

ITSEHOITO-OPPAAN LAATIMINEN VIRTSAINKONTINENSSIPOTILAALLE

Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien osasto

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Tiina Auvinen 0701627
Maria Solsa 0701618

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiina, Auvinen & Maria, Solsa: ITSEHOITO-OPPAAN LAATIMINEN
VIRTSAINKONTINENSSIPOTILAALLE
Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentau-
tien osasto

Hoitotyön opinnäytetyö, Sairaanhoidaja (AMK) , 33 sivua, 14 liitesivua

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Hankeistetun, toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien osastolle oma itsehoito-opas virtsainkontinenssipotilaalle. Tavoitteena oli laatia kattava, kohderyhmälle sopiva, selkeä ja johdonmukainen opas virtsainkontinenssin itsehoitoon naisille osana opinnäytetyötä. Tavoitteena oli myös antaa tietoa ja parantaa inkontinenssipotilaiden hyvinvointia elämässään sekä kehittää naisten inkontinenssin hoitoa ja oppaan avulla myös helpottaa naistentautien hoitohenkilökunnan työtä.

Opinnäytetyön teoriaosassa on käsitelty virtsainkontinenssin esiintyneisyyttä, syitä, vaikutuksia elämänlaatuun, esiintymis- ja hoitomuotoja. Teoriaosassa on lisäksi käsitelty potilasohjausta terveyden edistämisen näkökulmasta sekä hyvän oppaan kriteerejä.

Itsehoito-oppaan sisältö on laadittu naistentautien osaston toiveiden mukaisesti ja sitä ovat arvioineet Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien osaston inkontinenssivastaava sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja ylilääkäri sekä opinnäytetyötämme ohjaava opettaja.

Avainsanat: virtsainkontinenssi, potilasohjaus, potilasopas

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in health care

Tiina, Auvinen & Maria, Solsa:

MAKING OF SELF-TREATMENT
GUIDE FOR URINARY
INKONTINENCE PATIENTS
gynecological ward of Central Hospital of
Päijät-Häme

Bachelor's Thesis in nursing, registered nurse (AMK), 33 pages, 14 appendices

Autumn 2010

ABSTRACT

This thesis was conducted as a functional project in collaboration with the Central Hospital of Päijät-Häme's gynecological ward. The purpose of this thesis was to produce a self-treatment guide for urinary incontinence patients. The objective was to compile a comprehensive and clear guide of the self-treatment of urinary incontinence. The guide was designed to be easy to understand and suitable for the target group. The aim was also to spread information and improve the welfare of urinary incontinence patients, as well as to develop the treatment of women with urinary incontinence and with the help of the guide to ease the work of the staff on the gynecological ward.

In the theoretical part of our thesis we reviewed incidences and causes of urinary incontinence and its effects on the quality of life. We also go through the different forms of incontinence and its treatment. We are viewing patients' guidance from the perspective of promoting good health and also the criterion of a good guidebook.

The contents of the guidebook is constructed to fulfill the needs of the gynecological ward. The contents has been evaluated by the nurse who is in charge of urinary incontinence, head nurse and head of ward and the teacher who was tutoring our thesis.

Key words: urinary incontinence, patient guidance, patient guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HANKKEEN TAVOITTEET JA TARKOITUS	3
3	VIRTSAINKONTINENSIN YLEISYYS, SYYT JA VAIKUTUKSET	4
3.1	Esiintyneisyys	4
3.2	Syyt ja riskitekijät	5
3.3	Vaikutukset elämänlaatuun	6
4	VIRTSAINKONTINENSIN ESIINTYMISMUODOT	8
4.1	Ponnistusinkontinenssi	8
4.2	Pakkoinkontinenssi	9
4.3	Sekamuotoinen inkontinenssi	10
5	VIRTSAINKONTINENSIN HOIDOSTA	11
5.1	Elintavat	11
5.2	Hoitotarvikkeet	12
5.3	Fysioterapia	13
5.4	Lääkehoito	14
5.5	Leikkaushoito	15
6	HOITOON SITOUTUMINEN	17
6.1	Hoitoon sitoutumisen merkitys	17
6.2	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	18
7	POTILAAN OHJAAMINEN OPPAAN AVULLA TERVEYTTÄ EDISTÄEN	20
7.1	Potilasohjauksen tärkeys hoitotyössä	20
7.2	Hyvä kirjallinen ohje	23
7.3	Oppaan toteutus	24
7.4	Oppaan arviointi ja julkaisu	25
8	OPINNÄYTETYÖN JA PROESSIN ARVIOINTI JA POHDINTA	27
	LÄHTEET	29
	LIITTEET	33

1 JOHDANTO

Sana inkontinenssi on johdettu latinasta ja tarkoittaa hallitsematonta tai kyvyttömyyttä hallita (Nurmi, Lukkarinen, Ruutu, Taari & Tammela 2002, 51). Inkontinenssi voi liittyä myös ulostamiseen (Kiilholma & Päivärinta 2007, 11). Virtsankarkailu on naisilla 2–3 kertaa yleisempää kuin miehillä (Aukee, Kinnunen, Huh-tala, Åkerman, Lundsted & Kairaluoma 2006, 5173). Opinnäytetyössä keskitytään naisten virtsainkontinenssiin. Virtsainkontinenssi eli virtsanpidätyskyvyttömyys merkitsee, ettei henkilö pysty kontrolloimaan virtsaamista, jonka seurauksena virtsa karkaa tahattomasti. (Nurmi ym. 2002, 51; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9.)

Aiemmin virtsainkontinenssia on pidetty ikävänä vaivana, mutta WHO on määri-tellyt sen sairaudeksi ja kansantaudiksi, joka yleistyy kaikkialla maailmassa (Nur-mi ym. 2002, 51; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9). Suomalaisista yli 40-vuotiaista naisista enemmän kuin 400 000 kärsii virtsainkontinenssista (Kiilholma & Päivärinta 2007, 11, 20). Ehdotus virtsainkontinenssin itsehoito-oppaasta tuli Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien osastolta. Osastolla ei ollut käytössä omaa opasta aiheesta. Sairauden yleisyys tekee aiheesta opinnäytetyön arvoisen, tärkeän ja kiinnostavan.

Virtsainkontinenssi johtuu häiriöstä tai muutoksesta elimistön säätelytoiminnassa (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21). Keskitymme virtsankarkailun päätyyppeihin: ponnistus-, pakko- sekä sekamuotoiseen inkontinenssiin. Virtsainkontinenssi voi johtua muun muassa rakenteellisista muutoksista tai elämäntavoista (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21). Se vaikuttaa haitallisesti päivittäiseen elämään ja sosiaali-seen kanssakäymiseen, sekä heikentää elämänlaatua (Aukee, Stach-Lempinen & Hainari 2007; Kurki 2005, 11–13).

Virtsainkontinenssia voidaan hoitaa monin eri tavoin. Konservatiivisiksi hoito-muodoiksi luetaan lääkkeet, lantionpohjan lihasten harjoittelu, rakon kouluttami-nen, ajoitettu virtsaaminen sekä suojat ja muut apuvälineet. Puolestaan operatiivi-

siksi hoitomuodoiksi luetaan erilaiset leikkaukset (Aukee ym. 2006, 5174). Hoitoon sitoutuminen on tärkeä osa hoidon onnistumista sen pitkäjänteisyyttä vaativien hoitomuotojen vuoksi (Kyngäs & Hentinen 2008, 17).

Terveyden edistäminen on tärkeä osa opinnäytetyötämme, sillä potilasohjeen tarkoituksena on edistää ja ylläpitää virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämää. Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa asiakkaan hoitoa ja sitä toteutetaan suunnitelmallisesti osana asiakkaan hoitoa ja hoitotoimenpiteitä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5). Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (1992/785, 5 §) mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa hänen terveyden tilastaan, hoidon laajuudesta sekä vaihtoehtoista että riskitekijöistä tavalla, jonka hän ymmärtää. (Kääriäinen 2007, 25).

Suullisen ohjauksen lisäksi voidaan potilasohjauksessa käyttää myös kirjallista materiaalia, ohjaus- ja opetusoppaita, monisteita ja lehtisiä. Erityisesti silloin kun hoitoaika on lyhyt tai ohjattavia asioita on paljon, kirjallinen materiaali takaa potilaalle mahdollisuuden tarkistaa ohjattuja asioita myöhemmin omassa rauhassa. (Hupli 2004, 61; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 29.)

2 HANKKEEN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa itsehoito-opas virtsainkontinenssipotilaalle Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien osastolle. Naistentautien osastolla on tarve virtsainkontinenssin itsehoito-oppaalle, sillä aiemmin yhtenäistä kokonaisuutta naisten virtsainkontinenssista ja sen hoidosta, ei siellä ole ollut. Heillä on aiemmin ollut opasmateriaalia muun muassa lantionpohjan lihasharjoittelusta, sekä erilaisia kyselylomakkeita virtsainkontinenssista ja sen haitasta, mutta vastaavaa kokonaisuutta ei heillä ole ollut.

Lyhyen aikavälin tavoitteena on laatia kattava, kohderyhmälle sopiva, selkeä ja johdonmukainen opas virtsainkontinenssin itsehoitoon naisille osana opinnäytetyötämme. Pitkän aikavälin tavoitteena on antaa tietoa ja parantaa inkontinenssipotilaiden hyvinvointia elämässään. Toisena pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää naisten inkontinenssin hoitoa ja oppaan avulla helpottaa myös naistentautien hoitohenkilökunnan työtä. Pitkän aikavälin tavoitteiden toteutumista emme pysty arvioimaan, mutta tulevat opiskelijat voivat myöhemmin tehdä aiheesta jatkotutkimusta.

Itse hyödyimme opinnäytetyön tekemisestä saamalla paljon tietoa virtsainkontinenssista sekä oppaan laatimisesta. Näin ollen tulevana sairaanhoitajina potilaamme hyötyvät tiedoistamme ja taidoistamme, joita opinnäytetyömme kautta olemme saaneet. Osaamme siis löytää potilaistamme naiset, jotka kärsivät virtsainkontinenssista kysymällä oikeat kysymykset sekä osaamme ohjata heidät jatkohoitoon saamaan tarvitsemaansa apua.

3 VIRTSAINKONTINENSIN YLEISYYS, SYYT JA VAIKUTUKSET

Virtsainkontinenssia, eli tahatonta virtsankarkailua on aiemmin pidetty ikävänä vaivana, mutta joka nyt määritellään koko maailmassa yleistyväksi sairaudeksi ja kansantaudiksi. (Nurmi, Lukkarinen, Ruutu, Taari & Tammela 2002, 51; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9.)

3.1 Esiintyneisyys

Aiemmin aikuisten naisten virtsanpidätyskyvyttömyydestä ei juurikaan tiedetty, vaikka siitä kärsiviä oli silloin ilmeisesti yhtä paljon, kuin nyt. Virtsankarkailu salattiin, sillä sen katsottiin olevan vain pienten lasten ja dementoituneiden vanhusten vaiva. (Nilsson 2004, 21.) Virtsainkontinenssi on kuitenkin yleinen, mutta useimmiten hoidettavissa oleva vaiva (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Tahaton virtsankarkailu on hygieeninen, sosiaalinen ja yhteiskunnallinen terveysongelma, josta kärsii arviolta 5–8 % koko väestöstä (Kiilholma & Päivärinta 2007, 11, 20). Suomalaisnaisilla virtsankarkailua esiintyy 20 %:lla 25–60 vuotiaista (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Myös päijäthämäläisistä 25–60-vuotiaista naisista joka viides ilmoitti 1990-luvun lopulla kärsivänsä inkontinenssista (Takala & Vaari 2005).

Virtsankarkailun esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Yleisintä virtsainkontinenssi on synnyttäneiden ja ikääntyvien naisten keskuudessa. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 11, 20.) Yli 70-vuotiailla naisilla virtsankarkailua esiintyy 59 %:lla (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Lisäksi virtsainkontinenssia esiintyy useiden neurologisten sairauksien, esimerkiksi ms-taudin yhteydessä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 11, 20.) Naisilla virtsainkontinenssi on yleisempää kuin miehillä, sillä naisten virtsaputken sulkijamekanismi on heikommin kehittynyt kuin miehillä (Kiilholma & Päivärinta 2007, 20; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 9).

3.2 Syyt ja riskitekijät

Normaali vitsanpidätyskyky edellyttää, että virtsaputki, lantionpohjan tukirakenne, virtsarakon venyvyys ja supistuvuus sekä rakon ja virtsaputken hermostollinen säätely ovat normaalit. Myös virtsarakon seinien tulee olla ehjät. Virtsainkontinenssi johtuu häiriöstä tai muutoksesta elimistön säätelytoiminnassa. Merkittävin inkontinenssin riskitekijä on ikä. Ikääntyessä muutoksia ilmenee virtsateissä sekä virtsaamisen hermostollisissa ja hormonaalisissa säätelyjärjestelmissä ja ongelmia aiheuttavat estrogeenierityksen luontainen väheneminen sekä tästä johtuvat limakalvo- ja kudosuutokset. Kuitenkin normaali ikääntyminen ei aiheuta virtsankarkailua, vaan virtsainkontinenssi on oire tai seuraus elimistön häiriöstä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21.)

Ylipaino on merkittävä riskitekijä, virtsainkontinenssin riski suurenee painoindeksin kasvaessa. Muita elintapoihin liittyviä riskitekijöitä ovat heikko lihaskunto, tupakointi ja ummetus, sekä liika juominen. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21; Anttila 2010.) Yleisiä tilapäisen virtsankarkailun aiheuttajia ovat virtsatietulehdus, lääkityksen sivuvaikutus, raskaus, delirium, rajoittunut liikkuminen, psykologiset syyt, vaihdevuosi-ikäen jälkeinen limakalvojen oheneminen ja lisääntynyt virtsan erityys, joka aiheutuu sokeritaudista, hyperkalsemiasta tai lisääntyneestä juomisesta (Kiilholma & Päivärinta 2007, 36).

Nilssonin (2004) mukaan virtsankarkailu johtuu usein virtsatieinfektiosta, joka on kuitenkin helposti hoidettavissa oikealla antibiootilla. Tärkeimmät virtsainkontinenssille altistavat tekijät ovat kuitenkin raskaus ja synnytys. (Nilsson 2004, 23–24.) Ne lisäävät virtsainkontinenssin riskiä erityisesti nuoremmassa ikäryhmässä (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21). Pelkästään raskaus ilman alatiesynnytystä lisää virtsainkontinenssin riskiä ja jo ensimmäinen raskaus ja synnytys altistavat virtsainkontinenssille. Riski alkaa kasvaa uudelleen vasta neljännessä synnytyksestä. Synnytyksen jälkeen virtsainkontinenssin syy on siitä seuraava välitön trauma. Inkontinenssia ei kuitenkaan esiinny kaikilla synnyttäneillä ja osalla siitä synnytyksen jälkeen kärsivillä tilanne korjaantuu itsestään nopeasti. (Nilsson 2004, 24.)

3.3 Vaikutukset elämänlaatuun

Tässä opinnäytetyössä elämänlaatu ymmärretään Aristotelisen näkemyksen mukaan, jossa ihmisen tavoite on pyrkiä onneen ja hän on onnellinen silloin kun hän elää hyvin ja onnistuu elämässään. Onneen vaikuttavat niin sisäiset rakenteelliset sekä terveyteen liittyvät tekijät kuin ulkoiset taloudelliset ja ympäristölliset tekijät. (Kukkurainen 2006, 43.)

Virtsankarkailusta aiheutuu kustannuksia potilaalle ja yhteiskunnalle, mutta se aiheuttaa myös kärsimystä ja häpeää. (Aukee, Stach-Lempinen & Hainari 2007, 1529.) Ala-Nissilän ja Kiilholman (2008) mukaan naisten virtsainkontinenssi on edelleen erittäin yleinen elämänlaatua heikentävä terveysongelma. Virtsainkontinenssi vaikeuttaa normaalia elämää ja sosiaalista kanssakäymistä. Se heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa häpeän tunnetta erityisesti nuorilla naisilla. Sitä pidetään arkaluontoisena, minkä vuoksi siitä on vaikea keskustella. Naiset voivat kärsiä virtsainkontinenssista vuosia kertomatta lääkärille. (Kurki 2005, 11–13.) Lääkärille kerrotaan asiasta vasta siitä erityisesti kysyttäessä. Monesti potilas ottaa asian puheeksi vasta ollessaan poistumassa vastaanotolta. (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008.) Inkontinenssi voi aiheuttaa huomattavaa epämukavuutta, häpeää, itsetunnon ja minäkuvan menetystä sekä sosiaalista eristäytyneisyyttä (Kiilholma & Päiväranta 2007, 16–18, 35; Kurki 2005, 11–13). Inkontinenssi voi johtaa myös masennukseen (Salovaara 2007). Virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatu on selvästi huonompi, kuin samanikäisen suomalaisen naisväestön keskimäärin (Aukee ym. 2007, 1529).

Virtsainkontinenssi voi vaikeuttaa normaalia elämää monin tavoin, esimerkiksi vähentäen matkustamista, sosiaalisia kontakteja sekä liikuntaa (Aukee ym. 2007, 1531). Virtsainkontinenssista kärsivä saattaa suunnitella matkustusreitit wc:iden sijainnin mukaan tai voidaan jäädä suosiolla kotiin, vessassa käydään varmuuden vuoksi ja käytetään tummia vaatteita, etteivät mahdolliset kosteat läikät näy. Virtsankarkailu aiheuttaa yöunen häiriöitä. Kyseisen oireen on todettu aiheuttavan suoria kustannuksia, kuten lääkäri- fysioterapeutti- ja hoitajakäyntien vastaanotomaksut sekä siteiden ja suojiin hankinta. Epäsuorasti kustannuksia aiheuttavat

pyykinpesu ja tehtävien välttäminen virtsankarkailun vuoksi. (Kurki 2005, 11, 12; Aukee ym. 2007, 1531.) Hoidoilla voidaan parantaa huomattavasti virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatua (Aukee ym. 2007, 1531–1532).

Virtsankarkailu voi vaikuttaa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Virtsankarkaimisen pelko esimerkiksi yhdyntätilanteessa voi johtaa siihen, että virtsankarkailusta kärsivä välttää intiimejä hetkiä puolison tai kumppanin kanssa. Vastapuoli voi tuolloin tuntea olonsa hylätyksi tai ryhtyy epäilemään omaa kiinnostavuuttaan puolison silmissä. Suositeltavaa olisi käydä ennen ja jälkeen yhdynnän tyhjentämässä virtsarakko, jotta vältettäisiin virtsankarkailu. Jos virtsa karkaa tietyissä asennoissa, on niiden välttäminen hyvä hoitokeino. On tärkeää, että puoliset pysyvät puhumaan keskenään myös vaikeista ja häpeällisiltä tuntuvistakin asioista, etenkin, kun virtsainkontinenssiin on usein saatavissa apua. (Anttila 2010.)

4 VIRTSAINKONTINENSSIN ESIINTYMISMUODOT

Eri virtsainkontinenssityyppejä on useita, ja ne voidaan eri määritelmien mukaan jakaa ponnistus-, pakko- ja sekamuotoiseen inkontinenssiin, reflektoriseen inkontinenssiin, ylivuotoinkontinenssiin ja ekstrauteraaliseen inkontinenssiin (Kiilholma & Päivärinta 2007, 35; Kurki 2005, 11). Opinnäytetyössä keskitytään kuitenkin virtsankarkailun päätyyppeihin: ponnistus-, pakko- ja sekamuotoiseen inkontinenssiin. Nuorilla ja keski-ikäisillä naisilla yleisin virtsankarkailutyyppi on ponnistusinkontinenssi, kun taas iäkkäämmillä naisilla esiintyy enemmän pakko- ja sekamuotoista inkontinenssia (Ala-Nissilä & Kiilholma 2008). Nilssonin (2004) mukaan hoidon kannalta on tärkeää selvittää virtsainkontinenssityyppi, sillä hoito on erilainen ponnistus- ja pakkoinkontinenssissa.

4.1 Ponnistusinkontinenssi

Ponnistusinkontinenssi, toiselta nimeltään stressi-inkontinenssi on tahatonta virtsankarkaamista fyysisten ponnistusten yhteydessä. Se on yleisin virtsankarkailutyyppi naisilla ja siitä kärsii noin puolet inkontinenssipotilaista. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 35; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 13.)

Ponnistusinkontinenssi on seurausta virtsaputkea ympäröivien tukirakenteiden tai virtsaputken sulkijamekanismin heikentymisestä, joka voi johtua esimerkiksi ikääntymisestä, synnytyksestä, leikkauksesta tai tapaturmasta. Ponnistusinkontinenssille voivat altistaa myös elintavat. Mahdollisia aiheuttajia voivat olla myös sidekudosten heikkous, joka voi johtua ikääntymisestä, raskaudesta tai hormonaalisista syistä. Jotkin krooniset sairaudet, esimerkiksi yskä voivat aiheuttaa jatkuvaa lantionpohjan lihaksiston ja sidekudosten rasittumista sekä veltostuttaa virtsaputkea ja virtsarakon kaulaa. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 21; Ala-Nissilä 2006.)

Ponnistunsinkontinenssin tyypillisiä oireita ovat fyysisen rasituksen yhteydessä esiintyvä virtsankarkailu vatsaonteloon syntyvän äkillisen paineen nousun seurauksena. Tavallisia ponnistustilanteita syntyy yskimisen, aivastamisen, hölkkäämisen ja naurun seurauksena sekä nostettaessa jotain painavaa tai astuttua varomattomasti epätasaiselle alustalle. Oireet korostuvat virtsarakon ollessa täysi, mutta melko tyhjästäkin rakosta voi karata virtsaa. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22; Schenkmanis & Ulmsten 2007,13.)

4.2 Pakkoinkontinenssi

Pakkoinkontinenssilla tarkoitetaan virtsan karkaamista äkillisen pakon yhteydessä, jolloin naiselle tulee voimakas pakonomainen tarve virtsata, eikä tällöin aina pysty pidättelemään virtsaa. Pakonomainen tunne voi vahvistua tietyissä tilanteissa, kuten virtsaamistunteen yllättäessä kotimatalla, jolloin hän tietää wc:n olevan lähellä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18) Tyypillisimmät oireet pakkoinkontinenssissa ovat virtsaamispakon tunne ennen virtsan karkaamista, suuret karkaavat virtsamäärät, kyvyttömyys katkaista virtsarakon tyhjeneminen, tiheä virtsaaminen vuorokauden ympäri, stressistä johtuva virtsapakon tunne sekä fyysisen rasituksen aiheuttama virtsan karkaaminen rasisitustilan-teen jo mentyä ohi. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22.)

Pakkovirtsankarkailuun voi olla useita syitä, mutta yleensä se johtuu häiriöstä virtsarakon lihaksistossa (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18). Pakkovirtsankarkailu voidaan jakaa neurologista alkuperää olevaksi tai yleisemmäksi tyyppiksi, ilman tunnettua syytä olevaksi. (Aukee, Kinnunen, Huhtala, Åkerman, Lundsted & Kairaluoma 2006, 5173). Pakkovirtsankarkailun yhteydessä voidaan puhua yliaktiivisesta virtsarakosta, jolla tarkoitetaan rakkolihaksen liian aikaista supistelua, ennen kuin rakko on täysi. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18.) Yliaktiivista rakkoa voidaan kuvata pakkoinkontinenssin lievemäksi muodoksi (Takala 2010). Pakkoinkontinenssin syynä voi olla, että virtsarakon kaulassa ja virtsaputken sisäpinnalla on liian paljon tuntohermoja. Pakkoinkontinenssista kärsiville signaalit tyhjentää

rakko, tulevat siis liian aikaisin ja liian voimakkaina. (Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18.)

Pakkoinkontinenssin aiheuttajina voidaan muiden ohella pitää keskushermoston sairautta tai vammaa, sekä psykosomaattisia tekijöitä. Syynä pakkovirtsankarkailuun ovat myös virtsatietulehdukset, jotka voivat olla akuutteja tai usein toistuvia, sekä sukuelinten ja virtsateiden kasvaimet, jotka ärsyttävät eri tavoin virtsarakkoa ja virtsaputkea. (Ala-Nissilä 2006; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 18–19.)

4.3 Sekamuotoinen inkontinenssi

Sekamuotoisessa inkontinenssissa potilas kärsii samanaikaisesti ponnistus ja pakkoinkontinenssista. Eniten sitä esiintyy vaihdevuosien jälkeen, jolloin ponnistusinkontinenssiin liittyy rakon venyvyyden ja tilavuuden vähentyessä myös virtsapakon oireita. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 22; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 19.) Sekamuotoista virtsainkontinenssia hoidetaan hallitsevamman tyypin oireiden mukaan (Aukee ym. 2006, 5173).

5 VIRTSAINKONTINENSSIN HOIDOSTA

Virtsainkontinenssia voidaan hoitaa usein eri tavoin. Virtsainkontinenssin aiheuttaja tulee kuitenkin selvittää ennen hoitomuodon valitsemista. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24.) Kehittyvä lääke- ja leikkaushoito mahdollistaa pysyvän avun monelle virtsainkontinenssista kärsivälle potilaalle (Salovaara 2007). Hoitomuodot voidaan jakaa konservatiivisiin ja operatiivisiin. Konservatiivisiksi hoitomuodoiksi luetaan lääkkeet, lantionpohjan lihasten harjoittelu, rakon kouluttaminen, ajoitettu virtsaaminen sekä suojat ja muut apuvälineet, operatiivisiksi erilaiset leikkaukset (Aukee ym. 2006, 5174). Virtsankarkailua ei aina voida hoitaa kokonaan pois, mutta kaikille pyritään löytämään sopiva apuväline tai ratkaisumalli, jolla elämänlaatua saadaan parannettua. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24.)

5.1 Elintavat

Virtsankarkailua voidaan selvittää ja hoitaa perusterveydenhuollossa varsin paljon, mikäli tietämystä ja resursseja riittää. Selvitettäessä oireita voidaan käyttää apuna validoituja kyselylomakkeita (liitteet 3–4), joita hoitaja ja potilas voivat yhdessä täyttää. Virtsaamispäiväkirjan (liite 2) avulla voidaan kartoittaa nautitun ja poistuvan nesteen määrä ja laatu. Päiväkirja voi toimia myös hoidon tehon arvioinnissa lääkehoidon jälkeen. (Aukee ym. 2006, 5174; Stach-Lempinen 2008, 1.)

Nautitun nesteen laatu ja määrä vaikuttavat virtsainkontinenssin oireisiin. Vähentämällä vuorokaudessa nautitun nesteen määrän kahteen litraan, voidaan karkaan virtsan määrää vähentää. Kahvi, tee ja alkoholi lisäävät virtsantuotantoa, joten näiden juomien välttäminen voi helpottaa virtsainkontinenssia. Jos virtsa karkailee yöllä tai potilas herää yöllä rakon ollessa täysi, voi oireita helpottaa vähentämällä juomista kello 18 jälkeen ja välttämällä virtsanmäärää lisääviä juomia illalla. Säännöllisillä virtsaamiskerroilla on suuri vaikutus virtsan karkaamisen helpottamiseen. Suositeltavaa olisi käydä viisi kertaa päivässä tyhjentämässä rakko, eli

ensimmäisenä aamulla, viimeisenä illalla sekä säännöllisesti päivän aikana. (Anttila 2010.)

Elintapamuutoksilla voidaan vaikuttaa pakko- ja ponnistusinkontinenssiin. Liikunta- ja toimintakyvystä huolehtiminen parantavat rakon hallintaa iäkkäillä. Erittäin ylipainoisilla naisilla laihtumisen on todettu vähentävän virtsainkontinenssia ja myös kohtalaisen ylipainoisilla naisilla painon pudottaminen saattaa helpottaa oireita. (Ala-Nissilä 2006.) Myös ummetus liittyy usein virtsainkontinenssiin, ja sitä voidaan hoitaa oikean ruokavalion sekä tarvittaessa laksatiivien avulla, huomioiden ruokavaliossa myös esimerkiksi kahvin diureettisen ominaisuuden (Aukee ym. 2006, 5174).

5.2 Hoitotarvikkeet

Hoidon alussa voidaan käyttää inkontinenssisuojia estämään virtsainkontinenssin haittoja. Suojien avulla voidaan säilyttää ihmisen liikkuvuus ja aktiivisuus virtsankarkailusta huolimatta ehkäisemällä virtsankarkailuun liittyviä hygieenisiä ja sosiaalisia ongelmia. Tarvittavien suojien oikea valinta on tärkeää, jotta potilaan on helppo huolehtia omasta hygieniastaan. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24–25.) Tarjolla on paljon erilaisia hoitotarvikkeita pienestä pikkuhousunsuojan kaltaisista suojusta suuriin, erittäin imukykyisiin vaippoihin. Valintaan vaikuttavat virtsankarkailun syy ja oireet sekä inkontinenssin vaikeusaste ja tyyppi. Ääritapauksissa virtsainkontinenssin konservatiivinen hoito pitää sisällään muun muassa virtsaketetroinnin ja subrapubisen katetroinnin (Aukee ym. 2006, 5174).

Vääränlaiset hoitotarvikkeet, esimerkiksi inkontinenssisuojina käytetyt terveysseitteet tai pikkuhousunsuojat, voivat johtaa eristäytymiseen, häpeän ja leimautumisen pelossa (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24–25; Aukee ym 2006 5175). Kuukautissuojia ei ole tarkoitettu pitämään virtsaa tai hajuja sisällään, jonka vuoksi inkontinenssisuojat sopivat paremmin tarkoitukseensa (Anttila 2010). Epäsopivista hoitotarvikkeista voi seurata myös muita ongelmia kuten pyykkikulujen kasvua ja iho-ongelmia, joiden vuoksi suojien sopivan koon ja riittävän vaihtovälin tulee olla

oikeat. Vaikeasta virtsainkontinenssista kärsivillä on oikeus saada terveyskeskuksesta hänelle soveltuvat hoitotarvikkeet ja -välineet maksutta lääkärin tai uroterapeutin tai sairaanhoitajan läheteellä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24–25; Aukee ym 2006 5175; Anttila 2010.) Eri kunnissa tarvikkeita saa eri perustein, mutta pääperusteena käytetään virtsainkontinenssin astetta, jonka mukaan inkontinenssista kärsivän tulee kastella kolme suurta suojaa päivässä. Tällä perusteella voi saada suuria suojia kolme kappaletta päivää kohden. (Anttila 2010) Laitoshoidossa olevat potilaat saavat hoitotarvikkeet osastolta (Kiilholma & Päivärinta 2007, 24–25; Aukee ym 2006 5175).

Virtsaamistapahtumaa voidaan helpottaa myös esimerkiksi korotetuilla wc-istuimilla. Kotona voidaan tehdä myös muutoksia liikkumisen ja virtsaustapahtuman nopeuttamiseksi, kuten mattojen tai kynnysten poistaminen, tukikaiteet ja itsestään syttyvät valot. Tarvittaessa voidaan virtsaamisen apuna käyttää myös itsekatetrointia, joka nykyisillä valmiiksi kostutetuilla ja pienillä kertakatetreilla on helppoa. (Aukee ym. 2006, 5175.)

5.3 Fysioterapia

Kaikista virtsainkontinenssin muodoista kärsivät naiset voivat saada apua lantionpohjan ohjatusta lihasharjoittelusta (Ala-Nissilä 2006). Lantionpohjan lihasharjoittelua suositellaan käytettäväksi erityisesti lieväasteisissa tapauksissa (Nilsson 2004, 25). Jotta saavutettaisiin pitkäaikaisia vaikutuksia, on hoitoa toistettava vuoden välein kolmen kuukauden ajan. Parhaiten ohjatusta lihasharjoittelusta hyötyvät alle 50-vuotiaat ponnistusinkontinenssista kärsivät naiset. (Ala-Nissilä 2006.)

Kolmesta kuuteen kuukauteen kestävä pitkäjänteinen ja säännöllinen lantionpohjan lihasten harjoittelu voi vähentää virtsan karkaamista, parantaa elämänlaatua ja vaikuttaa positiivisesti seksuaalielämään. Saavutettua lihasten tasoa tulee pitää yllä harjoittelulla lihasvoiman heikentyessä iän myötä. (Aukee 2006, 5175.)

Nilssonin (2004) mukaan on osoitettu, että harjoittelu ei onnistu pelkästään kirjallisin ohjein, vaan lantionpohjan lihasharjoitteluun tarvitaan lähiohjausta, jota yleensä antavat fysioterapeutit. He selvittävät potilaalle lantionpohjan anatomiaa ja lantionpohjan lihasten toimintaa. On tärkeää että potilas löytää oikeat lihakset, joita harjoitella. Harjoituksia tulee tehdä kotona säännöllisesti useamman kerran päivässä ja yhdistää harjoitukset myös arkiaskareisiin ja harrastuksiin, tulosten säilymistä varmistamiseksi. (Aukee 2006, 5175; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 29–30.)

Lihasharjoittelun ohella voidaan käyttää apuna emätinkuulia, biopalautelaitteita ja sähköhoitoa. Biopalautteella tarkoitetaan elektromyografiaan perustuvaa näytöllä näkyvää lihasten aktivoitumista lihassupistusten aikana. Fysioterapeutin ohjauksella voidaan myös sähkövirran avulla harjoitella lantionpohjan lihasten tunnistamista ja aktivointia. Lihasharjoittelussa eripainoisten emätinkuulien kannattelu emättimen sisällä vahvistaa lihasten supistustoimintaa. (Aukee 2006, 5175; Schenkmanis & Ulmsten 2007, 29–30.)

5.4 Lääkehoito

Virtsainkontinenssia voidaan hoitaa myös lääkkeillä. Lääkkeistä voi olla apua naisille, joilla on yliaktiivinen rakko, mutta lääkkeitä on myös kehitetty ponnistusinkontinenssin hoitoon. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25.)

Pakkovirtsankarkailuun käytetään lääkeaineita oksibutyiniini, solifenasiini, tolterodiini ja trospium, joita on saatavana tabletti-, laastari- ja kapselivalmisteina. Ponnistusvirtsankarkailun hoitoon käytetään lääkeainetta, nimeltään duloksetiini, jota on käytetty virtsaputken sulkijalihaksen vahvistamiseen. Pakkovirtsankarkailuun käytettyjen lääkkeiden sietoa ja tehoa ovat lisänneet ilta-annostelu, suuremmat annokset ja uudet lääkeaineet. Ponnistusinkontinenssilääkkeen yleisin sivuvaikutus on pahoinvointi, joka voidaan välttää annoksen vähittäisellä nostolla. Lääkkeitä varten tarvitaan lääkärin kirjoittama resepti. Menopausin saavuttaneet naiset

voivat saada apua virtsainkontinenssiin estrogeenikorvaushoidosta. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25; Aukee 2006, 5175.)

5.5 Leikkaushoito

Leikkauksista on apua ponnistus- ja sekamuotoisen inkontinenssin hoidossa. Lääkäri arvioi leikkauksen tarpeellisuuden ja siitä saatavan hyödyn. Käytössä on nykypäivänä päiväkirurgisia toimenpiteitä, joiden tulokset ovat hyviä ja kotiin pääsee jo leikkauspäivänä. (Kiilholma & Päivärinta 2007, 25.) Leikkaushoitoa voidaan käyttää hoitokeinona lähes kaikilla leikkauksista hyötyvillä. Leikkauksen mini-invasiivisuus, lyhyt kesto ja paikallisuudutus mahdollistavat leikkaushoidon niillekin potilaille, joita ei aikaisemmin ole narkoosissa uskallettu leikata. Myöskään ikä ei aseta esteitä leikkaukselle. (Nilsson 2004, 25.)

Ponnistusinkontinenssin leikkaushoito kehittyi merkittävästi 1990-luvun puolivälissä, kun Uppsalan yliopistollisessa sairaalassa kehitettiin mini-invasiivinen leikkaustekniikka eli TVT-leikkaus. Paikallisuudutuksessa virtsaputkea tukemaan asetetaan verkkonauha, josta leikkaustekniikan nimi TVT tulee eli tension-free vaginal tape. Verisuoni- ja suolikomplikaatiot ovat Suomessa olleet hyvin harvinaisia. Pienempiä komplikaatioita kuten hematoomia ja ohimeneviä virtsaamiongelmiä esiintyy usein. Oikein suoritettuna leikkaus on tehokas ja hyvin turvallinen. (Kiilholma 2005.)

Nauhaleikkaustekniikat ovat tästä vielä kehittyneet ja vuonna 2001 ranskalainen Delorme esitteli trans-obturator tape eli TOT-tekniikan, jossa tukinauha kulkee horisontaalisemmin virtsaputken alla ja tulee ulos obturatoaukkojen kautta. TOT-tekniikassa on kehitetty tekniikkaa helpommaksi ja pienennetty komplikaatioiden riskiä. Tekniikalla ei ole vaaraa suurten verisuonten vauriolle tai suolikomplikaatiolle, koska neulaa ei viedä symfyysin eli häpyliitoksen taakse. Virtsarakko- ja putkivaurioista on kuitenkin raportoitu leikkauksen jälkeen. (Takala & Vaari 2005.)

Takalan ja Vaarin (2005) Päijät-Hämeen keskussairaalassa tekemän tutkimuksen mukaan TOT- ja TVT-leikkauksilla on saatu yhteneväiset paranemistulokset. TVT-leikkauksen pitkäaikaisseurannan tulokset ovat olleet erinomaiset. TOT-tekniikan tuloksista ei ole vielä saatavilla pitkäaikaistuloksia, koska menetelmä on suhteellisen uusi, mutta tulokset ovat olleet lupaavia lyhyellä aikavälillä. TVT-leikkauksessa olleista 15 % ilmoitti tyhjentämisvaikeudesta, mutta TOT-leikkauksessa olleet eivät tästä kärsineet lainkaan. TVT-ryhmässä ilmeni myös tiheävirtsaisuutta päiväsaikaan merkittävästi enemmän kuin TOT-ryhmässä. Ponnistusinkontinenssista kärsivät potilaat saivat leikkauksesta enemmän apua kuin sekamuotoisesta virtsainkontinenssista kärsivät potilaat. (Takala & Vaari 2005.)

6 HOITOO SITOUTUMINEN

Hoitoon sitoutuminen on tärkeä osa virtsainkontinenssin hoidon onnistumista sen pitkäjänteisyyttä vaativien hoitomuotojen vuoksi (Kygäs & Hentinen 2008, 17). Perinteisesti on puhuttu hoitomyöntyvyydestä, jolla tarkoitetaan sitä että potilas tekee sitä, mitä terveydenhuoltohenkilökunta neuvoo häntä tekemään. 1990-luvun alussa otettiin käyttöön hoitoon sitoutumisen käsite, joka kuvaa potilaan aktiivisempaa roolia itsensä hoitamisessa. Käsite hoitoon sitoutumisesta kuvastaa muutosta, jossa potilaasta on tullut tasavertaisempi neuvottelussa omasta hoidostaan ammattilaisen kanssa. (Savikko & Pitkälä, 2006, 4.)

Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa suorittamaa aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla. Pitkäaikainen hoito edellyttää potilaalta omaehtoista sitoutumista hoitoon. (Kygäs & Hentinen 2008, 17.) Potilaalla saattaa olla kielteisiä kokemuksia aiemmista hoidoista, ja hoitoon sitoutuminen ja yhteistyö hoitavan tahon kanssa parantuvat, kun potilas perheineen saa kokonaisvaltaista hoitoa ja hänen mielipiteensä kuullaan keskusteluissa (Savikko & Pitkälä, 2006, 4; Väisänen, Niemelä & Suua, 2009, 117). Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoito on asiakaslähtöistä ja hoitoon sitoutuminen nähdäänkin terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisenä keskustelun avulla saavutetun yhteisymmärryksen hoidosta ja sen tavoitteista (Savikko & Pitkälä, 2006, 4).

6.1 Hoitoon sitoutumisen merkitys

Sitoutuminen asianmukaiseen hoitoon ja terveellisiin elämäntapoihin merkitsevät potilaalle parempaa terveyttä ja toimintakykyä sekä parempaa elämänlaatua (Kygäs & Hentinen 2008, 23). Ellei potilas ole sitoutunut hoitoon, ei voida saavuttaa parasta mahdollista hoitotulosta (Savikko & Pitkälä, 2006, 5). Terveydenhuollossa hoitoon sitoutumisessa on kyse hoidon vaikuttavuudesta, ja tavoitteiden saavutta-

misen kannalta on tärkeää se, kuinka potilas hoitaa itseään (Kyngäs & Hentinen 2008, 23, 24). Hoitoon sitoutumisella voidaan vaikuttaa potilaan hyvinvoinnin paranemisen ohella myös terveydenhuollon resursseihin, esimerkiksi vähentämällä hoitoon kulutettavaa aikaa ja rahaa (Savikko & Pitkälä, 2006, 5).

6.2 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Mikään yksittäinen toimenpide potilaan hoitoon sitouttamisessa ei toimi kaikissa tilanteissa, eikä jokaisen potilaan kohdalla. Hoitoon sitoutumisen lisäämiseen tähtäävät toimet tulee miettiä erikseen jokaisen potilaan kohdalla ja räätälöidä potilaan kokemusten ja sairauden mukaan. (Lääketietokeskus 2004.) Potilaalle voi olla haastavaa sovittaa hoitoon sitoutumisen vaatimukset jokapäiväiseen elämäänsä, sillä hoito saattaa edellyttää uuden oppimista ja jäsentämistä, sekä elämäntapojen muuttamista, vaivaa ja aikaa. Hoitoon sitoutumista voi hankaloittaa se, etteivät terveysvaikutukset ilmene aina välittömästi. Potilas tekee päätöksensä hoidosta omien tietojensa, asenteidensa ja arvojensa kautta. Myös tieto hoidosta ja hoidon vaikutuksista sekä potilaan tekemät tulkinnat siitä, vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. (Savikko & Pitkälä, 2006, 4, 5.) Tieto auttaa potilasta jäsentämään tilannettaan ja ymmärtämään hoidon merkityksen ja täten hyväksymään tilanteensa ja hoitonsa (Kyngäs & Hentinen 2008, 29).

Hoitoon sitoutuminen on riippuvainen potilaan motivaatiosta, kyvystä ja tahdosta muuttaa toimintaansa, sekä saadusta tuesta ja hoidossa kohdatuista esteistä. Motivaatioon vaikuttaa se, kuinka merkittäväksi potilas kokee asian ja miten tärkeänä hän näkee asetettujen tavoitteiden saavuttamisen sekä arvioiko hän pystyvänsä saavuttamaan ne. Luottamus omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin on tärkeä hoitoon sitoutumiseen ja itsensä hoitamiseen vaikuttava tekijä. Hyvään hoitoon sitoutumiseen ovat yhteydessä hoitosuhde terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan välillä, sekä hoitoon pääsyn helppous. (Savikko & Pitkälä, 2006, 4, 5.) Sosiaalisen tuen ja rohkaisemisen on todistettu vaikuttavan potilaan hoitoon sitoutumiseen ja onnistuneeseen hoitoon. Myös vertaisten tuki voi parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. (Lääketietokeskus 2004; Savikko & Pitkälä, 2006, 5.) Potilaan psyykkisillä,

fyysisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla on yhteys siihen, kuinka hän hoitaa itseään. Ohjauksella ja muilla hoitotoimilla pyritään löytämään ihmisen henkilökohtaiset voimavarat ja tukemaan niitä. Potilaan senhetkinen elämäntilanne vaikuttaa hänen hoitoon sitoutumiseensa. (Kygäs & Hentinen 2008, 27.)

7 POTILAAN OHJAAMINEN OPPAAN AVULLA TERVEYTTÄ EDISTÄEN

Terveyden edistäminen on tärkeä osa opinnäytetyötämme, sillä potilasohjeen tarkoituksena on edistää ja ylläpitää virtsainkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatua. Terveyden määritelmiä on monenlaisia ja opinnäytetyössämme terveydellä tarkoitetaan WHO:n määritelmää, joka jakaa terveyden kolmeen erilliseen osaan, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen. (Vertio 2003, 15, 26.) Terveyden edistäminen työssämme tarkoittaa Vertion määritelmää, jonka mukaan terveyden edistäminen tarkoittaa toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveyden huolehtimisessa sekä terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Vertio 2003, 15, 26.)

Terveyden edistämisen näkökulma tulisi ottaa huomioon nykyistä paremmin kaikissa terveystalveissa. Terveyden edistämiseen liittyvät kiinteästi yksilöä, yhteisöä ja yhteiskuntaa koskevat tekijät. Yksilötasolla tarkoituksena on edistää ja ylläpitää elämänlaatua sekä lievittää ja ehkäistä inhimillistä kärsimystä. Yhteisötasolla nostetaan esiin terveyttä edistävien ympäristöjen kehittämistä, hyvien vuorovaikutussuhteiden ylläpitämistä sekä moniammatillisen yhteistyön toimivuutta yksilöiden tukemisessa terveystalveissaan ja vastuun ottamisessa terveydestään. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 122.)

7.1 Potilasohjauksen tärkeys hoitotyössä

Opinnäytetyössämme tarkoitamme potilasohjauksella yksilöllistä vuorovaikutussuhdetta, jolla parannetaan potilaan selviytymistä terveystalveissa, koulutetun ja pätevän ohjaajan sekä potilaan välillä (Rauhasalo 2003, 21). Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa asiakkaan hoitoa ja sitä toteutetaan suunnitelmallisesti osana asiakkaan hoitoa ja hoitotoimenpiteitä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5). Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain

(1992/785, 5 §) mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa hänen terveyden tilastaan, hoidon laajuudesta sekä vaihtoehtoista että riskitekijöistä tavalla, jonka hän ymmärtää. Ohjaus on järjestettävä niin, että se on eettisesti turvallista ja etiikan sääntöjen mukaan toteutettu (Kääriäinen 2007, 25). Hoitoaikojen lyhenemisen myötä ohjauksen tehostuminen korostuu (Kyngäs ym. 2007, 5). Potilaat etsivät usein itse tietoa sairaudestaan ja hoidosta, joten on tärkeää, että he saavat luotettavaa ja uusinta tietoa helposti (Liimatainen ym. 2005, 49). Potilaalla on myös valta päättää hoidostaan sekä siitä, ottaako ohjausta vastaan ja toimiiko ohjeiden mukaan. Potilas tekee siis itse päätöksen saamiensa tietojen perusteella. Hoitohenkilökunnan on oltava tietoinen omista rajoistaan ohjaajina. (Kääriäinen 2007, 25–26.)

Asiakkaan yksilöllinen tukeminen ja ohjaaminen edellyttävät hoitotyöntekijältä kyseisen asian ja asiakkaan hyvää tuntemista (Hupli 2004, 78). Hoitajalla on vastuu potilaan ohjaamisen kokonaiskoordinoinnista ja toteuttamisesta. Tutustumalla potilaan sairauskertomuksiin ja muihin tietoihin hoitaja voi ennakoida ja suunnitella ohjaustilannetta ja sen sisältöä etukäteen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26.) Ohjauksen suunnittelussa tarkoitus on poistaa epäolennaiset, sekä jo potilaan tiedossa olevat asiat, jotta ohjaus sujuisi mahdollisimman hyvin ja aika voitaisiin käyttää mahdollisimman hyvin hyödyksi (Rauhasalo 2003, 22). Huplin (2004) mukaan potilasohjauksen tavoitteena on potilaan tukeminen, ohjaaminen ja opettaminen hänen omista lähtökohdistaan. Esimerkiksi lasten, perheiden ja ikään-tyvien potilaiden erityisvaatimukset vaikuttavat ohjaukseen. Potilasohjauksessa onkin tärkeää kiinnittää huomiota potilaan yksilöllisiin oppimistarpeisiin ja voimavaroihin, joita tukemaan voidaan tarvita erilaisia ohjausmateriaaleja. (Liimatainen, Hautala, Perko 2005, 49.) Ohjauksen tyyppiin vaikuttaa myös potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutus arkeen (Peltoniemi 2007, 27). Nykyään mietitään entistä tarkemmin, miten ohjaus tulee suorittaa ja asia esittää, jotta potilas ymmärtäisi sen hoitotyöntekijän tarkoittamalla tavalla (Torkkola ym. 2002, 7).

Ohjaustilanteessa hoitajan käyttäytyminen vaikuttaa potilaan vastaanottamaan tietoon. Tilanteessa on tarkoitus, että potilas ja hoitaja ovat vuorovaikutuksessa

keskenään. Hoitajan luennointityyppinen ohjaus voi aiheuttaa sen epäonnistumisen. Hoitajan on tärkeää kuunnella ja havainnoida potilasta, hänen ilmeitään ja eleitään, jotka kertovat jännittyneisyydestä, ahdistuksesta ja kiinnostuksen puutteesta. Nämä tekijät voivat estää ohjeiden omaksumisen. (Torkkola ym. 2002, 26–27.) Ohjaussuhteen tulisi olla rauhallinen ja luottamuksellinen sekä molemmin puolin kunnioittava (Rauhasalo 2003, 22).

Hoitajan rauhallinen läsnäolo ja kuuntelu voivat antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa psyykkistä ja sosiaalista tukea. (Torkkola ym. 2002, 26–27.) Sosiaalinen tuki vaikuttaa potilaan hyvinvointiin säätelemällä ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä terveyttä edistävällä tavalla sekä vaikuttaa potilaan käsitykseen elämän merkityksellisyydestä. Sosiaalisen tuen saaminen vähentää sairastumisriskiä ja edistää paranemista sekä on tärkeä selviytymistä edistävä tekijä. (Mikkola 2006, 36.) Sosiaalinen tuki hoitotyössä nähdään yhteydessä hoitoon ja potilaan tarpeiden tyydyttämiseen ammatillisen suhteen kautta ja ammatillisuuden rajoissa. Tärkeimmän sosiaalisen tuen potilas saa usein omaisiltaan. (Kukkurainen 2006, 39.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaan käsitys omasta terveydestään on lisääntynyttä sairastavuutta ja kuolleisuutta ennustava tekijä. Samoin potilaan oman terveyskäsityksen huomioon ottaminen on todettu parantavan potilaan hoitoon sitoutumista. Jos potilaalla ja hoitohenkilökunnalla on eri käsitys potilaan terveydestä ja potilas yliarvioi terveytensä, ei hän näin ollen sitoudu hoitohenkilökunnan antamiin elämäntapaohjeisiin ja on tyytymätön hoitohenkilökuntaan ja näiden toimintaan. (Meriranta 2009, 39–40.) Ohjaus on merkittävä tekijä, jotta potilas voi sitoutua ja osallistua hoitoonsa. (Rauhasalo 2003, 22). Terveystottumusten parantamista tukevat sosiaalinen tuki, kohentunut terveydentila, tiedon saanti, myönteinen minäkuva ja itseluottamus (Meriranta 2009, 42).

Ohjauksella tuetaan asiakkaan omia voimavaroja, kannustetaan häntä ottamaan itse vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään (Kynge ym. 2007, 5). Potilasohjaus edistää potilaan itsehoitovalmiuksia ja elämänlaatua (Hupli 2004, 77). Kyngeksen ym. (2007) mukaan ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Hyvän ohjauk-

sen tavoitteena on myös edistää potilaan tai asiakkaan kotona selviämistä. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Ohjauksella yritetään muuttaa potilaan käyttäytymistä, jotta hän voisi omaksua terveyttä edistävän toimintatavan (Peltoniemi 2007, 24). Se myös kannustaa asiakasta saavuttamaan ne tavoitteet, jotka hoidossa on asetettu. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Potilas kaipaa käytännön ohjeita, joita hän voi soveltaa omassa elämässään, enemmän kuin yleisiä ohjeita (Peltoniemi 2007, 24). Hyvä tiedon saanti vähentää potilaan ja hänen omaistensa sairauteen liittyviä pelkoja ja ahdistusta. Se myös mahdollistaa ja rohkaisee potilasta tekemään itseään koskevia päätöksiä hoitosuhteessa. (Torkkola ym. 2002, 24–25.) Ohjauksella pyritään myös tukemaan potilasta tämän elämäntilanteessa ja auttamaan tätä sopeutumaan muutokseen (Peltoniemi 2007, 25).

7.2 Hyvä kirjallinen ohje

Suullisen tiedon, erityisesti suuren tietomäärän jälkeen tärkein osa ohjauksesta voi unohtua hetkessä. (Torkkola ym. 2002, 29.) Tämän vuoksi ohjauksen antamisen lisäksi voidaan potilasohjauksessa käyttää kirjallista materiaalia, ohjaus- ja opetusoppaita, monisteita ja lehtisiä. Erityisesti hoitoajan ollessa lyhyt tai ohjattavia asioita on paljon, kirjallinen materiaali takaa potilaalle mahdollisuuden tarkistaa asioita omassa rauhassa. (Hupli 2004, 61; Torkkola ym. 2002, 29.) On tärkeää, että ohjausmateriaali ei ole ristiriidassa suullisen ohjauksen kanssa (Torkkola ym. 2002, 29). Ohjausmateriaalin merkitys on korostunut, sillä potilaat haluavat tietää sairauksistaan ja niiden hoidosta. Heiltä myös odotetaan parempia itsehoitovalmiuksia. (Liimatainen ym. 2005, 49.) Kirjallisten ohjeiden etuna on, että myös omaiset saavat tietoa (Torkkola ym. 2002, 29).

Selkeässä ja ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa tai oppaassa tulee ilmoittaa, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Potilasohjeessa on hyvä olla myös informaatiota lisätietojen hankkimisesta ja yhteydenottomahdollisuudesta. Hyvässä potilasohjeessa käsiteltävän asian sisältö tulisi esittää vain pääkohdittain, jottei tietoa olisi liikaa. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Hyvästä potilasohjeesta

tulisi löytyä vastauksia kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä (Liimatainen, Hautala & Perko, 2005, 50).

Ohjausmateriaalit voivat olla hyvin erilaisia sekä ulkonäöltään, että sisällöltään, riippuen asiakasryhmästä, jolle se on tarkoitettu. Ohjausmateriaalin sisällön tulisi olla tarkka ja ajantasainen. Kirjallisessa ohjeessa tulisi huomioida myös asiakkaan kokonaisuus, ei esimerkiksi vain fyysistä vaivaa. Ymmärrettävä ja selkeä kirjallinen ohje on selkeästi luettava ja siihen voidaan lisätä kuvia, kuvioita, kaavioita ja taulukoita, jotka auttavat potilasta ymmärtämään tekstin paremmin tai syventämään ymmärrystä. Ohjausmateriaalin kielen tulee olla selkeää ja termien pitää olla yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

Ohjeen sisältö täytyy myös olla yksiselitteistä ja potilaan on ymmärrettävä asia niin kuin hoitohenkilökunta on sen ajatellut. Ohje ei saa sisältää tulkinnanvaraisia ohjeita. (Torkkola ym. 2002, 7). Hyvältä informaatiolta edellytetään myös, että se etenee loogisesti. Potilasohjeissa tulee kiinnittää huomiota myös lauseiden kokoon sekä sivujen ja kirjainten fonttiin. (Hupli 2004, 61.) Potilasohjeen lopussa tulee ilmoittaa yhteystiedot ja mahdolliset lisätiedot. Hyvässä ohjeessa kerrotaan myös mihin potilas voi ottaa yhteyttä, ellei hän ole ymmärtänyt ohjeita tai hänellä on muuta kysyttävää. (Liimatainen ym. 2005, 50.)

7.3 Oppaan toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on luoda käytännön työelämään toiminnan järjeistämistä, ohjeistusta, opastusta tai järjestämistä (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51). Osasto toivoi, että opas sisältäisi virtsainkontinenssin muodot ja hoitomahdollisuudet. Kaikki oppaaseen tuleva tieto löytyy opinnäytetyöstä.

Teimme ensin raakaversioiden oppaasta ja kokeilimme erilaisia kuvia ja malleja. Laitoimme kaikki haluamamme aihealueet, eli mitä virtsankarkailu tarkoittaa, yleisyys, syyt virtsankarkailuun, virtsankarkailun muodot, virtsankarkailun hoitomahdollisuudet ja yhteystiedot oppaaseen, ja aloimme karsia turhaa tietoa tekstiosuuk-

sista. Kun olimme päättäneet käytettävät kuvat ja tekstit veimme oppaan osastolle arvioitavaksi. Tarkoitus oli arvioida opasta useamman kerran, mutta kiireisen aikataulun vuoksi arviointi jäi vain yhteen kertaan.

7.4 Oppaan arviointi ja julkaisu

Ohjaajamme arvioi opasta sekä kävimme haastattelemassa naistentautien osastonhoitajaa, osaston inkontinenssivastaavaa hoitajaa ja osaston ylilääkärinä sekä uroterapeuttia tavoitteemme täyttymisestä.

Ohjaajamme mielestä oppaamme vaati paljon korjausta, koska se ei hänen mukaansa ollut innostava. Se kaipasi hänen mielestään otsikointia, kuvia, kappalejakoja ja selkeyttä. Hän halusi siihen myös enemmän konkreettisia ohjeita potilaalle arjen ongelmiin.

Osastonhoitaja oli erittäin tyytyväinen oppaaseemme, eikä hänellä ollut siihen muuta korjattavaa kuin pieniä kirjoitusvirheitä. Hänen mielestään se oli kohderyhmälle sopiva, johdonmukainen ja selkeä. Hänen mukaansa ohjaajamme ehdottamia kuvia eivät ole tarpeellisia oppaaseen, niihin sisältyvän tekijänoikeusongelman takia. Kattavuudesta ja sisällöstä hän kommentoi asiantuntijoiden, eli osaston inkontinenssivastaava hoitajan ja osaston ylilääkärin, tarkistavan sen.

Osaston inkontinenssivastaava hoitaja oli myös tyytyväinen oppaaseemme, sen selkeyteen ja maallikoille sopivaan kieleen. Hänen mielestään ohjaajamme ehdottamien kuvien ei myöskään ollut aiheellinen, sillä hänen mielestään virtsankarkailuongelmasta kärsivät ihmiset eivät kaipaa houkuttelevaa opasta vaan tietoa sairaudestaan. Kohderyhmälle sopivuudesta hän kommentoi, että opas voisi olla lähempänä potilasta eli siinä voitaisiin sinutella potilasta, jotta tämä tuntisi, että opas on juuri hänelle tarkoitettu. Opas oli hänen mielestään kattava, mutta hän toivoi vielä lisää käytännön ohjeita, lisää tietoa hoitotarvikkeiden saatavuudesta ja sekä elämäntavoista liittyen virtsainkontinenssin hoitoon.

Osaston ylilääkäri, joka on tehnyt tutkimuksia virtsainkontinenssista, halusi tavata meidät, sillä hänellä oli täsmennettävää oppaaseemme. Kävi kuitenkin ilmi, että olimme ymmärtäneet asian oikein, hän vain halusi tarkentaa, miten asioita esitettiin potilaille ja tiivistää sisältöä. Hän oli myös tyytyväinen oppaan kattavuudesta, mutta halusi myös lisätä elämäntapoihin liittyviä ohjeita.

Omasta mielestämme oppaamme on hyvä kirjallinen ohje käyttämiemme lähteiden pohjalta. Oppaamme on siisti ja selkeä ulkonäöltään. Se on tarkoitettu aikuisille naisille, joilla on jo diagnosoitu, jokin virtsainkontinenssin muoto, joten mielestämme se ei kaipaa houkuttelevia kuvia. Oppaamme on kirjoitettu maallikkokielellä, joten se on helposti ymmärrettävä. Se etenee loogisesti siitä mitä virtsainkontinenssi tarkoittaa, paljon sitä esiintyy, inkontinenssin muotoihin ja siihen miten sitä voidaan ja miten potilas itse voi sitä hoitaa. Siinä kerrotaan mistä voi hankkia lisätietoa. Olisimme halunneet lisätä oppaaseen linkkejä virtsainkontinenssista kertoville sivuille, mutta koska emme voi mainostaa tiettyjä inkontinenssisuojia myyviä merkkejä, jätimme ne pois, koska lähes kaikki sivustot mainostavat jotain merkkiä. Olisimme toivoneet saavamme enemmän ja useammin arviointia oppaasta osaston puolelta, mutta se kiireellisen aikataulumme vuoksi jäi mielestämme vajavaiseksi.

Teimme oppaaseen vaaditut muutokset ja osasto hyväksyi oppaan (liite 1). Oppaasta on toimitettu osastolle sähköinen ja paperinen versio. Sähköistä versiota osasto voi tarpeen tullen muokata ja päivittää. Osasto itse huolehtii oppaan kopiointista ja näin ollen myös kuluista. Opas on kaikkien osastolla työskentelevien käytössä.

8 OPINNÄYTETYÖN JA PROSESSIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Idea aiheesta virtsainkontinenssin itsehoito-opas syntyi Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien osaston tarpeesta saada kattava opas virtsainkontinenssipotilaille. Kiinnostuimme ideasta ja lähdimme toteuttamaan opinnäytetyötämme yhteistyössä naistentautien osastonhoitajan kanssa.

Aluksi koimme vaikeaksi hahmottaa, mitkä kaikki aihealueet sisältyvät toiminnallisen opinnäytetyön ja sen teoreettisen viitekehyksen tekemiseen. Ohjaajamme auttoi aihealueiden löytymisessä, koska itse olimme jumiutuneet lääketieteelliseen osioon inkontinenssista, emmekä löytäneet siitä paljoakaan lisää lähteitä. Opinnäytetyötä suunnitellessamme luulimme, että virtsainkontinenssin ollessa niin yleinen ongelma, siitä löytyy helposti erilaisia väitöskirjoja. Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että meillä oli yksi yhteinen rajoittava tekijä, emme kumpikaan olleet lahjakkaita englanninkielisten väitöskirjojen lukemisessa tai ymmärtämisessä. Suurin osa virtsainkontinenssista tehdyistä tutkimuksista oli englanninkielisiä. Pyrimme kuitenkin etsimään mahdollisimman uutta sekä monipuolista lähdemateriaalia ja onnistuimme siinä mielestämme hyvin ja kattavasti. Englanninkielisten lähteiden runsaampi käyttäminen olisi kuitenkin varmasti antanut lisäarvoa työllemme. Tärkeitä opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä olivat myös terveyden edistäminen ja hoitoon sitoutuminen.

Meille, opinnäytetyön tekijöille, tärkeät aiheet olivat myös hyvän oppaan kriteerit sekä potilaan ohjaaminen. Löysimme opinnäytetyöhömmme tutkimuksia potilasohjauksesta. Kuitenkin siitä, millainen on hyvä potilasopas, löytyi vain vähän tutkittua tietoa sisältäviä lähteitä. Tästä aihealueesta olisimme toivoneet löytävämme enemmän tietoa, sillä opas oli opinnäytetyöstämme työelämään syntyvä tuote.

Lyhyen aikavälin tavoitteena oli luoda kattava, kohderyhmälle sopiva, selkeä ja johdonmukainen opas virtsainkontinenssin itsehoitoon naisille. Tähän tavoitteeseen pääsimme tuottamallaamme oppaalla. Pitkän aikavälin tavoitteena oli antaa

tietoa ja parantaa virtsainkontinenssipotilaiden hyvinvointia elämässään sekä kehittää naisen virtsainkontinenssin hoitoa ja oppaan avulla helpottaa naistentautien hoitohenkilökunnan työtä. Tavoitteen toteutumista on vaikeaa arvioida ilman tutkimuksen tekoa, mutta luulemme, että koska olemme tehneet suuren työn keräämällä tietoa virtsainkontinenssista ja sen hoidosta, voi opinnäytetyömme lukemisesta olla hyötyä hoitajille, jotka työskentelevät virtsainkontinenssista kärsivien naispotilaiden kanssa. Toivomme myös, että naistentautien osastolla käyvät virtsainkontinenssipotilaat saavat tarvitsemansa tiedon oppaastamme.

Toivoimme hyötyvämmä opinnäytetyön tekemisestä siten, että osaamme löytää potilaistamme naiset, jotka kärsivät virtsainkontinenssista ja ohjata heidät jatkohoitoon. Luulemme, että tehtyämme opinnäytetyön osaamme tunnistaa oireet virtsainkontinenssista kärsivillä naisilla ja ohjata heidät oikeaan paikkaan, eli omalle terveyskeskuslääkärille, joka ohjaa heidät gynekologille tai uroterapeutille, joka ohjaa heitä ja antaa heille heidän tarvitsemaansa hoitoa.

LÄHTEET

Ala-Nissilä, S. (toim.) 2006. Naisten virtsankarkailun hoito. Käypähoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä [viitattu 13.1.2010] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50050>

Ala-Nissilä, S. & Kiilholma, P. 2008. Mikä avuksi naisten virtsankarkailuun. Suomen lääkärilehti 44/2008. [viitattu 11.5.2010] Saatavissa:

http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=1&session_id=07401.8000853721

Anttila, M. 2010. Asiantuntijasairaanhoitaja, uroterapeutti ja seksuaalineuvoja. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä. Haastattelu 8.11.2010.

Aukee, P., Kinnunen, P., Huhtala, T., Åkerman, P., Lundsted, S. & Kairaluoma, M. 2006. Kuinka edistämme kuivana pysymistä? Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 49–50/2006. [Viitattu 30.9.2010] Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi.aineistot.phkk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL492006-5173.pdf>

Aukee, P., Stach- Lempinen, B. & Hainari, S. 2007. Virtsankarkailu aiheuttaa häpeää ja kustannuksia. Suomen lääkärilehti 14–15/2007 vsk 62.

Hupli, M. (toim.) 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A45/2004. Turku: Turun yliopisto.

Kiilholma, P. & Päivärinta, E. (toim.) 2007. Inkontinenssin ABC – opas hyvään hoitoon. Jyväskylä: Gummerus.

Kiilholma, P. 2005. Naisen virtsainkontinenssin leikkaushoito kehittyy. Suomen lääkirilehti 46/2005. [viitattu 19.3.2010] Saatavissa: http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=2&session_id=94803.5770711721

Kukkurainen, M. L. 2006. Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. [Viitattu 24.10.2010] Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514282663/isbn9514282663.pdf>

Kurki, M. 2005. Inkontinenssikursseilta apua virtsankarkailuun. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.

Kyngäs, H. & Henttinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. [Viitattu 24.10.2010] Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U., (toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Lääketietokeskus 2004. [Viitattu 25.10.2010] Saatavissa: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

Meriranta, P. 2009. Kohonneen verenpaineen hoito – Hyvää hoitoa etsimässä. Väitöskirja. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteenlaitos. Yleislääketieteen yksikkö. Kuopion yliopisto. [Viitattu 23.10.2010] Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1388-2/urn_isbn_978-951-27-1388-2.pdf

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 24.10.2010]
Saataavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2728-8>

Nilsson, C. 2004. Naisten virtsainkontinenssi – Hävetystä vaivasta kansantaudiksi. Helsingin lääkäri-lehti 2/2004, 21-28.

Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. (toim.) 2002. Urologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Peltoniemi, A. 2007. Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Väitöskirja. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. [Viitattu 24.10.2010] Saataavissa:
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514283642/>

Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Helsinki: WSOY.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirja. Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 24.10.2010] Saataavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1549-2>

Salovaara, J. 2007. Inkontinenssi – Moniulotteinen ongelma – Moniammatillista osaamista tarvitaan. Sairaanhoitaja-lehti 3/2007. [Viitattu 30.9.2010] Saataavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2007/muut_artikkelit/inkontinenssi-moniulotteinen_o/

Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Tabu 5/2006. Lääkelaitos. [Viitattu 25.10.2010]. Saataavissa:

http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/tabu_tabu52006.pdf

Schenkmanis, U. & Ulmsten, U. 2007. Inkontinenssi. Helsinki: WSOY.

Stach-Lempinen, B. 2008. Naisen virtsainkontinenssi. Ajankohtaista Lääkäriin käsikirjasta. Duodecim. [Viitattu 30.9.2010] Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97353.pdf>

Takala, T. 2010. Osaston ylilääkäri. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Haastattelu 8.10.2010.

Takala, T. & Vaari, T. 2005. Ensikokemuksia TOT-leikkauksesta naisen virtsan-karkailun hoidossa. Suomen lääkirilehti 46/2005. [Viitattu 19.3.2010] Saatavissa:

http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=2&session_id=25003.6430711721

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

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

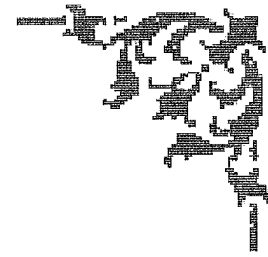
Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä – vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

LIITTEET

- LIITE 1 Itsehoito-opas virtsainkontinenssipotilaalle
- LIITE 2 Virtsaamispäiväkirja
- LIITE 3 Yliaktiivisen rakon arviointilomake
- LIITE 4 Virtsankarkaamisen haitta-aste

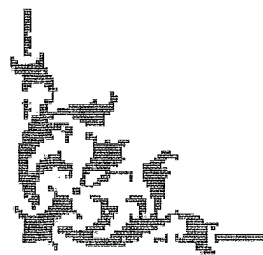
Virtsa karkailee – Mikä avuksi?
Opas sinulle, joka kärsit virtsankarkailusta

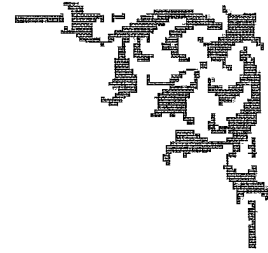




Mikä virtsankarkailu?

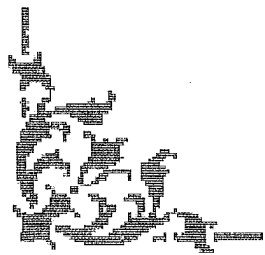
Jos kärsit virtsainkontinenssista, eli virtsanpidätyskyvyttömyydestä, tarkoitetaan sillä tilaa, jolloin et pysty kontrolloimaan virtsaamista ja seurauksena virtsasi karkaa tahattomasti. WHO on määritellyt virtsainkontinenssin sairaudeksi ja kansantaudiksi, joka yleistyy kaikkialla maailmassa.

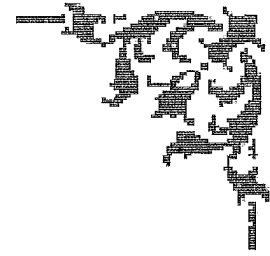




Sinulla ja monilla muilla

Tahaton virtsankarkailu on hygieeninen, sosiaalinen ja yhteiskunnallinen terveysongelma, josta sinun lisäksi kärsii arviolta 5–8 % koko väestöstä. Suomalaisnaisilla virtsankarkailua esiintyy 20 %:lla 25–60 vuotiaista. Olet minkä ikäinen tahansa, voi sinulla esiintyä virtsankarkailua, kuitenkin sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Yleisintä sairautesi on synnyttäneiden ja ikääntyvien naisten keskuudessa ja yli 70-vuotiailla naisilla virtsankarkailua esiintyy noin 60 %:lla.

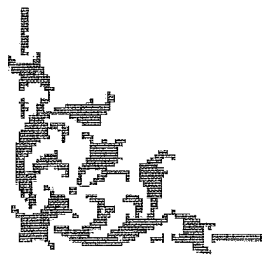




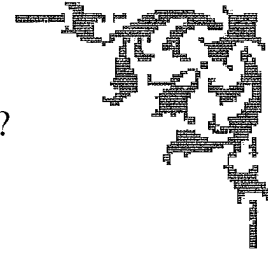
Miksi virtsasi karkaa?

Merkittävin virtsankarkailun riskitekijä on ikä. Normaali ikäänntyminen ei kuitenkaan aina aiheuta virtsankarkailua, vaan se on oire tai seuraus elimistösi häiriöstä.

Raskaus ja synnytys lisäävät virtsankarkailun riskiä erityisesti sinulla, joka kuulut nuorempiin ikäryhmiin. Myös ylipaino on merkittävä riskitekijä ja virtsankarkailun riski suurenee painoindeksin kasvaessa. Muita elintapoihin liittyviä riskitekijöitä ovat heikko lihaskunto, tupakointi, runsas juominen sekä ummetus.

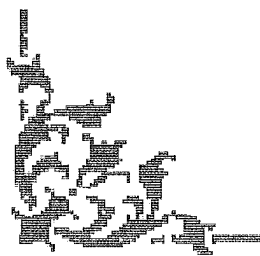


Millainen on sinun virtsankarkailutyypiksi?



Naisilla useimmiten esiintyviä virtsankarkailumuotoja ovat ponnistusinkontinenssi, pakkoinkontinenssi ja sekamuotoinen inkontinenssi.

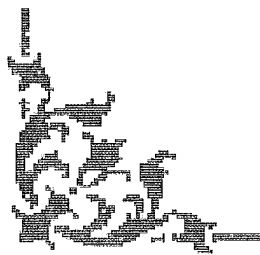
Ponnistusinkontinenssi eli stressi-inkontinenssi on tahatonta virtsankarkaamista fyysisten ponnistusten yhteydessä. Se on yleisin virtsankarkailutyypiksi naisilla, ja siitä kärsii noin puolet inkontinenssipotilaista. Ponnistusinkontinenssissa virtsasi karkaa esimerkiksi kun yskit, aivastat, hölkkäät, naurat tai nostat jotain painavaa. Oireet korostuvat virtsarakon ollessa täysi, mutta melko tyhjistäkin rakosta voi karata virtsaa. Ponnistusinkontinenssi on seurausta virtsaputkeasi ympäröivien tukirakenteiden tai virtsaputken sulkijamekanismin heikentymisestä.





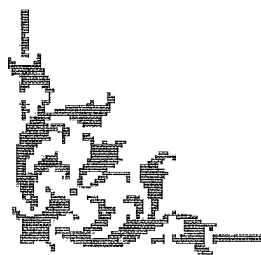
Pakkoinkontinenssilla tarkoitetaan tilannetta, jolloin sinulle tulee voimakas virtsapakko, etkä tällöin pysty pidättelemään virtsaa. Pakonomainen tarve voi lisääntyä normaaliin elämääsi liittyvissä tilanteissa.

Tyypillistä pakkoinkontinenssille on, että virtsaat tiheästi, et kykene katkaisemaan virtsasuihkua ja karkaavat virtsamäärät ovat suuria. Pakkokarkailun saa aikaan rakkolihaksen hallitsematon supistelu ja sen lievemmästä muodosta voidaan puhua yliaktiivisena rakkona, jolloin virtsasi ei kuitenkaan vielä karkaa. Sinulle, joka kärsit pakkoinkontinenssista, signaalit tyhjentää rakko tulevat siis liian aikaisin ja liian voimakkaina.

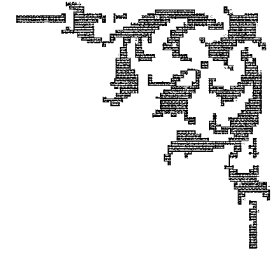




Sekamuotoisesta inkontinenssista kärsiessäsi, on sinulla samanaikaisesti ponnistus ja pakkoinkontinenssia. Eniten sitä esiintyy vaihdevuosien jälkeen, jolloin ponnistusinkontinenssiin liittyy rakkon venyvyyden ja tilavuuden vähentyessä myös virtsapakon oireita.

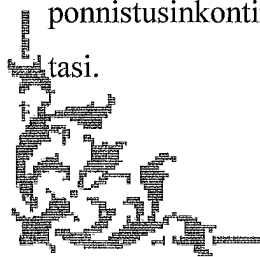


Miten virtsankarkailuasi voidaan hoitaa?



Virtsankarkailun tyyppi selvitetään ennen, kuin sinulle valitaan oikea hoitomuoto. Elintapamuutoksilla voit vaikuttaa pakko- ja ponnistusinkontinenssiin. Nautitun nesteen laatu ja määrä vaikuttavat virtsainkontinenssin oireisiin. Vähentämällä vuorokaudessa nautitun nesteen määrän kahteen litraan, voit vähentää karkaavan virtsan määrää. Kahvi, tee ja alkoholi lisäävät virtsantuotantoa ja näiden juomien välttäminen voi helpottaa virtsainkontinenssiasi. Jos virtsa karkailee yöllä tai heräät yöllä rakko täynnä, voit helpottaa oireita vähentämällä juomista kello 18 jälkeen ja välttämällä virtsanmäärää lisääviä juomia illalla.

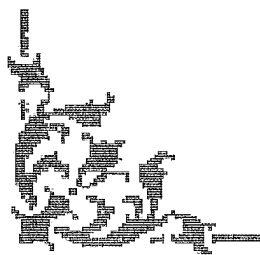
Säännöllisillä virtsaamiskerroilla on suuri vaikutus virtsan karkaamiseen. Suositeltavaa olisi, että käyt viisi kertaa päivässä tyhjentämässä rakkosi, eli ensimmäisenä aamulla, viimeisenä illalla sekä säännöllisesti päivän aikana. Jos olet ylipainoinen ja kärsivät ponnistusinkontinenssista, laihduttaminen saattaa helpottaa oireitasi.

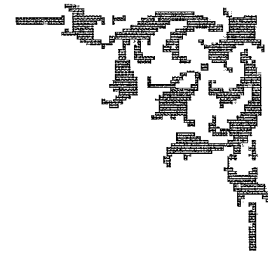




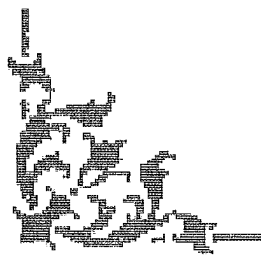
Kärsit sitten mistä tahansa virtsankarkailumuodosta, voit saada apua lantionpohjan ohjatusta lihasharjoittelusta. Fysioterapeuteilta ja hoitajilta saa ohjausta lantionpohjan lihasharjoittelusta, koska on tärkeää, että löydät oikeat lihakset, joita harjoitella. Jotta saavutettaisiin pitkäaikaisia vaikutuksia, on sinun toistettava harjoituksia säännöllisesti.

Inkontinenssisuojia voit käyttää estämään virtsankarkailun haittoja ja niitä saat ostettua tavallisista marketeista. Suojien avulla voit liikkua ja olla aktiivinen virtsankarkailusta huolimatta. Puhtaudesta huolehtiminen ehkäisee virtsankarkailuun liittyviä hygieenisiiä ja sosiaalisia ongelmia.





Pakkokarkailuasi voidaan hoitaa myös lääkityksellä, niin sanotuilla antikolinergeilla. Leikkaushoidosta taas on apua ponnistus- ja sekamuotoisen inkontinenssin hoidossa. Gynekologi arvioi leikkauksen tarpeellisuuden ja siitä saatavan hyödyn. Yleensä leikkaukset ovat päiväkirurgisia toimenpiteitä ja niiden paranemistulokset hyviä.



Tarvittaessa voit ottaa yhteyttä:

Naistentautien poliklinikka 03 819 2305

Naistentautien osasto 63 03 819 2163



Yliaktiivisen rakon arviointilomake

(Finnish version of the OAB-V8™ Assessment Tool)

Nimi _____ Pvm _____

Alla olevissa kysymyksissä tiedustellaan, kuinka paljon eräät virtsarakkoon liittyvät oireet mahdollisesti vaivaavat sinua. **Ympyröi se numero**, joka parhaiten kuvaa, kuinka paljon kyseinen oire on sinua vaivannut. Laske numerot yhteen ja merkitse yhteispistemäärä alla olevaan ruudukkoon.

Kuinka paljon sinua on vaivannut...	Ei ollenkaan	Vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Hyvin paljon	Erittäin paljon
1. Usein toistuva virtsaaminen päiväsaikaan?	0	1	2	3	4	5
2. Epämiellyttävä virtsaamispakko?	0	1	2	3	4	5
3. Äkillinen virtsaamispakko ilman tai melkein ilman varoitusta?	0	1	2	3	4	5
4. Satunnainen, pienten virtsämäärien karkailu?	0	1	2	3	4	5
5. Yöllinen virtsaaminen?	0	1	2	3	4	5
6. Herääminen yöllä siihen, että sinun piti virtsata?	0	1	2	3	4	5
7. Hallitsematon virtsaamispakko?	0	1	2	3	4	5
8. Virtsankarkailu liittyneenä voimakkaaseen virtsaamistarpeeseen?	0	1	2	3	4	5
Oletko mies?	Jos olet mies, lisää 2 pistettä yhteispistemääräsi					

Merkitse tähän vastauksesi yhteenlaskettu summa

Anna tämä lomake lääkärillesi käynnin yhteydessä.

Jos pistemääräsi on 8 tai enemmän, sinulla saattaa olla yliaktiivinen virtsarakko.

Tähän vaivaan on olemassa tehokkaita hoitokeinoja.

Huom. Sinulta saatetaan pyytää virtsanäyte lääkärikäynnin yhteydessä.

Kysy asiasta ennen kuin menet lääkäriin vastaanotolle.

Virtsan karkaamisen haitta-aste

Nimi	Pvm		
Henkilötunnus	Ongelma esiintynyt	kk/vuotta	
Haitta-aste %	Pituus	Paino	Ikä

Merkittävä rastilla sopivin vaihtoehto		Ei 0 p.	Joskus 1 p.	Usein 2 p.
1.	Karkaako Teiltä virtsa ilman ponnistusta ja asennosta riippumatta (esim. makuulla)?			
2.	Esiintyykö virtsan karkaaminen (vasta) vähäisessä ponnistuksessa (esim. seisomaan noustessa, kävellessä)?			
3.	Karkaako Teiltä virtsaa (vasta) yhtäkkisissä, voimakkaissa ponnistuksissa (esim. aivastaessa, yskiessä, juostessa)?			
4.	Haittaavatko karkailuoireet päivittäisiä askareitänne (kaupassakäynti, ruuanlaitto, siivous tms.)?			
5.	Onko oireistanne haittaa ansiotyössänne (asiakkaiden palveleminen, työsuoritukset tms.)?			
6.	Pelkäätkö, että muut huomaavat vaivanne (haju, märkyys tms.)?			
7.	Joudutteko luopumaan menoistanne (liikunta, kyläily, teatteri, kirkko tms.)?			
8.	Haittaavatko karkailuoireet sukupuolielämäänne?			
9.	Aiheuttaako karkailu ulkosynnyttimienne ärtymistä?			
10.	Joudutteko käyttämään suojavaippoja tai -siteitä?			