-inkontinenssin selvittelyssä, mutta yksinään se ei kuulu välttämättömiin tutkimuksiin peräsuolen prolapsin diagnoostikassa. Tutkimuksessa peräsuoleen työnnetään ohut letku, jonka avulla voidaan mitata peräsuolen sulkijalihasten toimintaa. (Höckerstedt ym. 2000, 415; Keighley & Williams 1999, 801; Gordon & Nivatvongs 2007, 421.)

Koska peräaukon ulkopuolella oleva pullistuma on usein pieni sekä se voi helposti vuotaa verta, monet potilaat luulevat pullistuman olevan peräpukamia. Tämän takia lääkärin huolellinen tarkistus peräsuolen esiinluiskahduksen epäiltäessä on kovin tärkeä. (Cera & Wexner 2004, 2.) Helpoin tapa lääkärille erottaa peräpukamat ja rektumprolasi toisistaan on katsoa minkälaisia poimuja on ulkona olevassa suolessa. Rektumprolapsin tapauksessa poimuja ovat pyöreitä, sekä ovat koko suolen ympärillä. Peräpukamissa on radiaalisia poimuja. (Keighley & Williams 1999, 803.)

Krooninen rektumprolapsi voi johtaa suolen tulehdukseen, turvotukseen ja peräsuolen limakalvon vaurioitumiseen. Biopsian, eli koepalan, ottaminen voi olla näissä tapauksissa aiheellinen neoplastisen vaurion selvittämiseksi. Lisäksi potilaalle voidaan tehdä täydellinen kolonoskopia, jonka avulla voidaan löytää muita paksusuolessa olevia vaurioita, jotka saattavat vaikuttaa kirurgisen lähestymistavan valintaan. (Cera & Wexner 2004, 2.)

3.5 Ummetus

Yli puolella potilailla, joilla on rektumprolapsi, esiintyy myös ummetusta (Kellokumpu 2009, 208). Myös ummetus usein ilmaantuu leikkauksenjälkeisenä komplikaationa (Alhava ym. 2010, 483). Haluan selvittää tässä luvussa mitä on ummetus sekä miten sitä hoidetaan.

Ummetus vaikuttaa huomattavasti ihmisen elämän laatuun. Sitä esiintyy yli 10 % väestöstä. Mutta yleisyydestä huolimatta ummetuksella ei ole tarkkaa määritelmää. Käytetyin ummetuksen määritelmä pohjautuu Rooman kriteereihin (Taulukko 1). (Arkkila 2002, 1785.

TAULUKKO 1. Ummetuksen diagnosoinnin kriteerit

Edeltäneen vuoden aikana vähintään kahden kriteerin esiintyminen:
• **viikoittain on alle kolme ulostamista** • **ponnistustarve** • **kovat ulosteet** • **tunne ettei suoli tyhjene kokonaan** • **peräaukon alueella tukostunnetta** • **manuaalinen auttaminen ulostamisessa**

Ulostamiskertojen lukumäärä on hyvin yksilöllistä. Jos ruokasula viipyy paksusuolessa normaalia kauemmin, vettä ehtii imeytyä suolesta elimistöön tavallista enemmän. Uloste on tällöin kovaa, ja suolen tyhjentäminen on vaikeaa ja saattaa aiheuttaa kipuakin. Ummetus aiheuttaa erilaisia vatsavaivoja, joihin liittyy usein päänsärkyä, sekä pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja masennusta. Oireet johtuvat paksusuolen pullistumisesta. (Bjålie ym. 2007, 350.)

Ummetuksen syyt voidaan jaotella kahteen suurempaan ryhmään: paksusuolesta riippumattomat syyt ja paksusuoliperäiset syyt, joihin kuuluu muita riskitekijöitä ja syitä. (Arkkila 2002, 1786; Höckerstedt ym. 2000, 47.) (Taulukko 2). Ummetuksen syynä on useimmiten paksusuolen liikkeiden hidastuminen. Tämä on yleistä iäkkäillä ihmisillä. Myös psyykkiset syyt voivat hidastaa paksusuolen liikkeitä, samoin pitkään jatkunut särkylääkkeiden käyttö. (Arkkila 2002, 1785.)

Ummetuksen hoidossa on tärkeää poistaa ummetuksen aiheuttaja. Esimerkiksi sairaanhoitaja tai lääkäri voivat kehottaa potilasta lisäämään ruokavalioon kuitupitoista ruokaa, koska paksusuolen täyttyminen stimuloi suolen liikkeitä ja lievittää siten ummetusta. Tähän perustuu kuitupitoisen ravinnon ummetusta ehkäisevä vaikutus. Potilaan on tärkeää lisätä päivittäistä nesteen saantia (1,5-2 litraa vuorokaudessa). Myös liikunnan lisääminen voi parantaa ummetusta. Ummetuksen hoidossa valtaosa potilaista toipuu ummetuksesta konservatiivisilla menetelmillä. Mutta jos nämä menetelmät eivät auta, tarvitaan suolen toimintaa parantavia lääkkeitä. (Arkkila 2002, 1787; Höckerstedt ym. 2000, 48.)

Suolen toimintaa parantavia lääkkeitä (laksatiivit) voidaan jakaa vaikutusmekanisminsa mukaan neljään ryhmään. *Bulkkilaksatiivit* sitovat nestettä suoleen ja lisäävät ulostemassaa (Esimerkiksi: Agiocur®, Agiolax®, ViSiblin®). *Osmoottiset laksatiivit* lisäävät ulostemassaan nestemäärää ja suoli tyhjenee spontaanisesti. Ne eivät ole tarkoitettu säännölliseen käyttöön (Esimerkiksi: Duphalac®, Lactulos®, Levolac®, Pegorion®). *Suolta stimuloivat aineet* pilkkoutuvat paksusuolessa suolistobakteerin ansiosta aktiivisiksi paksusuolta stimuloiviksi aineiksi. Ne vaikuttavat yleensä 6-10 tunnin kukuttua. (Esimerkiksi: Expep®, Pursennid®, ExLax®, Metalax®, Toilax®, Laxoberon®). Neljään ryhmään kuuluvat muut lääkkeet kuten ulostetta pehmentävät peräruiskeet (Esimerkiksi: Klyx®, Microlax®), suoliston huuhteluun tai sen tyhjentämiseen tarkoitetut valmisteet (Esimerkiksi: Colonsteril®, Moviprep®, Endofalk®). (Arkkila 2002, 1787; Höckerstedt ym. 2000, 48; Nurminen 2011, 271)

TAULUKKO 2. Ummetuksen syyt

Paksusuolesta riippumattomat syyt	**Ulkoiset tekijät** (vähäinen kuitujen käyttö, liikunnan puute).
	Lääkkeet (opiaatit, diureetit, masennuslääkkeet jne.)
	Sairaudet (anorektumin sairaudet, endokriiniset sairaudet, neurologiset sairaudet ja muut).
	Psyykkiset syyt (depressio, psykoosit ja muut).
Paksusuoliperäiset syyt	**Rakenteelliset syyt** (kasvaimet, ahtaumat, intusseptio jne.)
	Toiminnalliset syyt (ärtyvän suolen oireyhtymä, hidastunut suolen läpikulkuaika jne).

3.6 Ulosteinkontinenssi

Rektumprolapsin seurauksena potilailla voi esiintyä ulosteinkontinenssi. Se voi johtua lantiopohjalihasten heikkoudesta tai hermostuksen vauriosta. (Keighley & Williams 1999, 800; Gordon & Nivatvongs 2007, 418-419).

Ulosteinkontinenssin esiintyvyys väestössä on keskimäärin 2-3 %. Tampereella tehdyn selvityksen mukaan (Aitola, Lehto, Fonsell & Huhtala 2010, 687-691) jopa 5 % lla suomalaisilla on 2-3 kertaa ulosteinkontinenssin oireita kuukaudessa. Monille henkilölle ulosteinkontinenssi aiheuttaa häpeää ja ihmiset eivät voi suoraan puhua ongelmistaan. Inkontinenssi huonontaa elämänlaatua jopa enemmän kuin monet krooniset sairaudet. (Aitola & Luukkonen 2009, 215.)

Bemelman ja muut (2001, 69) (Liite 1) omassa tutkimuksessaan toteavat, että ulosteinkontinenssi vaikeuttaa huomattavasti normaalia elämää ja sosiaalista kanssakäymistä. Ulosteinkontinenssi saattaa aiheuttaa suurta epämukavuutta, häpeää, itsetunnon ja minäkuvan menetystä sekä sosiaalista eristäytyneisyyttä. Ulosteinkontinenssi heikensi eniten vapa-aikaa ja lomanviettoa, sen jälkeen kodinhoitoa ja harrastuksia. Sekä terveet että sairaat koehenkilöt pitivät ulosteinkontinenssia verrattain merkittävänä elämänlaadun heikentäjänä. (Bemelman, Buyze-Westerweel, Delemarre, Rothbarth, Stiggelbout & Zwinderman 2001, 68-69.)

Ulosteinkontinenssin aste vaihtelee huomattavasti prolapsin asteen mukaan. Syynä on prolapsin aiheuttama sisemmän sulkijalihaksen venyttäminen, joka pahentaa inkontinenssia. Ulomman sulkijalihaksen venyttäminen pahentaa inkontinenssia. (Höckerstedt ym. 2000, 415.)

Ensisijainen vaiva rektumprolapsissa on itse peräsuolen esiinluiskahdus. Vaikka ulosteinkontinenssi ilmestyy 50-80%: llä potilaista, se on potilaille pienempi ongelma kuin peräsuolen työntyminen ulos. Peräaukon iholla voidaan nähdä tuhrimisen tai ihoärsytyksen merkkejä inkontinenssin seurauksena, ja jos anaalikanavaa venytetään, se voi olla varsin laaja. (Keighley & Williams 1999, 801.)

Tavallisesti ulosteinkontinenssi parantuu rektumprolapsen korjaavan leikkauksen jälkeen. On todettu, että leikkauksen tavoitteena ei ole pelkästään prolaboituneen suolen

korjaaminen, vaan normaalin ulosteinkontinenssin palauttaminen. (ks. luku 3.7) (Keighley & Williams 1999, 796.) Laparosokoppisen kirurgian avulla melkein 80 %: llä potilaista, joilla on peräsuolen esiinluiskahdus ja siitä seurauksena oleva ulosteinkontinenssi, suolen normaali toiminta palautuu (Kellokumpu 2009, 207).

3.7 Rektumprolapsin hoito

Aikuisilla totaalinen rektumprolapsi ei koskaan korjaannu spontaanisti, mutta se voi ilmaantua vain satunnaisesti ja olla vähäoireinen (Höckerstedt ym. 2000, 414; Ahonen, Alanko, Lehtonen, Suominen & Ukkola 2001, 161). Rektumprolapsin ensisijainen hoito on leikkaus. Hoidon tarkoituksena on korjata esiinluiskahdus, palauttaa pidätyskyky sekä estää ummetus. (Sivalingam 2008, 375; Gordon & Nivatvongs 2007, 420.) Onnistuneeseen rektumprolapsin korjaukseen liittyy yleensä myös inkontinenssin korjautuminen, mutta ei aina. (Keighley & Williams 1999, 796; Gordon & Nivatvongs 2007, 421-422.)

Lääketieteellisessä kirjallisuudessa on kuvattu enemmän kuin 100 leikkausmenetelmää rektumprolapsin korjaamiseksi. Parasta leikkausmenetelmää on vaikea löytää, koska leikkausmenetelmistä ei ole vielä riittävää näyttöön perustuvaa tietoa. (Kellokumpu 2009, 210; Araújo ym. 2004, 170.) Lääkärin leikkausmenetelmän valittaessa pitää ottaa huomioon kuolleisuus, sairastuvuus, uusiutumisen mahdollisuus leikkauksen jälkeen. Leikkausmenetelmän valinnassa on tärkeää ottaa huomioon myös potilaan yleiskunto. (Keighley & Williams 1999, 805; Kellokumpu 2009, 211; Gordon & Nivatvongs 2007, 421-422; Araújo ym. 2004, 170.) (Liite1.)

Peräsuolen esiinluiskahduksen korjaamiseksi leikkaus voidaan tehdä perineaalisesti (peräaukon kautta) tai transabdominaalisesti (vatsaontelon kautta). Potilaan tapauksesta riippuen joudutaan valitsemaan laparosokoppinen tai avoin tekniikka. Transabdominaalista leikkaustapaa suositellaan enemmän potilaille, jotka ovat hyvässä kunnossa ja perineaalinen tehdään huonokuntoisille potilaille ja vanhuksille. (Kellokumpu 2009, 212; Araújo ym. 2004, 170.) Hall, Marcello, Read, Ricciardi, Roberts, Russel, & Schoetz (2012) tuoreessa laajassa tutkimuksessaan osoittivat, että suurin riski saada komplikaatioita rektumprolapsia korjaavan leikkauksen jälkeen on potilailla, joiden ASA luokitus

on 4 (potilaalla on vakava huonossa tasapainossa oleva yleissairaus) ja painoindeksi (BMI > 25). (Liite 1).

Nykyään on kehittynyt paljon laparoskooppinen kirurgia eli vatsaontelon alueen tähystyskirurgia. Suolistoleikkauksissa sitä käytetään nykyään eniten. Vasta-aiheita laparoskooppiselle leikkaukselle on vaikea keuhkosairaus, sydämen vajaatoiminta ja munuaissairaudet. (Kellokumpu 2002, 805).

Transabdominaaliset leikkaukset ovat prolapsin pysyvän korjautumisen suhteen varmempia kuin perineaaliset leikkaukset. Transabdominaalisiin leikkauksiin liittyy seurannassa 5-10 % uusiutumistaipumus, perineaalisissa toimenpiteissä uusiutumisriski on selvästi korkeampi (25-30 %). (Keighley & Williams 1999, 806; Kellokumpu 2009, 207.)

Perineaaliseen eli peräaukon kautta tehtävään leikkausmenetelmään liittyy usein pitkä toipuminen leikkauksesta ja sen leikkaustuloksia pidetään huonompina kuin laparoskooppisesti tehdyn transabdominaalisen leikkauksen jälkeen (Kellokumpu 2009, 212). Laparoskooppisen leikkauksen jälkeen kudosvauriot ovat vähäisiä mikä vaikuttaa potilaan elimistön puolustuskyvyn parempaan tehoon. Tämän vuoksi leikkauksen jälkeisten infektioiden ilmaantuvuus vähenee. (Kellokumpu 2012, 1467.) Laparotomiaan verrattuna laparoskooppisella rektopeksialla on enemmän etuja. Sen tekeminen aiheuttaa vähemmän kipua, sekä postoperatiivinen toipuminen on nopeampaa. (Gordon & Nivatvongs 2007, 423.)

Jokaisella leikkausmenetelmällä on sekä etuja että haittoja. Monia leikkusmenetelmiä käyttävät vain niiden keksijät. (Gordon & Nivatvongs 2007, 422.) Nykyään peräsuolen esiinluiskahduksen korjaamiseksi käytetään eniten transabdominaalista leikkausmenetelmää eli rektopeksiaa, jolla peräsuoli kiinnitetään uudelleen ja korjataan rektumprolapsi. Useimmiten leikkaus tehdään laparoskooppisesti. Samalla leikkauksella korjataan myös mahdollinen gynekologinen prolapsi. (Kellokumpu 2009, 210-2011.) Tutkimuksen mukaan (Sivalingam 2008, 378) (Liite 1) kuolleisuus laparoskooppisen rektopeksian jälkeen vaihtelee 0% - 3% välillä, sekä sairauden uusiutuminen esiintyy 0-10%:lla potilaista.

Omassa tutkimuksessaan Kairaluoma ja muut (2003) (Liite1) myös osoittivat, että laparoskooppinen leikkaustapa rektumprolapsin korjaamisessa on tehokkaampi kuin avoimia menetelmiä. Tutkimuksen mukaan laparoskooppisten leikkausten etuina on pieni leikkauksenjälkeinen kipu, vähäinen leikkauksenaikainen verenvuoto, nopea suolen mobilisointi eli suolen normaalin toiminnan palaaminen, vähäinen kuolleisuus leikkauksen jälkeen. Laparoskooppisten leikkausten haittapuolina on pidempi leikkausaika ja suurempi kustannus. (Kellokumpu 2002, 805; Kairaluoma 2003, 354-357.)

Kaikki nämä tutkimukset osoittavat, että laparoskooppinen leikkaustapa on tehokkaampi kuin avoin. (Sivalingam 2008, 378; Kellokumpu 2002, 805; Kairaluoma 2003, 354-357; Keighley & Williams 1999, 805; Gordon & Nivatvongs 2007, 423).

3.7.1 Valmistelu leikkaukseen ja leikkauksenjälkeinen hoito

Preoperatiivinen valmistelu peräsuoleen kohdistuviin leikkauksiin on yksinkertainen ja voi olla minimaalinen. Monet potilaat, joille on suunniteltu peräsuolileikkaus, voivat tulla sairaalaan leikkauspäivän aamulla. Mutta jos potilaana on iäkäs ihminen, hän voi tulla sairaalaan leikkauksen edeltävänä päivänä. (Schouten & Gordon 2006, 112.)

Monet anorektaaliset leikkkaukset eivät vaadi peräaukon ympärillä olevien karvojen ajaamista. Karvojen ajaminen voi aiheuttaa tulehdusta ja tuoda potilaille epämiellyttävän olon toipumisen aikana. (Schouten & Gordon 2006, 112.) Schoutenen ja Gordonin (2006, 112) mukaan antibioottiprofylaksiaa ennen leikkausta tarvitsevat vain ne potilaat, joilla elimistön puolustuskyky on jostain syystä heikentynyt.

Leikkauksen edeltävänä päivänä potilaat saavat syödä normaalisti. Leikkauspäivänä aamulla potilaille laitetaan peräruiske tai annetaan suolta tyhjentävää lääkettä. Suomessa eniten käytetään Colonsteril® ja Moviprep® (suolihuuhteluun tarkoitetut lääkkeet). (Rantala & Salminen 2010, 257.)

Postoperatiivinen hoito rektopeksian jälkeen on samanlainen kuin jonkun muun laporoskooppisesti tehdyn leikkauksen jälkeen: haavaa saa suihkuttaa ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, muttei hangata, liikkeelle saa lähteä jo leikkauspäivänä. Vatsa leik-

kauksen jälkeen voi olla vähän turvoksissa. Ompeleet poistetaan lääkärin ohjeiden mukaan. (Gordon & Nivatvongs 2007, 419; Iivanainen & Syväoja 2008, 515.)

Potilaat, joilla peräsuolen esiinluiskahdus on korjattu, tarvitsevat leikkauksen jälkeen laksatiivisia tuotteita sekä kuitupitoista ruokavaliota suolen toiminnan ylläpitämiseksi, koska yksi rektopeksian komplikaatioista on ummetus. (Cera & Wexner 2004, 1; Höckerstedt ym. 2000, 423.) Ummetukseen hoitoon käytettäviä lääkkeitä käsittelin luvussa 3.5.

Nykyään kolorektaalisen leikkauksen jälkeen yhä enemmän käytetään nopeutettua hoidon mallia. Basse ja muut (2002) (liite 1) ovat osoittaneet omassa tutkimuksessaan että multimodaalisen eli nopeutetun hoitomallin käyttö rektopeksian jälkeen (Taulukko 3) on tehokas tapa vähentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja kokonaishoitokustannuksia.

Kellokummun (2012, 1465) mukaan nopeutetun (fast track) hoitomallin edellytyksenä on motivoitunut hoitohenkilökunta ja potilas. Fast track- hoitomallin olennainen osa on potilaan ohjaus. Sen tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa toimenpiteestä ja leikkauksenjälkeisestä hoidosta. On tärkeää selittää potilaalle nopeutetun hoidon tavoitteita ja menetelmiä. Hyvä suullinen ja kirjallinen ohjeistus motivoivat potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa ennen ja jälkeen leikkausta. Asianmukainen ohjaus poistaa turhaa pelkoa ja ahdistuneisuutta ennen leikkausta. (Kellokumpu 2012, 1456.) Minun tekemääni potilasopasta hoitajat voivat käyttää leikkausta edeltävässä ohjauksessa.

Nopeutetun hoitomallin mukaan suolityhjennystä ja paastoa tulee välttää. Mutta peräsuolen leikkauksessa suolentyhjennystä pidetään kuitenkin tarpeellisena. Tavallisesti leikkausta edeltävänä iltana potilas juo kotona Colonsteril® annetun ohjeen mukaan. Sairaalassa potilaalle voidaan laittaa peräruiske. (Kellokumpu 2012, 1466; Basse ym. 2002, 196; Heiskanen, Hinkkanen, Holmstedt, Hönninen, Kuorelahti, Kultti, Uusipaasto & Virtanen 2011, 27.)

Peräsuolileikkauksen edeltävänä päivänä potilas saa juoda kirkkaita nesteitä, esimerkiksi: liemet, mehut, tee, kahvi, vesi. Leikkauspäivän aamulla potilaalle annetaan energiajuomat esimerkiksi hiilihydraattijuoma. (Heiskanen ym. 2011, 27; Basse ym. 2002, 196.)

Hyvä leikkauksenjälkeinen kivunhoito nopeuttaa potilaan toipumista ja vähentää leikkauksenjälkeistä stressireaktioita, joka voi estää potilaan varhaista mobilisaatiota. Kivun hoitoa toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Eniten käytettyjä menetelmiä kivun hoidossa kolorektaalileikkausten jälkeen ovat epiduraalinen kivunhoito ja kipulääkkeiden itseannostelu. Epiduraalilääkehoitoa lopetetaan tavallisesti toisena postoperatiivisena päivänä ja sitten siirrytään suun kautta otettaviin kipulääkkeisiin. (Heiskanen ym. 2011, 26; Basse ym. 2002, 196; Kellokumpu 2012, 1468.)

Postoperatiivisessa kivunhoidossa pitää ottaa huomioon myös muut kipua lievittävät hoitotyön menetelmät. Sairaanhoitajat voivat neuvoa ja ohjeista potilasta sängystä nousussa kyljen kautta. Myös asentohoito on osoitettu hyödylliseksi kivun hoidossa. (Kellokumpu 2012, 1468.)

Varhainen ravitsemus ja paaston välttäminen edistävät suolen toipumista ja ehkäisevät leikkauksenjälkeistä väsymystä. Tavallisesti potilas saa nauttia ruokaa jo ensimmäisenä leikkauksenjälkeisenä päivänä. Ravitsemus aloitetaan nesteillä ja toisena leikkauksenjälkeisenä päivänä siirrytään kiinteään ruokaan. Ravitsemuksen tueksi usein otetaan erilaisia lisäravinteita, esimerkiksi proteiinijuomia. Leikkauksenjälkeinen pahoinvointi ja väsymys saattavat estää ravitsemuksen aloittamista, siksi jälleen kerran hyvä kivunhoito on erityisen tärkeä. (Heiskanen ym. 2011, 28; Basse ym. 2002, 197; Kellokumpu 2012, 1468.)

Kolorektaalisen leikkauksen jälkeen on tärkeää estää suolilamaa. Siihen pyritään valitsemalla vähemmän traumaattinen leikkaustapa. Myös vahvempien opioidien käyttö voi aiheuttaa suolen toiminnan hidastumista. Rektopeksia- leikkauksen jälkeen ummetuksen hoitoon voidaan käyttää erilaisia laksatiiveja. (Heiskanen ym. 2011, 29; Kellokumpu 2012, 1467.) Basse ja muut (2002, 197) omassa tutkimuksessaan osoittivat että peräsuolen prolapsia korjaavan leikkauksen jälkeen enemmän kuin 60 %:llä potilaista suolen toiminta palautui ensimmäisenä ja toisena postoperatiivisina päivinä.

Varhainen leikkauksenjälkeinen liikkuminen parantaa hengitystoimintaa, lihastoimintoja. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilaan pitää lähteä liikkeelle. Tässä hoitajan rooli on tärkeä. Hän tukee potilasta ja varmistaa, että potilas pystyy liikkumaan riittävästi. Tällöin tukena voidaan käyttää lisäkipulääkkeitä. Hoitajan pitää korostaa

potilaalle, että varhainen liikkuminen edistää toipumista ja ehkäisee keuhko- ja tromboemboliaa. (Heiskanen ym. 2011, 29; Basse ym. 2002, 197; Kellokumpu 2012, 1468.)

TAULUKKO 3. Rektopeksian jälkeinen hoito nopeutetun Fast track- hoitomallin mukaan

Leikkausta edeltävä päivä	Leikkausta edeltävä potilasohjaus (voi olla aikaisemmin) Suolen tyhjennyksen aloittaminen Kirkkaita nesteitä klo 12 jälkeen
Leikkauspäivä	**Ennen leikkausta:**
	Suolen tyhjennys jatkuu Osastolle tulo Tarvittaessa peräruiske Täydennysravinnejuoma 2 tuntia ennen leikkausta
	Leikkauksen jälkeen:
	Varhainen liikkeellelähtö Epiduraalikivunhoito Nesteitä suun kautta
Ensimmäinen postoperatiivinen päivä	Liikkeellä 8 tuntia Mahd. kestokatetri otetaan pois Epiduraalikivunhoito Nestemäinen ruoka
Toinen postoperatiivinen päivä	Epiduraalikatetri pois Suun kautta otettavan kipulääkityksen aloittaminen Tavallinen ruoka Normaali liikkuminen

Nopeutettu hoitomalli suolistokirurgiassa on hyvä keino lyhentää sairaalassaoloaikoja ja sillä tavalla vähentää hoitokustannuksia. Fast track- hoitomallin käyttö pienentää potilaan leikkauksenjälkeistä sairastuvuutta. Tämän hoitomallin käyttö ei vaaranna potilaan turvallisuutta, jos hoitoa toteuttavat hoitotyön ammattilaiset. (Kellokumpu 2012, 1470.)

3.8 Kirurginen potilas

Kirurginen sairaus vaikuttaa potilaan jokapäiväiseen elämään ja elintoimintoihin. Leikkaus on potilaan fyysiseen koskemattomuuteen puuttuva toimenpide, joka voi saada potilaan tuntemaan, että hän menettää osan perusoikeuksistaan. On lisäksi muistettava, että kaikki potilaat pelkäävät edessä olevaa leikkausta. Tämän vuoksi potilaan perusteellinen informointi on erinomaisen tärkeä. Potilaalle on annettava tietoa sairaudesta, sen hoidosta sekä hoitojen vaihtoehdoista. Myös leikkauksen jälkeisestä toipumisesta ja siitä, miten leikkaus voi vaikuttaa elämään on hyvä kertoa potilaalle ennen toimenpidettä. (Ahonen ym. 2001, 61).
Leikkauksen jälkeen potilas joutuu uuteen tilanteeseen. Esimerkiksi ensimmäisinä postoperatiivisina päivinä liikkumiseen tai istumiseen voi tulla rajoituksia. Kaikista leikkaushoidon mahdollisista seurauksista on annettava riittävä tieto jo ennen hoitopäätöksen tekoa. (Ahonen ym. 2001, 62.)

3.9 Potilasohjaus

Potilasohjaus on oleellinen ja keskeinen potilashoidon osa-alue. Se on hyvin tärkeä osa potilaan kokonaishoitoa. Sen tavoitteena on tukea potilasta selviytymään sairautensa kanssa ja auttaa häntä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Onnistunut potilasohjaus voi jopa vähentää potilaiden sairaalakäyntejä, sekä lyhentää toipumisaikoja. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.) Hyvällä ohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia sairauteen ja sen ymmärrykseen (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1).

Sairaanhoitajan työnkuvaan on aina kuulunut potilaan ohjaaminen. Hoitajilla on parhaat mahdollisuudet ohjata potilaita, sillä he ovat ajallisesti eniten tekemisissä heidän kanssaan. Sairastuessaan potilaat saavat tietoa monilta eri asiantuntijoilta. Kuitenkin hoitajalla on kokonaisvastuu potilasohjauksen koordinoinnista ja toteuttamisesta. (Torkkola ym. 2002, 30.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavat monet tekijät. Osa niistä voi edistää potilaan ohjaamista ja auttaa potilasta ohjauksen ymmärtämisessä. Hoitohenkilökunnan asiantuntijuus, ohjaustilanteen ympäristö ja ajankohta vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. (Torkkola ym. 2002, 30)

Onnistunut potilasohjaus lähtee hoitajan kyvystä ottaa neuvonnan ohjat käsiinsä. Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Suunnittelu alkaa aina potilaan tarpeista ja tavoitteiden asettamisesta. Ohjaustilanteessa hoitaja luo edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle. Hänen tulee kuunnella ja havainnoida potilasta. Jännittyneisyys, ahdistus ja kiinnostuksen puute voivat estää ohjeiden omaksumista. Ohjauksella pyritään tukemaan potilasta luottamaan omiin kykyihinsä ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas osaa soveltaa saamiaan tietoja sairaudesta hoitoon. Ohjaus on onnistunut, kun potilas on saanut tarvitsemansa tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten. (Torkkola 2001, 28.)

3.10 Kirjallinen potilasohjaus

Nykyään hoitomenetelmien kehittymisen ansiosta potilaiden sairaalahoitojaksot ovat lyhentyneet huomattavasti. Hoitohenkilökunnalla on entistä vähemmän aikaa potilaiden ohjaukseen. Kirjallisten ohjeiden ja oppaiden käyttäminen on lisääntynyt. Potilasoppaat ovat tärkeä osaa potilasohjausta, jotta potilaan saavat tarvitsemansa tietoa sairauksista ja niiden hoidosta ennen hoitojaksoa sekä sen jälkeen. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Olennaista kirjallisissa potilasohjeissa on se, että niissä huomioidaan ja tuetaan potilaan itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista § 5-6). Ohjeiden ensisijainen tavoite on vastata potilaan kysymyksiin terveyteen liittyvistä asioista. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Lukijan tulee kyetä lukemaan ja ymmärtämään oppaan antama viesti helposti ja nopeasti. Opaslehtisessä tulisi olla loogisesti etenevä tapahtumaketju. Oppaan sisällöllisen kokonaisuuden tulisi olla yhdenmukainen. Johdonmukaisuus tarkoittaa myös yhtenäistä tyyliä oppaan visuaalisessa sisällössä olematta kuitenkin tylsä. (Parker 1998, 6-11.)

Kirjallisten ja suullisten ohjeiden voidaan katsoa tukevan toisiaan. Yleisesti kirjoitettua ohjetta voidaan täydentää ohjattavan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Henkilökohtaisessa ohjauksessa potilaalla on mahdollisuus kysyä välittömästi, jos jokin asia on hänelle epäselvä. (Torkkola ym. 2002, 31.) Yksi opinnäytetyöni tavoitteista oli helpottaa hoitotyöntekijöiden toimintaa ohjaustilanteessa opaslehtisen avulla. Hoitohenkilökunta voi

käyttää minun tekemääni opasta potilaan ohjauksessa. Sanonta, ”hyvin suunniteltu on puoliksi tehty”, pätee myös potilasohjaukseen. Rektumprolapsi ja sen hoito- opas voi olla myös avuksi ohjauksen suunnittelussa.

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tekijä voi yhdistää teorian tietoa, käytäntöä ja tutkivaa otetta työssään. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla tuotos, joka on alasta riippuen esimerkiksi ammatillisen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus. Se voi olla oppaana jonkin tapahtuman toteuttamiseen tai järjestämiseen. Erilaisia toteutustapoja voi olla kohderyhmien mukaan monenlaisia: kirja, kansi, vihko, opas, cd-rom, portfolio, kotisivut, näyttely tai tapahtuma. (Vilkka & Airaksinen 2004, 6.)

Ammattikorkeakoulutuksen tavoitteena on että valmistuttuaan opiskelija on alansa asiantuntija ja taitaa siihen liittyvän kehittämisen ja tutkimuksen perusteet (Ammattikorkeakoululaki § 4). Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä opiskelijan on osoitettava omaa asiantuntemustaan, teoreettisen tiedon hallitsemista ja sen yhdistämistä. Opiskelijan suhtautuminen tekemiseen ja kirjoittamiseen pitää olla sekä pohtivaa että kriittistä. (Vilkka & Airaksinen 2004, 7.)

Opinnäytetyöstäni syntyy kirjallinen opas, joka tulee käyttöön työelämätaholleni. Opasta hyödyntämällä hoitotyöntekijät saavat hyvän yhdenmukaisen ja hoidon jatkuvuutta tukevan apuvälineen ohjaustilanteisiin. Potilaat saavat oppaasta tarvitsemaansa tietoa rektumprolapsista ja sen hoidosta. Olen valinnut opinnäytetyöni menetelmäksi toiminnallisen opinnäytetyön koska tämä lähestymistapa soveltuu mielestäni parhaiten työni aiheeseen eli kirjallisen oppaan tekemiseen. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen on antoisa prosessi ja saan hyödyntää saamani tietoa työelämässä. Mielestäni toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä yhdistyy ammatillinen tieto, teoria ja käytäntö, mitä on tärkeää oppimisen näkökulmasta.

Potilaan kannalta kirjallisen materiaalin eli oppaan vahvuus on siinä, että siihen voi palata uudelleen, silloin kun jokin kysymys tulee mieleen rektumprolapsin hoidon jälkeen. Oppaan avulla potilaat voivat kerrata ja palauttaa mieleen hoitoon liittyvät periaatteet.

Myös potilaan sosiaaliselle verkostolle potilasopas rektumprolapsista voi olla hyödyllinen.

Opas rektumprolapsista ja sen hoidosta perustuu aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Oppaan kohderyhmänä tulee olemaan potilaat ja heidän omaiset sekä hoitohenkilökunta.

4.2 Tuotoksen sisältö

Parkerin (1998, 4) mukaan ennen uuden projektin aloittamista tulee tekijän kysyä itseltään: Kenelle opas tarkoitettu? Mitä tietoa halutaan välittää oppaan avulla? (Parker 1998, 4.)

Tuotoksen sisällön pitäisi vastata kysymyksiin mitä, miten, miksi ja milloin. Lisäksi hyvästä ohjeesta tulisi käydä ilmi, kenelle se on suunnattu, mikä ohjeen tarkoitus on ja mistä internetosoitteesta, paikasta tai puhelinnumerosta saa tarvittaessa lisätietoja. On tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että lukija ymmärtää ohjauksen sanoman ja sen yhteyden omaan tilanteeseensa. (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2005, 219; Torkkola ym. 2002, 43.)

Kirjallisessa ohjausmateriaalissa tulisi kertoa, miten lukijan tulisi toimia, jotta hän onnistuisi saavuttamaan tavoitteensa ja miten hän voi seurata hoitojen onnistumista. Hyvin tehdyissä ohjeissa tulisi myös tuoda esille esimerkkejä, joilla pyritään selkeyttämään lukijallle opettavaa asiaa. (Salanterä ym. 2005, 223.)

Hyvässä ohjeessa tulisi käsitellä lukijan erilaisia selviytymistapoja kuten esimerkiksi tiedollinen, toiminnallinen, sosiaaliyhteisöllinen. Tiedollista selkeyttä edesauttavat sairauden ja hoitojen kuvaaminen. Toiminnallista selviytymistä tukee hoidon jälkeisestä liikkumisesta ja apuvälineistä kertominen. Sosiaaliyhteisöllistä selviytymistä helpottaa se, että kirjallisessa oppaassa huomioidaan omaisia ja kerrotaan heille tarkoitetusta avusta ja tuesta. (Salanterä ym. 2005, 218, 222.)

Tuotokseni eli ”Rektumprolapsi ja sen hoito- opaslehtinen” vastaa kysymyksiin, mitä tarkoittaa peräsuolen esiinluiskahdus, mitkä ovat rektumprolapsin oireet, miten rektumprolapsia hoidetaan. Opaslehtisessä käsittelyistä aiheista on kerrottu oleelliset asiat lyhyesti ja ytimekkäästi. Olen yrittänyt käyttää Rektumprolapsi ja sen hoito- opaslehtisessä lyhyitä ja tunnettuja sanoja ja lyhyitä ja yksinkertaisia lauseita. Sisältö etenee mielestäni mahdollisimman loogisessa järjestyksessä. Olen yrittänyt välttää vierasperäisiä hoitotyön ja lääketieteen ammattisanastoja.

4.3 Tuotoksen ulkoasu

Jotta lukijan on helppo ymmärtää ja omaksua lukemansa, tulee kirjoitetun tekstin olla ulkoasultaan selkeää ja helppolukuista. Projektin tarkoitus pitää pystyä määrittämään ja viesti ymmärtämään, jotta saadaan aikaan tehokasta ja hyvännäköistä painettua viestintää. (Parker 1998, 34.)

Kirjasinkoon tulee olla sopivassa suhteessa viestin tärkeyteen. Ohjeessa tulisi olla selkeästi luettava kirjasintyyppi ja kirjasinkoko olisi hyvä olla 12 tai suurempi. Kirjoittajan pitää pyrkiä kiinnittämään lukijan huomio viestiin sopivan kirjasinkoon ja tarpeeksi suuren tyhjän tilan avulla. Lisäksi kappale jaon tulee olla selkeä, kirjainten pääasiassa pieniä sekä otsikoiden selviä ja tiedottavia. (Parker 1998, 35; Salanterä ym. 2005, 219, 223.)

Kirjallisen oppaan ulkoasuun liittyviä ominaisuuksia ovat mm. siisti ja värikäs painoasu että selkeä ja virheetön teksti. Hyvässä ohjeessa on korostettu ja painotettu oleellisimpia ja tärkeimpiä sanoja ja termejä. Tulisi myös käyttää kuvioita ja taulukoita, jotka selventävät lukijalle ohjeen sisältöä ja ovat visuaalisesti selkeitä. (Salanterä ym. 2005, 223.)

Oikeanlainen tekstin ja kuvan asettelu eli taitto, on hyvä ohjeen perusta. Kun taitto on tehty huolellisesti, se parantaa tekstin ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukijaa lukemaan ohjeen loppuun saakka. Oppaassa tyhjää tilaa ei tarvitse välttää. Täyteen ahdettu opas heikentää sen ymmärrettävyyttä. On tärkeää, että asiat ilmaistaan lyhyesti, ytimekkäästi, täsmällisesti ja jopa luettelomaisesti, jotta tärkeät asiat tulisivat hyvin ilmi ohjeesta. (Torkkola ym. 2002, 25.)

Tuotosta tehdessäni, minulla oli koko ajan mielessä kohderyhmä kenelle ohje tulee. Kairaluoman ja Kellokumpun mukaan (2009, 207) 80-90% rektumprolapsipotilaista on yli 50- vuotiaita naisia. Halusin tehdä heille ulkoasultaan helposti lähestyttävän, houkuttelevan sekä silmiä miellyttävän ohjeen. Sen sisällön tavoitteena oli tehdä mahdollisimman helppolukuinen, yleiskielinen sekä samalla selkeä opaslehtinen rektumprolapsista ja sen hoidosta.

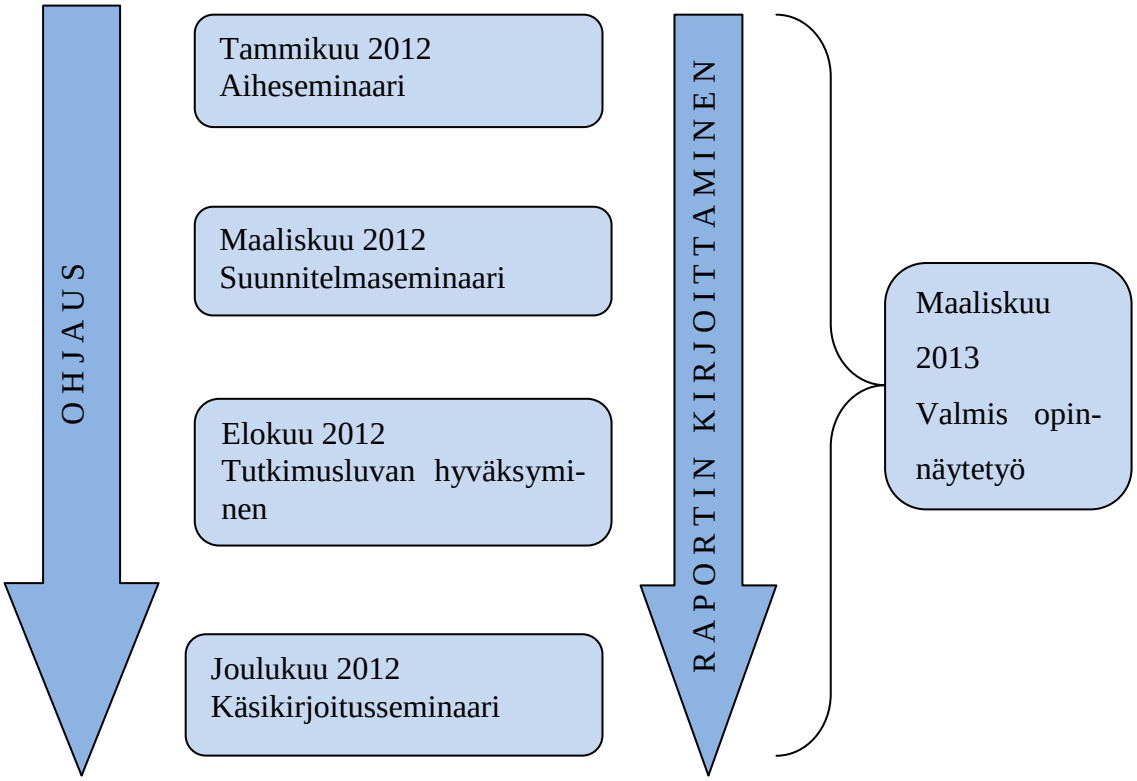
Tein opinnäytetyöni tuotoksen eli Rektumprolapsi ja sen hoito- ohjeen paperiversiona, jolloin oppaan tietoa on helppo jakaa potilaille. Opaslehtinen on vihkomuotoinen, sen sivut ovat A5-paperiarkin kokoisia ja pituus on 2 sivua. Opaslehtinen tullaan julkaisemaan myös sähköisenä versiona, jolloin sitä voidaan päivittää. Käytin opaslehtisessä kirjasintyyppiä Book Antiqua ja kirjasinkokoa 12. Oppaan kappalejako on mahdollisimman selkeä ja otsikot ymmärrettäviä ja informatiivisia. Otsikoiksi käytin kysymyksiä, joihin oppaassa annoin vastaukset. Tuotokseni painoasu on mahdollisimman siisti ja vastaa työelämätahoni tyyliin ja toiveeseen. Oppaan teksti mielestäni on selkeää ja virheetöntä.

4.4 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön prosessi on alkanut tammikuussa 2012 aihe-esittelyllä sekä aiheen valinnalla. Valmistauduin pitkään prosessiin, koska Koivulan, Suihkon & Tyrväisen (1999, 6) mukaan opinnäytetyö vaatii huolellista etukäteissuunnittelua, aineiston hankintaa, sen jäsentelyä, analysointia ja raportin kirjoittamista. Opinnäytetyö ei valmistu nopeasti, eikä kerralla, vaan se on kuin talon rakentaminen, jota lähdetään toteuttamaan rakennusvaihe kerrallaan. (Koivula ym. 1999,6.)

Valitsin opinnäytetyön aiheen, koska se kiinnosti minua, sekä siksi, etten ole tiennyt rektumprolapsista aikaisemmin. Maaliskuussa oli ideaseminaari ja työelämäpalaveri, joissa tarkensin aihetta ja aloitin ideoida opinnäytetyöni sisältöä. Toukokuun 2012 aikana tein opinnäytetyöni suunnitelman ja esitin sen suunnitelmaseminaarissa. Suunnitelmaseminaarissa kävin läpi opinnäytetyöni sen hetkisen vaiheen ja kerroin mihin suuntaan opinnäytetyöni on kehittymässä. Suunnitelmaseminaarin jälkeen hain tutkimuslupaa. Elokuussa 2012 tutkimuslupa oli hyväksytty ja syksyllä 2012 työstin opinnäytetyö-

tä ja käsikirjoitusseminaarissa joulukuussa 2012 kerroin jälleen työni vaiheen. Opinnäytetyöni oli valmis maaliskuussa 2013. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Rektumprolapsi ja sen hoito- opinnäytetyön prosessi.

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Luotettavuudesta puhuttaessa tulee tekijän arvioida sen toteutumista jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Näin ollen yksi luotettavuuden kriteeri on tekijä itse, koska hän on viime kädessä se, joka tekee valinnat, ratkaisut ja tulkinnat. Kun tehdään opinnäytetyötä, tulee eettiset periaatteet ottaa huomioon työn alusta asti. Jo opinnäytetyön kohteen valintaan liittyy eritasoisia eettisiä kysymyksiä. Yleisenä lähtökohtana voidaan pitää sitä, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu, se ei saa loukata ketään eikä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. (Eskola & Suoranta 1999, 209, 211; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288.)

Lähdekritiikki on kirjallisuuden valinnassa tarvittavaa harkintaa. Kriittisyyteen on pyrittävä lähteiden valinnassa ja tulkinnassa. Lähteiden valinnassa on kiinnitettävä huomio seuraaviin tekijöihin: kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja alkuperä, lähteen uskottavuus ja julkaisijan tai kustantajan arvovalta sekä puolueettomuus ja todellisuus. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109-110.)

Olen käyttänyt mielestäni tiukkaa lähdekritiikkiä kirjallista materiaalia etsiessäni. Olen tehnyt Rektumprolapsi ja sen hoito- ohjeen käyttäen lähteinä mahdollisimman paljon uutta ja tutkittua tietoa. Lähteeni on julkaistu 2000- luvulla muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Työssä käytetty kirjallisuus ja tutkimukset on mahdollista tarkistaa alkuperäisistä lähteistään. Olen merkinnyt lähteet asianmukaisesti ja tarkasti. Joissakin kohdin olen väistämättä joutunut viittaamaan vanhempaan kirjallisuuteen, mutta tieto ei ole vanhentunutta, eikä siitä löytynyt uudempaa tietoa.

Opinnäytetyöni aiheesta oli vaikeaa löytää suomenkielistä tieteellistä tutkimustietoa. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita suomen kielellä ovat tehneet M. Kairaluoma ja I. Kellokumpu. Kaikki muut tutkimukset on tehty ulkomailla ja ne on julkaistu lääketieteellisissä lehdissä. Luotettavaa kirjallisuutta etsiessäni olen paljon käyttänyt Tampereen yliopiston kirjastoa.

Luotettavuuden kohdalla koin haastavana ja vaikeana asiana kaikkien opinnäytetyön osien kohdalla sen, että on vaikeaa ja hankalaa tietää, kenen tai mikä julkaisu on luotettavin ja mitä tietoa minun pitää kirjoittaa opinnäytetyön raporttiin. Näissä tapauksissa ratkaisunani oli, että käytin tuoreimpaa ja luotettavimpaa lähdettä.

Hyvän oppaan tekeminen muodostui minulle omaksi eettiseksi periaatteeksi, joka johti minua työssäni eteenpäin luotettavan materiaalin ja asianmukaisen tiedon etsimisessä. Oma eettinen periaatteeni mahdollisti hyvän, käytännöllisen ja luotettavan oppaan rektumprolapsista.

5.2 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe kiinnosti minua alusta alkaen. Työprosessin alussa en tiennyt paljon rektumprolapsista ja sen hoidosta ja aihevalinnassa koin aiheen tärkeäksi ja mielekkääksi. Opinnäytetyön tekeminen jatkui tasaisesti alusta loppuun asti ja pysyin suunnittelussa aikataulussa. Alusta alkaen päätin tehdä opinnäytetyön yksin. Ja tämä oli mielestäni hyvä valinta, koska kahden lapsen äitinä tein opinnäytetyötä vain silloin kun perhe-elämä salli. Mutta pyrin käyttämään kaikki vapaat hetket opinnäytetyön kirjoittamiseen ja tiedon etsimiseen.

Opinnäytetyön tekeminen sujui ongelmitta. Tapaamiskertoja opettajan kanssa ei ole ollut paljon, mutta sain opettajalta mielestäni hyviä ohjeita ja ehdotuksia, jotka auttoivat minua opinnäytetyöni tekemisessä. Opinnäytetyöni tekemisen aikana olen ollut yhteydessä työelämäyhteyshenkilön kanssa muutaman kerran, tapasimme työelämäpalaverissa, jossa hän esitti omia ajatuksia ja toiveita opaslehtisen suhteen ja opinnäytetyön prosessin loppupuolella, koska annoin minun tekemäni tuotoksen tarkistettavaksi. Sain työelämäyhteyshenkilöltä hyviä vinkkejä ja lisäyksiä oppaaseen.

Opinnäytetyöni tavoite ja tehtävät pysyivät samanlaisina prosessin alusta. Mielestäni olen hyvin saavuttanut asettamani tavoitteet opinnäytetyön tekemisessä. Koko opinnäytetyöni tekemisen aikana pohdin kenelle opaslehtinen tarkoitettu. Opinnäytetyöni teoreettisessa viitekehyksessä oli paljon muutoksia alkuperäiseen runkoon verrattuna. Tiedon etsimisessä ja kirjallisuuden kartoittaessa tuli paljon minulle uutta tietoa rektumprolapsista, jolloin muutin opinnäytetyöni runkoa muutaman kerran.

Rektumprolapsista ja sen hoidosta oli vaikea löytää suomenkielisiä lähteitä. Opinnäytetyössäni käytin paljon kansanvälisiä lähteitä, joiden etsiminen vaati paljon aikaa. Etsin tietoa ja tutkimuksia kirjoista, lääketieteellisistä lehdistä, oppikirjoista ja Internetistä.

Teoreettisen tiedon pohjalta oli helppo ja nopea tehdä opaslehtinen rektumprolapsista ja sen hoidosta. Tekemäni opas mielestäni vastaa hyvin asetettuihin tavoitteisiin, tehtäviin ja tarkoitukseen.

Olen tyytyväinen opaslehtiseen ja sen tekeminen oli haastava ja antoisa prosessi. Pystyin luomaan luotettavan ja ajan tasalla olevan potilaille tarkoitetun tietopaketin rektumprolapsista ja sen hoidosta. Minua miellyttää se, että minun tekemääni opaslehtistä tullaan käyttää potilaiden hoidossa. Kehittämisehdotuksena on selvittää miten opaslehtinen on ollut avuksi kohderyhmälleen: potilaille ja hoitajille.

LÄHTEET

Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S. & Ukkola, V. 2001. Kirurgia. Porvoo: WSOY

Aitola, P., Lehto, K., Fonsell, R. & Huhtala, H. 2010. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. Colorectal disease. 2010, 12 (7), 687-691.

Alhava, E., Höckerstedt, K., Kivilaakso, E. & Roberts, P. J. 2010. Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ammattikorkeakoululaki 9.5.2003/351.

Araújo, S., E., A., Cotti, G., Habr-Gama, A. Kiss, D. R., Nahas, S. C., Seid, V., E. & Sobrado, C. W. 2004. Surgical treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 59 (4), 168-171.

Arkkila, P. 2002. Kroonisen vaikean ummetuksen diagnostiikka ja hoito. Suomen lääkärilehti 16/2002, 1785-1789.

Basse, L., Billesbølle, P. & Kehlet, H. 2002. Early recovery after abdominal rectopexy with multimodal rehabilitation. Diseases of the colon and rectum 2002, 45 (2), 195-199.

Bemelman, W.A., Buyze-Westerweel, M.E., Delemarre, J.B.V.M., Rothbarth, J., Stiggelbout, A.M. & Zwinderman, A.H. 2001. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? Diseases of the colon and rectum 2001, 44 (1), 67-71.

Billingham, R., Evetts, B.K., Isler, J. & Kimmins, M.H. 2001. The altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. Diseases of the colon and rectum 2001, 44(4), 564-570.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K.C. 2007. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö.

Cera, S. M. & Wexner, S. D. 2004. Prosedures for rectal prolapse. ACS Surgery: Principles and practice 36, 1-8.

Essen, A., Gooszen, H.G., Janssen, L.W.M., Kruif, C.M. & Silvis, R. 1999. Abdominal rectivaginopexy. Diseases of the colon and rectum 1999, 42 (1), 82-87.

Fazio, V.W., Hool, G.R. & Hull, T.L. 1997. Surgical treatment of recurrent complete rectal prolapse. Diseases of the colon and rectum 1997, 40(3), 270-272.

Gordon, P. H. & Nivatvongs, S. 2007. Principles and practice of surgery of the colon, rectum and anus. Third edition. New York: Informa health care.

Hall, J., Marcello, P., Read, T., Ricciardi, R., Roberts, P., Russel, M. & Schoetz, D. 2012. Complications after rctal prolapse surgery: does approach matter? Diseases of the colon and rectum 2012, 55 (4), 450-458.

Heiskanen, M., Hinkkanen, S-M., Holmstedt, A., Hönninen, H., Kuorelahti, R., Kultti, V., Uusipaasto, K. & Virtanen, A-M. 2011. Fast track –hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla 22. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. 2000. Gastroenterologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirja. Helsinki: Tammi.

Kairaluoma, M. & Kellokumpu, I. 2005. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scandilavian Journal of Surgery 94, 207-210.

Kairaluoma, M.V., Kellokumpu, I.H. & Viljakka, M,T. 2001. Open vs. laparoscopic surgery for rectal Prolapse. Diseases of the colon and rectum 2003, 46 (3), 353-360.

Kamiyama, G., Kusano, M., Tsunoda, A., Yasuda, N. & Yokoyama, N. 2003. Delorme's procedure for rectal prolapse. Diseases of the colon and rectum 2003, 46 (9), 1261-1265.

Keighley, M. R. B. & Williams, N. S. 1999. Surgery of the anus, rectum and colon. London: Saunders.

Kellokumppu, I. 2002. Laparoskooppinen suolistokirurgia. Aikakauskirja Duodecim 2002 118 (8), 805-811.

Kellokumpu, I. 2009. Rektumprolapsin kirurginen hoito. Aikakauskirja Duodecim 2009 125 (2), 207-214.

Kellokumpu, I. 2012. Nopeutetun hoidon malli – kolorektaalikirurgian toinen vallankumous. Aikakauskirja Duodecim 2012, 128 (14), 1465-1470.

Knast, W., Markocka-Maczka, K., Strutynska-Karpinska, M. & Szelachowski, P. 2003. Transabdominal rectopexy in the treatment of the prolapse of the rectum. Advances in Clinical and Experimental Medicine 2003, 12, 543-547.

Kiilholma, P & Nieminen, K. 2009. Gynekologiset laskeumat. Aikakauskirja Duodecim 2009, 125 (2), 199–206.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhon soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. Oulu: Oulun yliopisto.

Mellgren A, Schultz I, Johansson C & Dolk A. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse. Diseases of the colon and rectum 1997, 40, 817-820.

Nurminen M-L. 2011. Lääkehoito. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro

Parker, R.C.1998. Hyvältä näyttää. Peruskirja julkaisujen suunnittelemiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rantala, A. & Salminen, P. Suolta ei pidä tyhjentää ennen paksusuolileikkausta. 2010. Aikakauskirja Duodecim 2010 126 (3), 255–259.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.-L., Pulkkinen, M.-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 17 (4), 217-228.

Sivalingam, P. 2008. Best approach for management of rectal prolapse. Bombay hospital journal 2008 50 (3), 375-383.

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

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Tutkimus	**Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat, tavoite**	**Menetelmä**	**Keskeiset tulokset**
Araújo, Cotti, Habr-Gama, Kiss, Nahas, Seid, & Sobrado. (2004) Surgical treatment of rectal prolapse: experience and late results with 51 patients.	Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida rektumprolapsin hoitoa vv. 1980–2002.	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin retrospektiivisesti. N=51	Keskimääräinen oireiden esiintymisaika tutkimuspotilailla oli 48 kuukautta. Oireina oli peräsuolen esiinluiskahdus (51), limakalvon prolapsi (33), ulosteinkontinenssi (31), verenvuoto peräaukosta (17), ummetus (14), virtsainkontinenssi (3). Potilaita oli leikattu erilaisilla leikkausteknikoilla. Abdominaalisia leikkauksia oli 71% (36). Komplikaatioina oli rektumprolapsin uusiutuminen (2) ja verenvuoto anuksesta (2).
Basse, Billesbølle & Kehlet (2002) Early recovery after abdominal rectopexy with multimodal rehabilitation	Tarkoitus: kuvata multimodaalisen kuntoutuksen tuloksia abdominalisen rektopeksian jälkeen	Kvalitatiivinen tutkimus. N=31 Prospektiivinen tutkimus.	Tässä tutkimuksessa multimodaaliseen kuntoutukseen kuului epiduraalinen leikkauksen jälkeinen kivun hoito, siirtyminen tavalliseen ruokaan mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen ja suunniteltu paripäiväinen sairaalassaoloaika. Kaikki potilaat siirtyivät normaaliin ruokavalioon ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Suolen toiminta oli normaali jo toisena postoperatiivisena päivänä. Keskimääräinen leikkauksen

			jälkeinen sairaalassaoloaika oli 3 päivää.
Bemelman, Buyze-Westerweel, Delemarre, Rothbarth, Stiggelbout & Zwinderman (2001) What is the impact of fecal incontinence	Tarkoitus: Selvittää miten ulosteinkontinenssi vaikuttaa elämänlaatuun?	Kvalitatiivinen tutkimus Potilaille lähetettiin kyselylomakkeet sähköpostitse. N=35	Tutkimuksessa käytettiin valmiita elämälaatua kuvaavia kyselylomakkeita. Kaikki tutkimukseen osallistujat olivat naisia, joilla oli ulosteinkontinenssia. Tutkimustulokset osoittivat, että elämänlaatu ulosteinkontinenssin kanssa on paljon huonompaa kuin terveillä ihmisillä.
Billingham, Evetts, Isler & Kimmins. (2001) The altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse.	Tarkoitus: Kuvata potilaiden hoitoa perineaalisen leikkauksen jälkeen, joka oli tehty päiväkirurgiassa.	Kvalitatiivinen tutkimus. N=63	62 % potilaista kotiutui leikkauspäivänä. 80% oli kotiutunut 24 tunnin mennessä. 10 %: lla oli leikkauksenjälkeisiä komplikaatioita. 6,4%: lla rektumprolapsi uusiutui.
Fazio, Hool & Hull (1997) Surgical treatment of recurrent complete rectal prolapse.	Tarkoitus: Tutkia toistuvan rektumprolapsin syyt	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin prospektiivisesti. N=24	Toistuvan rektumprolapsin syyt tutkimuksen mukaan ovat: kiinnitysverkon irtoaminen rektumista, kiinnitysverkon irtoaminen sakrumista, löysä peräsuolen kiinnittäminen, peräsuolen kiinnittäminen aiheutti kipua potilaalle leikkauksen jälkeen, kiinnitysverkko oli kiinnitetty liian ylhäällä
Hall, Marcello, Read, Ricciardi, Roberts, Russel, & Schoetz, (2012)	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvailla leikkauksenjälkeisiä	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin	706 leikkausta oli tehty abdominaalisesti ja 779 leikkausta perineaalisesti.

Complications after rectal prolapse surgery: does approach matter?	komplikaatioita abdominaalisten ja perineaalisten leikkausten jälkeen.	retrospektiivisesti. N=1485	Abdominaalisten leikkausten jälkeen infektiota oli 9,8% potilaista (vs 3,7%). Yhteensä komplikaatioita abdominaalisten leikkausten jälkeen oli 12,9 %:lla potilaista (vs 7,6 %). Suurempi riski saada leikkausjälkeisiä komplikaatioita oli potilailla, joiden ASA- luokitus oli 4 ja BMI > 25.
Kairaluoma & Kellokumpu (2005) Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse	Tarkoitus: selvittää peräsuolen prolapsin esiintyvyyttä Keski-Suomessa.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin Jyväskylän keskussairaalassa retrospektiivisesti v. 1988-1998 ja prospektiivisesti v. 1999-2002. N= 99 Tilastollinen analyysi.	Peräsuolen prolapsin esiintyvyys Keski-Suomessa on 2,5 tapausta per 100 000 asukasta. Naisia on 90 % ja miehiä 10 %. Potilaiden keski-ikä on 69 v. (21v.-91 v.) Ulosteinkontinenssi esiintyy 64 %:lla potilaista, jatkuvaa ummetusta on 72 %:lla potilaista.
Kairaluoma, Kellokumpu & Viljakka (2001) Open vs. laparoscopic surgery for rectal prolapse	Tarkoitus: arvioida laporoskooppisen leikkauksen tehoa ja turvallisuutta rektumprolapsin hoidossa.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin v. 1993–2000 Kaksi potilasryhmää: tutkimusryhmä (laporoskooppinen rektopeksia) ja kontrolliryhmä (avoin leikkaus) N= 53+53 Tilastollinen analyysi.	Laporoskooppiset leikkaukset kestävät pidempään kuin avoimet leikkaukset (127,5–210 min vs 117–72 min). Leikkauksen jälkeinen sairaalassaoloaika oli lyhyempi tutkimusryhmässä kuin kontrolliryhmässä (4,5 vs 7 päivää). Leikkausvuoto laporoskooppisissa leikkauksissa oli 15–35 ml. Avoimissa leikkauksissa vuoto oli 100–300 ml. Kuolleisuus oli 0 % vs 4 %.

			Komplikaatiot: 23 % vs 30 % Myöhäiset komplikaatiot: 4 % vs 13 % Laparoskooppisen leikkauksen pääedut ovat lyhyempi sairaalassaoloaika ja pienempi veren vuoto leikkauksen aikana
Kamiyama, Kusano, Tsunoda, Yasuda & Yokoyama (2003) Delorme's procedure for rectal prolapse.	Tarkoitus: Tarkistaa kliiniset ja fysiologiset tulokset Delormen leikkaustekniikan käytön jälkeen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin retrospektiivisesti. N=31	Hyviä tuloksia saavutettiin 27 potilaan kohdalla. Prolapsin uusiutuminen oli 4 potilaalla (13 %). Tutkimuksessa ei esiintynyt postoperatiivisia kuolemia. Ulosteinkontinenssi oli korjattu 63 %:lla potilaista. Delormen leikkaustekniikka rektumprolapsin hoidossa on tehokas tapa korjata peräsuolen esiinluiskahdus.
Knast, Markocka-Maczka, Strutynska-Karpinska & Szelachowski. (2003). Transabdominal rectopexy in the treatment of the prolapse of the rectum.	Tarkoitus: Kuvata tutkijoiden kokemuksia rektumprolapsin hoidosta.	Kvalitatiivinen tutkimus. N=4	Kaikille potilaille oli tehty transabdominaalinen rektopeksia Sudeckin leikkaustekniikan mukaan. Leikkausten jälkeen ei ollut komplikaatioita. Peräsuolen esiinluiskahdus ei uusiutunut leikkauksen jälkeen. Kahdella potilaalla leikkauksen jälkeen oli lievä ummetus.
Silvis, Gooszen, Essen, Kruif & Janssen (1999) Abdominal rectovaginopexy. Modified technigue to treat constipation	Tarkoitus: Kuvata uutta leikkausmenetelmää peräsuolen ja emättimen prolapsin hoidossa	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineistoa kerättiin prospektiivisesti. N= 27	Rectovaginopexy auttaa potilaita ulosteinkontinenssin ja kroonisen ummetuksen hoidossa. Vuoden kuluttua leikkauksen jälkeen 15 potilaalla inkontinenssia ei esiintynyt

			(ennen leikkausta inkontinenssia oli 17 potilaalla).