

VALOHOITO-OPAS IHOTAUTIA SAIRASTAVALLE ASIAKKAALLE

Tanja Jäntti ja Kirsi Pesonen
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Jäntti, Tanja ja Pesonen, Kirsi. Valohoito-opas ihotautia sairastavalle asiakkaalle. Helsinki, kevät 2012, 46 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Olemme tuottaneet opinnäytetyönä Ihopisteen asiakkaille valohoitoa koskevan oppaan. Oppaan tavoitteena on antaa tietoa valohoidosta ja sen toteutuksesta sekä tukea asiakkaan itsehoitoa. Oppaan tieto on koottu alan perusteoksista ja asiantuntija-artikkeleista.

Valohoidot ovat osa erilaisten tulehduksellisten ihotautien hoitoa. Opas sisältää teoriaa ihon rakenteesta ja valohoidon vaikutuksesta ihoon sekä konkreettista ohjausta valohoidon toteutuksesta ja siihen liittyvistä valmisteluista. Opinnäytetyön raporttiosuudessa käsittelemme ihotauteja, niiden hoitoja sekä valohoitoa laajemmin kuin oppaassa.

Ihotaudit vaikuttavat ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, vaikka ne ovat harvoin terveydelle vaarallisia. Ihotautia sairastavan hoidon kulmakivi on itsehoidon tukeminen ja ohjaus. Ohjausvalmiudet ovat kiinteä osa sairaanhoitajan ammatillista ydinosaamista.

Opas on toteutettu yhteistyössä Iholiiton kanssa. Iholiitto ry on valtakunnallinen edunvalvonta- ja potilasjärjestö, jonka toimintaan kuuluvat Ihopisteet Helsingissä, Tampereella ja Rovaniemellä. Ihopisteen hoitajat ovat antaneet oppaasta palautetta, minkä mukaan olemme muokanneet sen lopulliseen muotoonsa. Opas tulee kaikkien kolmen Ihopisteen käyttöön toukokuussa 2012.

Asiasanat: Ihotaudit, valohoito, potilaan ohjaus ja neuvonta, potilasohje

ABSTRACT

Jäntti, Tanja and Pesonen, Kirsi

Phototherapy on skin diseases – a guidebook for patients.

46 p, 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of this production was to create a guidebook on phototherapy for patients. Our partner in this production was Finnish Central Organisation for Skin Patients. It has three units called Skin Care Centers. They provide treatment and counselling for out-patients. The aim of the thesis was to increase patients' knowledge on phototherapy. The guidebook is directed for adult patients who suffer from a skin disease and receive treatment for it in Skin Care Center.

Information was collected from books and articles written by experts on skin diseases. This thesis also contains information on the most common skin diseases and nursing. The guidebook contains 11 pages including information on ultraviolet radiation, phototherapy and advice for patient's self-care.

The guidebook was evaluated by the nurses who will use it in the patient education offered by Skin Care Center. Based on the feedback they provided us, we wrote the final version of the guidebook. This thesis and the guidebook are important because skin patients need support and information on their disease and the treatment. Phototherapy is an effective treatment on inflammatory skin diseases if it is done carefully and the patient is well prepared.

Keywords: phototherapy, guidebook, patient education, skin diseases

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	6
3 IHON RAKENNE JA TEHTÄVÄT	7
4 IHOTAUDIT.....	9
4.1 Psoriaasi.....	10
4.2 Atooppinen ekseema.....	11
4.3 Urtikaria.....	12
4.4 Morfea ja Mycosis fungoides.....	13
4.5 Punajäkälä.....	13
4.6 Akne	14
4.7 Vitiligo.....	15
5 VALOHOITO	16
5.1 Valohoidon toteutus.....	17
5.2 UVB-hoito	18
5.3 SUP-hoito	18
5.4 PUVA-hoito.....	19
6 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	21
6.1 Sairaanhoidaja ohjauksen asiantuntijana.....	22
6.2 Kirjallinen ohjausmateriaali.....	24
8 OPINNÄYTETYÖPROSESSI.....	30
8.1 Suunnittelu ja toteutus	26
8.2 Arviointi.....	33
9 POHDINTA	36
9.1 Eettisyys ja luotettavuus	36
9.2 Oma ammatillinen kasvu	38
LÄHTEET.....	40
LIITE 1 OPAS VALOHOIDOSTA.....	37

1 JOHDANTO

Ihosairauksissa ihon normaali toiminta on häiriintynyt. Seurauksena on ihon tulehduksia, hilseilyä, kutinaa ja ärtynyttä. Ihosairauksia voidaan hoitaa paikallishoidoilla eli suoraan iholle annosteltavilla lääkevoiteilla, suun kautta otettavalla lääkityksellä sekä ultraviolettisäteilyn vaikutukseen perustuvilla valohoidoilla. Ultraviolettisäteily hillitsee ihon tulehdusreaktiota ja parantaa vastustuskykyä sekä helpottaa oireita. Ihosairaudet ovat harvoin vakavia, mutta ne vaikuttavat ihotautia sairastavan elämänlaatuun. Hoitotyön tavoitteena on helpottaa ihotautia sairastavan arkielämää, auttaa selviytymään sairauden oireiden kanssa sekä lisätä itsehoitovalmiuksia.

Ihon valohoidot perustuvat ultraviolettisäteilyn hoitavaan vaikutukseen, joka on tunnettu jo tuhansia vuosia (Snellman 2003, 395). Ensimmäiset luonnonvaloa jäljittelevät keinovalot otettiin käyttöön 1800–1900-lukujen taitteessa. Vuosikymmenten kuluessa valohoitolamput ovat kehittyneet ja hoitotulokset parantuneet. Valohoidot jaetaan yksinkertaiseen valohoitoon eli fototerapiaan sekä valon ja lääkkeen yhdistelmähoitoon eli fotokemoterapiaan (Snellman, Huurto ja Jansen 2001, 557). Nykyään käytössä olevat valohoitolaitteet sisältävät UVA- ja UVB- säteitä. Ne vaikuttavat positiivisesti erilaisten tulehduksellisten ihosairauksien oireisiin. Valohoitoja käytetään muun muassa psoriaasin, atooppisen ihottuman ja muiden ihottumien hoidossa. (Laihia ym. 2009, 183; Snellman 2003, 400.)

Teimme opinnäytetyönä asiakkaille suunnatun oppaan valohoidosta yhteistyössä Iholiiton kanssa. Oppaan kohderyhmänä ovat Ihopisteen asiakkaat, jotka käyvät valohoidoissa. Oppaan kokoamisessa olemme käyttäneet lähteenä alan peruskirjallisuutta ja asiantuntija-artikkeleita. Työelämätahon yhteyshenkilöltä olemme saaneet arvokasta käytännön tietoa valohoidon toteutuksesta sekä hyödyllisiä neuvoja oppaan toteutukseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa yhteistyökumppanin käyttöön asiakkaille suunnattu opas valohoidosta. Valitsimme aiheen Diakin opinnäytetöiden aihevälityksestä. Tarve valohoitoon liittyvälle oppaalle tuli yhteistyökumppanin taholta, sillä Ihopisteillä ei ole käytössään yhtenäistä, asiakkaille suunnattua valohoidon ohjeistusta. Oppaan tavoitteena on välittää tietoa valohoidosta, siihen liittyvistä valmisteluista sekä itsehoidosta. Oppaan sisältö on hyväksytetty valohoitoihin perehtyneellä Ihopisteen hoitohenkilökunnalla.

Diakin opinnäytetöiden tekemistä ohjaavat periaatteet ovat työelämälähtöisyys ja konkreettiset lähtökohdat niin opiskelijan kuin yhteistyökumppanin kannalta (Kuokkanen, Kivirinta, Määttä & Ockenström 2010, 23). Opinnäytetyöt voidaan jakaa tutkimus- ja kehittämispainotteisiin töihin. Kehittämispainotteisen eli toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on yhdistää käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi. Opas opinnäytetyönä kuuluu kehittämispainotteisiin opinnäytetöihin, joiden avulla voidaan tuottaa konkreettinen produkti eli tuote tai palvelu. (Kuokkanen ym. 2010, 33.) Opinnäytetyötä suunnitellessa ja aihetta valitessa toiveenamme oli nimenomaan konkreettinen tuotos, joka sellaisenaan palvelisi myös työelämätahoa.

3 IHON RAKENNE JA TEHTÄVÄT

Iho muodostuu kahdesta toisiinsa liittyneestä kerroksesta, jotka ovat nimeltään epidermis eli orvaskesi ja dermis eli verinahka. Kerrokset erottuvat toisistaan muun muassa kudostyyppinsä perusteella. Ihon kerrosten alla sijaitsee ihonalaiskerros, subkutis, joka on muodostunut rasvakudoksesta. Subkutikseen tulee suurempia hiussuonia, jotka jakaantuvat ja jatkuvat edelleen dermikseen, missä ne muodostavat pieniä hiussuonikeräsiä. Ihon apuelimiä ovat tali- ja hikirauhaset sekä karvatupet. Erityisrakenteita ovat puolestaan hiukset, ihokarvat ja kynnet. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 12.) Aistitoiminnan lisäksi ihon tehtävänä on suojata elimistöä fysikaalisilta ja kemiallisilta ärsykkeiltä, ultravioletisäteilyltä sekä mikrobeilta. Iho osallistuu myös lämmönsäätelyyn hikirauhasten ja verenkiertonsa kautta. Ultravioletisäteilyn vaikutuksesta ihossa syntyy D-vitamiinia. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 19–20.)

Epidermis on ulompi ihon kahdesta kerroksesta. Se muodostuu kerrostuneista keratinosyyteistä ja voidaan jakaa neljään kerrokseen: sarveis-, jyväsolu-, okasolu- ja tyvisolukerros (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 12). Ihosolun elinkaari kestää noin neljä viikkoa. Se alkaa solun jakautumisesta tyvikerroksessa ja päättyy ihon pinnalla olevaan sarveiskerrokseen, josta kuollut ihosolu lopulta hilseilee pois. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 12.) Koko epidermisen uusiutuminen kestää terveellä iholla 45–75 vuorokautta. Tietyissä ihosairauksissa, kuten psoriaasissa, solun jakautuminen on häiriintynyt ja epidermis uusiutuu paljon nopeammin. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 12.)

Epidermisen uloin kerros, sarveiskerros eli marraskesi, on keratiinia ja kuolleita ihosoluja sisältävä kerros, joka muodostaa vesitiiviin kalvon ihon pinnalle ja suojaa elimistöä ulkoisilta ärsykkeiltä kuten lämpötilan ja happamuuden vaihteluilta sekä mekaaniselta rasitukselta. Ihon paksuimmissa kohdissa, kuten kämmenissä ja jalkapohjissa, epidermis on paksumpaa, jotta se kestää paremmin kulutusta ja mekaanista rasitusta. Jyväsolu- eli granulaarikerroksen paksuus ja solujen koko vaihtelevat. Jyväsolukerrosten määrä vaihtelee ja on

suoraan verrannollinen siihen, minkä verran keratiinia ihossa on. Epidermis on paksuimmillaan kohdissa, joihin kohdistuu tavallista enemmän kulutusta ja rasitusta, kuten jalkapohjissa ja kämmenissä. Okasolut ovat erilaistuvia soluja ja tuottavat joitakin välittäjäaineita. Muita epidermisen soluja ovat immuunipuolustukseen osallistuvat Langerhansin solut sekä melanosyytit, jotka tuottavat pigmenttiä sekä suojaavat ihosolun tumaa ja DNA:ta ultravioletisäteilyltä. (Laihia ym., 2009, 151, 153; Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 12, 14–15.)

Verinahka eli dermis on toinen ihon kerroksista ja se sijaitsee epidermisen alapuolella. Verinahka ja orvaskesi liittyvät tiiviisti toisiinsa tyvikalvon ansiosta. Verinahka rakentuu kahdesta kerroksesta, papillaari- ja retikulaarikerroksesta, jotka eivät ole samalla tavalla erotettavissa toisistaan kuin orvaskesen kerrokset. Verinahka koostuu pääasiassa sidekudossäikeistä, kuten kollageenista ja elastiinista, minkä ansiosta iho pysyy joustavana ja kestää muun muassa venytystä ja rasitusta. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 16–17.) Verinahassa on hius- ja imusuonia sekä hermopäätteitä, joiden ansiosta iho aistii kipua ja kosketusta, venytystä sekä lämpötilan ja paineen vaihteluita (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011, 17).

4 IHOTAUDIT

Ihosairauksissa on kyse ihon normaalin toiminnan häiriintymisestä. Niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat perimä, allergiat, erilaiset infektiot ja elimistön puolustusmekanismien heikkeneminen sekä ihon vaurioituminen ulkoisen ärsyksen seurauksena. Myös psyykkiset sairaudet sekä elimistön perussairaudet ja yleiskunnon heikkeneminen saattavat heijastua ihon hyvinvointiin ja aiheuttaa tai pahentaa iho-oireita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Ihotaudit ovat harvoin vaarallisia, mutta niiden hoidossa on otettava huomioon myös psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Iho on ihmisen näkyvin osa, jonka vaurioituminen voi heikentää elämänlaatua. Ihotauteihin liittyvät oireet, kuten kutina ja hilseily, voivat olla kiusallisia ja haitata arjen sujumista. Kroonisen ihosairauden vaikutus elämänlaatuun on verrattavissa muihin pitkäaikaisiin sairauksiin. (Kokkonen, Nylén ja Reinikainen 2001, 81; Koulumäki 2010.) Ihon hilseily, kuivuus ja kutina ovat kiusallisia ja arkipäivää haittaavia oireita. Ihotautia sairastava asiakas voi kokea masennusta ja häpeää ihon ulkonäköön liittyvien seikkojen vuoksi. Jotkut ihotaudit, kuten atooppinen ihottuma, puhkeavat usein lapsuusiässä. Etenkin lasten kohdalla ihokontakti on tärkeä osa vuorovaikutusta. Vanhempien suhtautuminen lapseen vaikuttaa minäkuvan muotoutumiseen: vanhempien ja ympäristön positiivinen suhtautuminen vahvistaa lapsen myönteistä käsitystä itsestään. Myös aikuisiällä iho voidaan kokea intiimiksi elimeksi, joka säätelee läheisyyttä ja etäisyyttä. Ihon merkitys ihmisen elämään ja itsensä kokemiseen on siis moninainen. (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 81, 83; Skarp 2005, 37.)

Kroonista ihotautia sairastavan asiakkaan hoidon tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen. Sitä voidaan edistää auttamalla asiakasta itsehoidossa ja oireiden hallitsemisessa. Hoitotyön näkökulmasta tärkeimpiä tavoitteita ovat asiakkaan arjessa selviytymisen tukeminen ja positiivisen minäkuvan tukeminen. (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001; Skarp 2005, 36.)

4.1 Psoriaasi

Psoriaasi on pitkäaikainen tulehduksellinen sairaus, jonka kulku on vaihteleva ja monimuotoinen. 10–30 prosenttia ihopsoriaasia sairastavista kärsii myös niveloireista. Psoriaasin liitännäissairauksia ovat metabolinen oireyhtymä ja muut sydän- ja verisuonisairaudet sekä muun muassa masennus. Riski liitännäissairauksiin on suurempi vaikeaa psoriaasia sairastavilla. (Koulu 2010; Käypä hoito 2010.) Psoriaasi voi puhjeta missä iässä tahansa, ja alttius siihen on osalla perinnöllinen. Useat tekijät voivat laukaista psoriaasin puhkeamisen tai pahentaa sitä. Näitä ovat muun muassa infektiot, stressi, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö. Ihopsoriaasissa ihosolujen jakaantuminen on kiihtynyt ja solun kypsyminen häiriintynyt. Iholle kertyy myös tulehdussoluja, mikä heikentää ihon vastustuskykyä. (Käypä hoito 2010; Vester 2010a.) Psoriaasin iho-oireet ilmenevät ihon paksuuntumisena ja hilseilyä sekä ihon haavaumina ja vetistämisenä. Tavallisesti ihottumaläiskät ovat tarkkarajaisia ja kooltaan vaihtelevia. (Vester 2010a.)

Psoriaasin hoito valitaan sen vaikeusasteen mukaan. Lievän psoriaasin hoitoon riittää paikallishoito perusvoiteilla sekä kortikosteroideja tai D-vitamiinia sisältävillä voiteilla. Keskivaikean ja vaikean psoriaasin hoidossa voidaan hyödyntää valohoitoja ja sisäistä lääkitystä tai näiden yhdistelmää. Tavanomaisilla sisäisillä lääkkeillä tarkoitetaan siklosporiinia, metotreksaattia ja asitreiniä. Siklosporiini ja metotreksaatti vaikuttavat elimistön immuunivasteeseen ja asitreini hidastaa solun kypsymistä, mikä puolestaan vähentää hilseilyä. Biologiset lääkkeet tulevat kyseeseen vain vaikeaa psoriaasia sairastavilla aikuisilla. Niiden haittavaikutuksena on kohonnut infektioriski, eikä biologisia lääkkeitä määrätä kevyin perustein. (Koulu 2010; Käypä hoito 2010.) Hoidot lievittävät ja vähentävät psoriaasin oireita, mutta eivät paranna sitä kokonaan. Valohoitojen avulla jopa 70 % keskivaikeasta psoriaasista saadaan oireettomaksi ja remissio eli oireeton vaihe kestää osalla jopa puoli vuotta (Käypä hoito 2010.)

4.2 Atooppinen ekseema

Atooppinen ekseema eli ihottuma tunnetaan myös nimillä maitorupi ja taiveihottuma. Atooppinen ihottuma on krooninen ihon tulehdustauti, jonka kulku on vaihteleva. Se alkaa tavallisesti varhaislapsuudessa. Atooppiseen ekseemaan liittyy usein allerginen nuha tai astma sekä ruoka-aineallergioita. Atooppisen ekseeman ja siihen yhteydessä olevien allergioiden on esitetty johtuvan luontaisen immunitetin kehittymättömyydestä lapsuuden aikana, sillä ne ovat nykyään yleisempiä kuin maatalousyhteiskunnassa. (Hannuksela, Kalimo ja Turjanmaa 2011, 77, 82; Käypä hoito 2009.) Atooppinen ekseema syntyy useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Siihen liittyy usein perinnöllinen taipumus sekä häiriöt ihon toiminnassa ja immuunipuolustuksessa. Ihon keramidit, jotka estävät veden haihtumista, ovat atooppisessa ekseemassa vähentyneet. Iho-oireet ilmenevät kuivuutena, kutinana ja tulehdusherkkyytenä. Raapimisesta johtuva ihon rikkoutuminen altistaa infektioille, mikä edelleen pahentaa ekseemaa. Atooppinen ekseema luokitellaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan atooppiseen ekseemaan, joiden oireet vaihtelevat kuivista ihoalueista ja satunnaisesta kutinasta laaja-alaiseen ihon kuivuuteen ja punoitukseen ja jatkuvaan kutinaan. (Karjalainen 2010; Käypä hoito 2009.)

Atooppisen ekseeman hoidon tavoitteena on asiakkaan itsehoidon tukeminen. Ohjauksella voidaan parantaa hoidon tuloksia ohjaamalla muun muassa perusvoiteiden riittävään käyttöön sekä ihon puhtaudesta huolehtimiseen. Atooppista ekseemaa pahentavat kuiva ilma, karkeat vaatteet sekä fyysinen rasitus ja hikoilu. Ensisijainen hoitomuoto on paikallishoito sekä ihon hyvä perushoito, johon kuuluu ihon puhtaudesta ja kosteudesta huolehtiminen. Ihon kuivuudesta huolimatta päivittäinen suihkussa peseytyminen on suositeltavaa, koska sillä voidaan vähentää iholla elävien mikrobien määrää. Perusvoiteen säännöllinen ja huolellinen käyttö on olennaista atooppisen ekseeman hoidossa. Kortikosteroidivoiteita voidaan käyttää 1–4 viikon kuureina, joiden välissä pidetään noin kahden viikon tauko. (Hannuksela, Kalimo & Turjanmaa 2011, 84; Käypä hoito 2009.) Paikallishoitoon voidaan tarvittaessa lisätä takrolimuusi- ja pimekrolimuusivoiteet, jotka hillitsevät tulehdusta vaikuttamalla tulehdussolujen aktivoitumiseen. Antibiootteja käytetään vain jos iholla on

selkeitä bakteeritulehduksen merkkejä. Kutina on atooppisen ekseeman kiusallisiin oire, jota voidaan tarvittaessa lievittää sisäisillä kortikosteroideilla tai antihistamiinilla. Psoriaasin hoitoon käytettäviä sisäisiä lääkkeitä käytetään vain erityistapauksissa atooppisen ekseeman hoitoon. (Hannuksela, Kalimo & Turjanmaa 2011, 84.) Valohoidoilla (SUP, UVB) voidaan hoitaa keskivaikeaa ja vaikeaa atooppista ekseemaa. Käypä hoito-suosituksen (2009) mukaan 50–90 % hyötyy SUP-valohoidosta atooppisen ekseeman hoidosta, mutta remission kestosta ei ole riittävästi tietoa.

4.3 Urtikaria

Urtikaria eli nokkosihottuma on tavallinen iho-oire, jossa iholle nousee vaaleanpunaisia, kutiavia paukamia. Myös ympäröivä ihoalue saattaa punoittaa. Usein käytetty termi ”nokkosrokko” on virheellinen, sillä urtikaria ei ole bakteerin tai viruksen aiheuttama. Infektioihin liittyvä urtikaria johtuu elimistön puolustusreaktiosta, jonka yhteydessä vapautuva histamiini aiheuttaa iho-oireet. Tavallisesti urtikariasta ei tarvitse huolestua, mutta joskus siihen voi liittyä anafylaktisen sokin riski. Jos ihottuma on laaja-alaista ja siihen liittyy hengitysteiden turpoamista, hoito kuuluu päivystyspoliklinikalle. Urtikaria voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen ihottumaan. Urtikaria voi syntyä useasta syystä. Akuutin urtikarian aiheuttajana on usein infektio tai lääkeaine, kuten antibiootti. Kroonista urtikariaa voivat aiheuttaa infektiot, allergiat sekä paikalliselle ihoalueelle kohdistuva kylmä, kuuma, UV-säteily ja hikoilu. Tavallisesti urtikariasta ei tarvitse huolestua, vaikka oireet kestäisivät viikkojakin. Jos ihottuma nousee äkillisesti ja siihen liittyy hengitysteiden turpoamista, on aihetta hakeutua päivystyspoliklinikalle. Urtikarian hoidossa on tärkeää sitä aiheuttavan syyn selvittäminen ja hoitaminen. Tarvittaessa voidaan käyttää antihistamiinia sekä UVB-valohoitoa. (Vester 2010b.)

4.4 Morfea ja Mycosis fungoides

Morfealla tarkoitetaan ihon paikallista sklerodermaa, jossa sidekudos kovettuu ja kutistuu. Kollageenin määrä lisääntyy ja pienet verisuonet vaurioituvat. Skleroderma on autoimmuunisairaus, jonka tarkkaa syntymekanismia ei tunneta. Skleroderma jaetaan ihon paikalliseen sklerodermaan ja yleistyneeseen sklerodermaan. (Hannuksela 2011.) Morfealle tyypillisiä ihomuutoksia ovat ihon läiskittäinen tai laaja-alainen kovettuminen ja ihoalueen punerrus. Ihomuutos vaalenee ajan kuluessa ja ympäröivässä ihossa saattaa esiintyä hyperpigmentaatiota. (Reunala, Ranki & Hasan 2011, 132.) Morfeaa voidaan hoitaa muiden ihotautien tapaan paikallishoidolla kuten reseptillä saatavilla vahvoilla kortisonivoiteilla sekä takrolimuusilla. Myös valohoitoa käytetään morfean hoitoon. Morfeaan liittyvät ihomuutokset pehmenevät ja joskus häviävät vuosien kuluessa, minkä on arveltu johtuvan ultraviolettisäteilystä. (Hannuksela 2011.)

Mycosis fungoides kuuluu ihoperäisiin lymfoomiin. Sen syntymekanismia tai sille altistavia tekijöitä ei tunneta. Taudin eteneminen on hidasta ja lymfooman voi havaita koepalassa tavallisesti vasta vuosien kuluttua ensioireista. Mycosis fungoides alkaa ekseeman tyyppisinä läiskinä, jotka usein paranevat kesäaikaan. Tauti voi ilmetä sekä pinnallisina ihomuutoksina että ihosta koholla olevina tai kyhmymäisinä muutoksina. Lievää, pinnallista mycosis fungoidesta voidaan hoitaa PUVA-hoidolla. Vaikeammat muodot tarvitsevat kirurgista hoitoa ja tarvittaessa sädehoitoa. Uusiutumisriskistä huolimatta mycosis fungoidiksen ennuste on hyvä. (Karvonen 2003, 295.)

4.5 Punajäkälä

Punajäkälä on ihon ja limakalvojen krooninen, tulehduksellinen sairaus. Siinä iholle ilmaantuu pieniä papuloita eli näppyjä, jotka ovat usein rykelmissä. Limakalvoilla punajäkälä ilmenee vaaleina juosteina tai läiskinä. Muutokset voivat olla paikallisia tai levitä laajasti keholle. Tyypillisiä esiintymispaikkoja ovat

ranteet ja nilkat, keskivartalo sekä suun ja genitaalien limakalvot. Miltei kaikilla potilailla esiintyy voimakastakin kutinaa. Punajäkälän syytä ei tunneta, mutta sen voivat laukaista muun muassa lääkeaineet (tiatsididiureetit, tulehduskipulääkkeet, klorokiini), amalgaami ja muut kemikaalit sekä stressi.

Punajäkälää voidaan hoitaa paikallisesti vahvoilla kortikosteroidivoiteilla. Valohoitoa (kylpy- tai voide-PUVA) voidaan käyttää hypertrofisiin ihomuutoksiin. Voimakasoireista punajäkälää voidaan hoitaa steroidikuurilla, systeemisellä PUVA-hoidolla sekä asiretiinilla. Voimakasta kutinaa voidaan hoitaa sedatiivisilla antihistamiineilla. (Reunala, Ranki & Hasan 2003, 136–140.)

4.6 Akne

Akne on nuorilla yleinen, tulehduksellinen ihotauti. Aknelle tyypillisiä ihomuutoksia ovat komedot eli talirauhasen tukkeumat, joita esiintyy tavallisimmin kasvoissa, rinnassa ja selässä. Talirauhasen tukkeuma aiheuttaa tulehduksen, josta johtuvat punoittavat papulat eli näppylät sekä pahimmillaan märkäiset rakkulat eli kystat. Aknen perimmäistä syytä ei tunneta, mutta siihen vaikuttavat ihon rasvaisuus ja lisääntynyt talineritys sekä perinnöllinen taipumus saada finnejä. Aknen hoidossa tärkeää on ihon rasvaisuuden vähentäminen säännöllisten pesujen avulla. Perushoidon lisäksi aknea hoidetaan paikallisesti bentsoyyliperoksidia ja retinoideja sisältävillä voiteilla. Niiden tarkoituksena on vähentää talitukkeumia ja iholla elävien bakteerien määrää. Hoitoon voidaan yhdistää paikallisesti käytettävä antibiootti, klindamysiinifosfaatti. Voimakkaasti oireilevaa aknea voidaan hoitaa suun kautta otettavilla antibiooteilla, ensisijaisesti tetrasykliineilla. Niitä käytetään usean kuukauden mittaisina kuureina, usein 4–6 kuukauden ajan, sillä aknemuutokset paranevat hitaasti. Mikäli muilla hoitomuodoilla ei saada riittävää vastetta, voidaan hoitoon lisätä isotretinoiini. Se on tehokas aknen hoidossa, mutta sen käyttöön voi liittyä maksa- ja kolesteroliarvojen nousua. Lisäksi isotretinoiiniin liittyy sikiövaurion riski, joten naispuolisten potilaiden on huolehdittava tehokkaasta ehkäisystä lääkehoidon aikana. Aknea voidaan hoitaa myös raskaudenehkäisyyn tarkoitetuilla, estrogeenia sisältävillä hormonivalmisteilla sekä valohoidoilla.

Valohoidon käyttö aknen hoidossa on kuitenkin vähentynyt lääkehoidon kehittyessä. (Ahokas 2006.)

4.7 Vitiligo

Vitiligo eli valkopälvi on ihon pigmenttihäiriö. Siinä melaniinipigmenttiä tuottavat melanosyytit häviävät ihosta läiskittäin. Vitiligon syytä ei tunneta, mutta todennäköisesti kyse on autoimmuunitaudista, jossa elimistön immuunipuolustus tuhoaa ihon melanosyyttejä. On myös esitetty, että jokin neurokemiallinen välittäjäaine tuhoaisi melanosyytit tietyn hermon toiminta-alueella. Vitiligo jaetaan primaariseen ja sekundaariseen vitiligoon. Sekundaarinen vitiligo ilmaantuu arpialueille sekä ihoinfektioiden jälkeen. Vitiligoa esiintyy 1–2 %:lla väestöstä ja se voi alkaa missä iässä tahansa.

Vitiligossa iho on herkkä palamiselle. Hoidossa on tärkeää suojata iho palamiselta vaatetuksen ja aurinkosuojien avulla. Vitiligoon ei yleensä liity muita ihotaudeille tyypillisiä oireita kuten kutinaa. Sitä voidaan hoitaa kortikosteroidivoiteilla ja UVB-valohoidolla, mutta usein pigmenttiä ei saada takaisin. (Koulu 2003, 265–267.)

5 VALOHOITO

Auringon säteily sisältää eri sädetyppejä, joista maanpinnalle ulottuvat vain osa ultraviolettisäteilystä, lämpö- eli infrapunasäteily sekä näkyvä valo. Ultraviolettisäteily jaetaan UVA-, UVB- ja UVC-säteilyyn. UVC sekä valtaosa UVB-säteilystä hajoavat jo ilmakehään ja ilmakehän alapuolelle päätyy vain pitkäaaltoista UVA- sekä lyhytaaltoisempaa UVB-säteilyä (Hasan 2003, 173).

UV-säteilyllä on ihoon monenlaisia vaikutuksia. Välitön mutta myös nopeasti ohimenevä vaikutus on ihon palaminen ja sen yhteydessä syntyvä tulehdusreaktio, mikä yleensä paranee parissa päivässä (Hasan 2003, 173; Laihia ym. 2009, 155). Ihon ruskettuminen ja paksuuntuminen ovat ihon keinoja suojautua UV-säteilyltä. Säteiden on vaikeampi kulkea paksun ihon läpi vaurioittamaan solun tumaa. Ihon pigmenttiä tuottavat melanosyytit suojaavat solua säteilyn aiheuttamilta vaurioilta. Myös rusketus johtuu melanosyyttien lisääntymisestä. (Laihia ym. 2009, 151, 153.)

UV-säteilyn pitkäaikaisvaikutuksia ovat muun muassa ihon ennenaikainen vanheneminen sekä kohonnut ihosyöpäriski. Suurin osa pitkäaikaisvaikutuksista ilmenee vasta vuosien kuluttua. Niiden syntymekanismi vaihtelee, mutta useat ihosyöpätyypit ovat yhteydessä ihon toistuvaan palamiseen sekä runsaaseen ultraviolettisäteilyyn. Melanooman ja tyvisolusyövän riskiä lisäävät suuret kertannokset, kun taas okasolusyövän syntyyn vaikuttaa UV-säteilyn kokonaismäärä. (Laihia ym. 2009, 158, 169; Hannuksela-Svahn & Hannuksela 2011, 290.) Lääkärin tulisi tarkastaa runsaasti valohoitoja saaneen iho kerran vuodessa (Koulu 2010). Asiakasta ohjataan myös itse tarkkailemaan ihoaan. Huolestuttavia muutoksia ovat luomen tai sitä muistuttavan ihomuutoksen kasvaminen, haavautuminen ja ärtyminen. Pahanlaatuinen muutos on epäsymmetrinen, ei tarkkarajainen ja se on väriltään epätavallinen kuten sinertävän musta tai punertava. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006; Säteilyturvakeskus 2008.)

5.1 Valohoidon toteutus

Valohoitoon tarvitaan lääkärin tutkimus- ja hoitomääräys eli lähete. Valohoidon toteutuksesta vastaavat vain valohoitoon ja ihotauteihin perehtyneet sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat, jotka ovat saaneet erillisen koulutuksen valohoitajien antamiseen. Valohoitoon liittyvät yksityiskohdat tulee dokumentoida huolellisesti jokaisen hoitokerran jälkeen, jotta hoidon vaikuttavuutta ja mahdollisia haittavaikutuksia voidaan seurata. Kirjauksesta tulee saada selville käytetty valohoitolaite lamppuineen, hoitojakson pituus sekä UV-säteilyn kerta- ja kokonaisannokset. Hoidon tulos sekä ihon kunto ennen ja jälkeen hoidon kirjataan joka kerta. Samoin asiakkaan käyttämä lääkitys tulee huomioida. (Laihia ym. 2009, 188, 189; Ylianttila, Visuri, Hietanen & Pastila 2009, 225.)

Ihosairauksien hoidossa hyödynnetään ultraviolettisäteilyn vaikutusta suoraan ihosoluihin sekä immuunipuolustukseen. Ultraviolettisäteily vähentää tulehdusta aiheuttavien Langerhansin solujen määrää ja aktivoi tulehdusta hillitsevää urokaanihappoa. (Hannuksela 2009; Karvonen 2003, 161; Laihia ym. 2009, 162.) Lisäksi se vähentää kutinaa ja ihon ärtynyttä sekä hillitsee kiihtynyttä solunjakautumista ja vähentää hilseilyä, mistä on hyötyä esimerkiksi psoriaasin hoidossa. Säteilyn vaikutuksesta paksuuntuva orvaskesi kestää ärsytystä paremmin ja veden haihtuminen iholta vähenee. Ultraviolettisäteily tappaa iholta hiivoja ja bakteereja ja vähentää siten ihotauteihin liittyviä tulehdustiloja. (Hannuksela-Svahn & Hannuksela 2011, 289; Viteli-Hietanen 2008.) Valohoidon suhteellisia vasta-aiheita ovat aiemmin saatu sädehoito tai sairastettu ihosyöpä, ihosyöpien esiintyminen suvussa, elimistön heikentynyt vastustuskyky ja ihon valovauriot. (Hannuksela-Svahn & Hannuksela 2011, 290.)

Valohoitoon tullessa ihon tulee olla ehjä eikä siinä saa olla aktiivista tulehdusta. Paksu hilse vaikeuttaa UV-säteilyn pääsyä iholle, joten se tulee poistaa ennen hoitoa. Ihon tulee olla puhdas, meikitön ja rasvaton. Kosmetiikka ja muut kemikaalit saattavat ärsyttää ihoa tai lisätä valoherkkyyttä. (Komulainen & Lehtonen 2008.) Valohoidon aikana tulee välttää muun muassa eräitä

antibiootteja, psyykenlääkkeitä sekä sydänlääkkeitä. Myös jotkut lääkeaineita sisältävät voiteet voivat herkistää ihoa valolle. Hajuvedet, valonsuojavoiteet sekä kosmetiikka saattavat sisältää psoraleeneja tai muita ainesosia. Psoraleenit ovat keinotekoisia tai luonnosta peräisin olevia, valolle herkistäviä aineita. Luonnossa psoraleeneja esiintyy muun muassa jättiläisukonputkessa, sitruspuissa ja niiden hedelmissä, lipstikassa ja sellerissä. (Salimäki 2012, 110.)

5.2 UVB-hoito

UVB-hoidossa käytetään UVB-säteitä ja se voidaan jakaa kapea- ja laajakaistaiseen hoitoon. Kapeakaistainen UVB-hoito on osoittautunut tehokkaaksi ja vähentänyt laajakaistaisen UVB-hoidon käyttöä. (Snellman 2003, 395; Snellman, Huurto & Jansen 2001, 557.) Kapeakaistainen UVB sisältää vain muutamia aallonpituuksia verrattuna laajakaistaiseen, ja se on vähemmän ihoa polttavaa kuin laajakaistainen UVB (Laihia ym. 2009, 184).

Kapeakaistainen UVB-hoito sopii useimmille potilaille ja sitä käytetään esimerkiksi psoriaasin, atooppisen ihottuman, ihokutinan, nokkosihottuman ja punajäkälän hoitoon (Laihia ym. 2009, 183). Pääsääntöisesti käyttöaiheita ovat sellaiset ihosairaudet ja ihottumat, jotka helpottuvat tai paranevat aurinkoisena vuodenaikana. (Snellman 2003, 399.) Ihosyöpäriskin kannalta suuri merkitys on ihon toistuvalla palamisella etenkin lapsuudessa ja nuoruudessa. Lasten ihottumien hoitoon UVB-hoitoa voidaan käyttää vain harkiten ja pitkäaikaishaitat huomioon ottaen. (Laihia ym. 2009, 161, 173.)

5.3 SUP-hoito

SUP-hoito (Selective Ultraviolet Phototherapy, selektiivnen ultraviolettifototerapia) sisältää sekä UVA- että UVB-säteitä. SUP-laite pyrkii jäljittelemään auringonvaloa. Yleensä hoito aloitetaan parin minuutin pituisella valotuksella, jota pidennetään vähitellen ihon sietokyvyn mukaan. Pisimmillään

hoitoaika on 10–20 minuuttia asiakkaasta ja säteilyannoksesta riippuen (Laihia ym. 2009, 185).

Aiemmin SUP-hoitoa käytettiin hankalan aknen hoitoon, mutta aknen lääkehoidon kehittymisen myötä tarve on vähentynyt huomattavasti. SUP-hoito tehoaa parhaiten ohueen ihottumaan, ja nykyään sitä käytetään lähinnä lievän psoriaasin ja atooppisen ihottuman hoitoon. SUP-hoito soveltuu myös lapsille ja raskaana oleville. SUP-hoito kuivattaa ihoa vähiten muihin valohoitomuotoihin verrattuna. (Snellman 2003, 400, 401.)

5.4 PUVA-hoito

PUVA-hoidolla tarkoitetaan UVA-säteilyn ja ihon valoherkkyyttä lisäävän psoraleenin yhdistelmähoitoa. Yhdistelmähoitoa kutsutaan fotokemoterapiaksi. (Laihia ym. 2009, 186.) UVA-säteet eivät sellaisenaan tehoa ihottumaan, vaan tehoa pyritään lisäämään hyödyntämällä lääkkeen ja valon yhteisvaikutusta (Laihia ym. 2009, 81). Lisäksi psoraleeni vaikuttaa solun jakautumiseen. Suomessa saatavia psoraleenilääkkeitä ovat trioksisaleeni ja 8-metoksipsoraleeni. (Käypä Hoito 2010; Snellman 2002.) Psoraleenia voidaan käyttää eri muodoissa: suun kautta otettavana tablettina, jolloin lääkeaine imeytyy verenkiertoon, kylpyveteen sekoitettuna (kylpy-PUVA) tai voiteena (voide-PUVA). Kylpy-PUVA on Suomessa eniten käytetty PUVA-hoitomuoto. (Snellman 2003, 399.)

Kylpy-PUVA-hoidossa psoraleeni sekoitetaan kylpyveteen, missä asiakas kylpee noin kymmenen minuutin verran. Kylvyn jälkeen iho valotetaan pienellä annoksella UVA-säteilyä. Kylpy-PUVA:n haittavaikutukset jäävät vähäisiksi, sillä verenkiertoon imeytyy vain vähän psoraleenia toisin kuin tablettina otetusta psoraleenista. Hoitjakson pituus vaihtelee asiakkaasta ja hoidettavasta ihosairaudesta riippuen. Esimerkiksi läiskäpsoriaasin hoidossa hyvä tulos saavutetaan noin 20 hoitokerran jälkeen. Kylpy-PUVA-hoitoa käytetään laaja-alaisissa ihosairauksissa sekä paikallishoitona käsi- ja jalkaihottumiin. (Karvonen 2003, 162; Snellman 2003, 399.)

Tablettina otettu psoraleenilääkitys voi rasittaa maksaa ja munuaisia, sillä lääkeaine leviää verenkierron mukana laajasti elimistöön. Sisäiseen annosteluun liittyy runsaasti käytettynä syöpäriski, mitä voidaan vähentää liittämällä lääkehoitoon A-vitamiinijohdoksia eli retinoideja (Käypä hoito 2010; Laihia ym. 2009, 187). Systemistä PUVA-hoitoa ei suositella raskauden ja imetyksen aikana, sillä suun kautta otetut psoraleenit ovat teratogeenisia. PUVA-hoitoja ei suositella myöskään lapsille, sillä sen vaikutuksista ei ole riittävää näyttöä. (Karvonen 2000; Käypä hoito 2010.) Systemistä hoitoa käytetään etenkin psoriasiksen ja vitiligon hoidossa (Snellman 2003, 399).

Auringossa oleilua tulee välttää kaksi vuorokautta jokaisen hoitokerran jälkeen, koska kaikki PUVA-hoitomuodot herkistävät ihon valolle ja vaikutus säilyy vielä valohoitokerran jälkeenkin. (Laihia ym. 2009, 186; Snellman 2003, 398). Aurinko voi polttaa myös ohuiden vaatteiden ja ikkunalasin läpi (Hasan 2003, 173).

6 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Potilaiden ja asiakkaiden ohjaus on osa terveydenhuollon toimintaa ja sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Ohjauksen tavoitteena on asiakkaan tukeminen tiedollisesti, emotionaalisesti tai konkreettisesti. (Kyngäs 2008, 77.) Ohjauksen juridinen perusta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sekä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559). Niissä määritellään potilaan tai asiakkaan oikeus saada tietoa sekä sairaanhoitajan velvollisuus antaa sitä riittävästi ja asianmukaisesti. Lakien lisäksi ohjausta määrittelevät myös hoitotyön periaatteet ja teoriat sekä toimintaa ohjaavat suositukset ja ammattietiikka. Ohjauksen tavoitteena on edistää asiakkaan itsehoitoa sekä auttaa häntä selviytymään sairautensa ja sen tuomien rajoitusten kanssa. (Eloranta & Virkki 2011, 11; Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ohjaus-käsitteen määrittely ja käyttö vaihtelevat niin kirjallisuudessa kuin käytännön hoitotyössä. Sitä käytetään usein rinnakkain muun muassa neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen kanssa. Käsitteiden ero on lähinnä niihin liittyvän vuorovaikutuksen sekä ammattilaisen ja asiakkaan roolien määrittelyssä. (Kyngäs & Kääriäinen 2006; Kääriäinen 2006, 28.) Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, jonka on tarkoitus perustua tasavertaiseen vuorovaikutukseen sen sijaan, että asiakas nähdään passiivisena hoitotyön ja tiedon antamisen kohteena (Eloranta & Virkki 2011, 19).

Asiakaslähtöisessä ohjauksessa otetaan huomioon asiakkaan tiedon tarve sekä taustatekijät, kuten ikä ja kehitystaso sekä terveydentila. Taustatekijät vaikuttavat asiakkaan kykyyn ottaa tietoa vastaan ja soveltaa sitä oman sairautensa hoitoon. Lapsen ohjauksessa tulee kehitystasosta riippuen ottaa tarvittaessa huomioon myös vanhemmat sekä arvioida, kuinka paljon ohjausta tulee antaa vanhemmille ja toisaalta lapselle itselleen. Vaikka ohjaustilanteessa on mukana saattaja tai vanhempi, ohjausta ei saa antaa asiakkaan yli tai ohi. (Eloranta & Virkki 2011, 60; Linnajärvi 2010, 7.) Nuorten asiakkaiden kohdalla halu osallistua päätöksentekoon on yleensä suuri, jolloin hoitajan tulee auttaa vanhempia ymmärtämään tilanne ja kunnioittamaan tätä. (Eloranta & Virkki

2011, 61.) Kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät tulee myös huomioida ohjauksessa. Eri kulttuurista tulevien aiemmat sairauskokemukset voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen sekä asiakkaan käsitykseen sairaudesta. (Eloranta & Virkki 2011, 61.) Wathenin (2007) mukaan sairaanhoitajat kokevat maahanmuuttajien ohjauksessa haasteeksi tämän lisäksi kulttuuriin liittyvän yhteisöllisyyden ja perheensisäisten roolien erot sekä uskonnolliset tekijät.

Ihotautia sairastavan asiakkaan ohjauksen tavoitteena on antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä auttaa asiakasta itsehoidossa. Ohjauksella voidaan hoitotyön keinoin pyrkiä lisäämään asiakkaan elämänlaatua ja auttaa häntä selviytymään päivittäisessä elämässä sairautensa oireiden kanssa. (Vester 2010c.)

6.1 Sairaanhoitaja ohjauksen asiantuntijana

Sairaanhoitaja on ohjaussuhteessa hoitotyön ja ohjauksen asiantuntija. Sosiaali- ja terveysministeriön (2000) määritelmän mukaan sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen sisältyy opetus- ja ohjausosaaminen, jonka tavoitteena on asiakkaan terveydenedistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja asiakkaan itsehoitovalmiuksien lisääminen (STM 2000). Sairaanhoitajan tulee toimia asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa niin potilaan tai asiakkaan kuin hänen omaistensa kanssa ja opettaa ja ohjata erilaisia asiakkaita ja asiakasryhmiä itsehoidossa ja terveysongelmien hallinnassa (Diakonia-ammattikorkeakoulu). Jos asiakas ei ole ohjaussuhteessa aktiivinen, sairaanhoitajalla on ammatillinen vastuu ohjaustilanteesta sekä siitä, että asiakas saa tarvittavan tiedon. Sairaanhoitajan vastuulla on myös olla aloitteellinen ohjaustilanteen käynnistämisessä sekä ohjaustilanteen eteneminen tavoitteiden suuntaisesti. (Kääriäinen 2007, 91.)

Sairaanhoitajan antaman ohjauksen ja neuvonnan perustana on monipuolinen tietotaito, joka on kehittynyt koulutuksen ja työkokemuksen myötä. Potilaiden ja asiakkaiden lisäksi sairaanhoitaja ohjaa omaisia, opiskelijoita ja muuta

hoitohenkilökuntaa. (STM 2000.) Ohjauksen sisältö vaihtelee tilanteen ja toimintaympäristön mukaan. Ohjauksessa voidaan käsitellä sairautta ja sen hoitoa sekä tutkimuksia tai toimenpiteitä ja niihin valmistautumista. Ohjausta antavan sairaanhoitajan tieto- ja taitoperustan lisäksi ohjauksen toteutumiseen vaikuttavat hoitoympäristöön ja resursseihin liittyvät tekijät. Lipposen ym. (2008) tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat ohjaukseen liittyvät asenteet ja ohjauksen toteutuksen hyväksi. Ohjaukseen suhtaudutaan pääosin myönteisesti ja sitä pidetään tärkeänä ja kehittämisen arvoisena osana hoitotyötä. Kehittämishaasteita ovat ohjausmenetelmien hallinta, ohjauksen oikea ajoittaminen sekä osaltaan ohjausta antavan henkilöstön tiedot ja taidot. Hoitoympäristön resurssit saattavat rajoittaa laadukkaan ohjauksen toteutumista. Lipposen ym. tutkimuksesta käy ilmi, että ohjaukseen käytettävä aika, välineistö ja käytössä oleva tila vaikuttavat ohjaustilanteen toteuttamiseen. Muun muassa ohjausmateriaalin ja muun välineistön käyttöön toivottiin lisäkoulutusta. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008.)

Lipposen ym. (2008) tutkimuksessa sairaanhoitajat arvioivat tietonsa sairauksista, tutkimuksista ja toimenpiteistä parhaimmaksi. Myös Linnajärven (2010) mukaan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa parhaimmaksi näillä alueilla. Tutkimusten mukaan kyseisten osa-alueiden käsittely ohjauksessa toteutuu myös potilaan näkökulmasta hyvin ja niistä saatu tieto on riittävää (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007; Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johanson 2010). Eri potilasryhmien tarpeet vaihtelevat sairaudesta ja sen laadusta sekä potilaiden taustatekijöistä riippuen. Iäkkäät potilaat toivovat Isolan ym. (2007) mukaan enemmän kuntoutukseen ja tukiryhmiin liittyvää tietoa sekä omaisten huomioimista ohjaustilanteessa. Sairaanhoitajan tulisi osata käsitellä myös arkoja ja yksityisluontoisia asioita asiakkaan kanssa. Elorannan ym. (2010) tutkimuksessa avanneleikatut potilaat toivoivat saavansa konkreettisen ohjauksen lisäksi myös emotionaalista tukea sekä mahdollisuuden käsitellä sairauteen liittyviä tunteita ja kokemuksia.

6.2 Kirjallinen ohjausmateriaali

Kirjallista ohjausmateriaalia voidaan hyödyntää ohjausprosessissa. Parhaimmillaan kirjallinen materiaali täydentää suullista ohjausta ja sen tavoitteena on auttaa asiakasta lisäämään tietoaan, palauttamaan mieleen suullisen ohjauksen sisältöä sekä korjaamaan väärinkäsityksiä. Oppaan tai ohjeistuksen avulla voidaan myös auttaa lukijaa valmistautumaan toimenpiteeseen tai hoitoon. Asiakas voi palata kirjalliseen materiaaliin myös hoitokontaktin jälkeen. (Alaperä ym. 2006, 67; Eloranta & Virkki 2011, 73; Kyngäs 2008, 115.) Kirjallista ohjausmateriaalia ei tulisi käyttää korvaamaan suullista ohjausta (Kääriäinen 2006, 36). Kirjallisen ohjeistuksen tai oppaan laatiminen perustuu asiakkaan ja ohjaavan tahon tarpeisiin. Kirjallisen materiaalin laatimisessa tulee ottaa huomioon se, kenelle ohjeistus on suunnattu ja mihin sillä pyritään. (Alaperä ym. 2006, 68.) Oppaan lähestymistavan tulee olla asiakasta arvostava ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava. Sisällön perustelu on tärkeää, jotta asiakas kokisi asian merkitykselliseksi ja motivoituisi noudattamaan ohjeita. (Eloranta & Virkki, 74, 76; Hyvärinen 2005, 1770.)

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Yhteistyökumppanimme on Iholiiton Helsingin Ihopiste. Iholiitto ry on vuonna 1987 perustettu potilasjärjestö, johon kuuluu kahdeksan jäsenyhdistystä. Jäsenyhdistykset ovat Alopecialiitto ry, Atopialiitto ry, Ihoyhdistys ry, Suomen EB-yhdistys ry, Suomen HAE-yhdistys ry, Suomen Iktyoosiyhdistys ry, Suomen Palovammayhdistys ry ja Valoihottummayhdistys ry. Iholiiton toiminnan tavoitteena on tarjota tietoa muun muassa ihotaudeista ja ihonhoidosta sekä ihotautia sairastaville ja heidän läheisilleen että terveydenhuollon ammattilaisille. Iholiiton toimintaan kuuluu neuvontapalveluiden lisäksi järjestö- ja kurssitoimintaa sekä koulutusta. Iholiitto järjestää Raha-automaattiyhdistyksen ja Kelan rahoituksen tuella muun muassa sopeutumisvalmennuskursseja ihotautia sairastaville sekä ilmastohoitomatkoja. Iholiiton osana toimii myös Harvinaisten ihotautien keskus, jonka tavoitteena on tukea harvinaisia ihotauteja sairastavia ja heidän läheisiään kurssi- ja tapaamistoiminnan, tiedon jakamisen ja sosiaaliturvaan liittyvän neuvonnan muodossa. Harvinaisten ihotautien keskuksessa työskentelee yksi kuntoutussuunnittelija, joka tekee yhteistyötä muun Iholiiton henkilökunnan kanssa. (Iholiitto 2010; Iholiitto 2012). Iholiitolla on kolme Ihopistettä, jotka sijaitsevat Helsingissä, Rovaniemellä ja Tampereella. Ihopisteiden tavoitteena on avohoidon palveluiden avulla tukea ihotautia sairastavien ja iho-ongelmista kärsivien itsehoitoa ja helpottaa selviytymistä. Ihopisteet tarjoavat maksutonta asiakasneuvontaa ja ohjausta, minkä lisäksi niissä tehdään myös pienimuotoisia toimenpiteitä kuten hiuspohjan hoitoja ja sidosten vaihtoa. Hoitotoimenpiteet ovat asiakkaalle maksullisia, mutta Kela korvaa niistä osan. Lääkärin läheteellä Ihopisteet antavat myös valohoitoja. Ihopisteiden moniammatilliseen henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä yksityisenä ammatinharjoittajana ihotautilääkäri. Lisäksi asiakkailta on mahdollisuus saada ihotautia sairastavien jalkaongelmiin perehtyneen jalkahoitajan palveluita. Hoitajien toimenkuvat eivät merkittävästi eroa toisistaan vaan kaikki osallistuvat samalla tavalla asiakkaiden hoitotyöhön. (Iholiitto 2012; Iholiitto 2010.)

8.1 Suunnittelu ja toteutus

Tammikuussa 2011 varasimme aiheen opinnäytetöiden aihevälityksestä ja otimme yhteyttä Iholiittoon. Saimme yhteyshenkilöksemme Helsingin Ihopisteen johtavan hoitajan. Meidän tavoitteenamme oli tuottaa opinnäytetyönä jotain konkreettista ja työelämässä hyödynnettävää. Tarve valohoitoon liittyvälle oppaalle tuli yhteistyökumppanin taholta, sillä Ihopisteellä ei ole käytössään yhtenäistä, asiakkaille suunnattua valohoito-opasta. Aihe muotoutui sekä yhteistyökumppanin toiveiden että oman kiinnostuksemme pohjalta. Sovimme oppaan sisällön suuntaviivat yhteistyötahon toiveita noudattaen ja teimme suunnitelman palaverissa helmikuussa 2011. Maaliskuussa kävimme tutustumassa Helsingin Ihopisteeseen, missä saimme tietoa heidän käytännön työstään sekä ympäristöstä, jossa opasta tultaisiin käyttämään. Sovimme alustavaksi aikatauluksi oppaan valmistumisen loka-marraskuussa 2011.

Aloitimme oppaan toteutuksen tiedonhankinnalla ja yleisellä tutustumisella aiheeseen. Etsimme lähdekirjallisuutta ja artikkeleita FinMesh-tietokannasta hakusanoilla UV-valohoito, valohoito, ihotaudit ja potilasohjaus. Kokeilimme hakua myös sanoilla UVB-hoito, PUVA ja SUP-hoito, mutta hakutulokset olivat niukkoja tai niitä ei löytynyt ollenkaan. Lisäksi kävimme läpi suomalaisten yliopistojen elektronisia tietokantoja, jotta löytäisimme tutkittua tietoa valohoidosta, potilasohjauksesta ja ihotautien hoidosta väitöskirjojen tai pro gradu - tutkielmien muodossa.

Kesän 2011 aikana pidimme taukoa opinnäytetyön tekemisessä, minkä jälkeen tuntui, että aiheeseen pitää orientoitua uudelleen. Tekemisen myötä myös innostus palautui. Elo-syyskuussa 2011 aloitimme oppaan kokoamisen miettimällä pääotsikoita ja osa-alueita, joita katsoimme tarpeelliseksi käsitellä oppaassa. Oman tiedon lisääntyessä oppaan sisältö tarkentui. Sisällön muotoutuessa pidimme lokakuussa 2011 Iholiitossa uuden palaverin, missä saimme korjausehdotuksia. Ihopisteissä oltiin tyytyväisiä oppaan sisältöön kokonaisuutena. Palautteessa toivottiin joidenkin lauserakenteiden selkeyttämistä ja lääketieteellisten termien vähentämistä sekä tarkennusta yksittäisiin käsitteisiin. Oppaan kappaleet ovat melko pitkiä, mikä oli yhdessä

yhteistyötahon kanssa tehty päätös. Päätimme lisätä oppaan loppuun yhteenvedon tärkeimmistä valohoitoon valmistautumiseen ja itsehoitoon liittyvistä kohdista. Lähtökohtana pidimme sitä, että oppaan lukija tuntee sairautensa pääpiirteet ja tavallisimmat termit ovat hänelle tuttuja. Lähdekirjallisuuden lisäksi olemme tutustuneet Iholiiton julkaisemiin oppaisiin saadaksemme esimerkkejä muiden oppaiden kirjoitustyylistä ja sisällöstä. Opinnäytetyön raporttiosuuden kirjoittamisen aloitimme marraskuussa 2012.

Palaverien välillä olemme olleet sähköpostiyhteydessä Iholiittoon ja olemme saaneet vastauksia mieltä askarruttaviin asioihin tai halutessamme tarkentaa jotain yksityiskohtia. Opinnäytetyön tekeminen ei ole edennyt aivan suunnitelmien mukaan muista opinnoista johtuen ja olemme joutuneet joustamaan aikatauluissa. Yhteisestä päätöksestä siirsimme esitarkastusaikaa huhtikuulle 2012, jotta saisimme paneutua oppaan tekemiseen niin hyvin kuin itse halusimme. Kaksi viikkoa ennen esitarkastusta maaliskuussa 2012 lähetimme oppaan Iholiittoon, josta se eteni Ihopisteisiin luettavaksi. Sisältöön oltiin tyytyväisiä ja sovimme oppaan käyttöön liittyvistä yksityiskohdista. Opas tulee Helsingin, Tampereen ja Rovaniemen Ihopisteiden käyttöön toukokuussa 2012, kun opinnäytetyömme on tarkastettu. Sitä tullaan käyttämään A5-kokoisena kopioversiona, kirjasen muotoon taitettuna.

8.2 Arviointi

Opinnäytetyöprosessi on ollut sekä antoisa että haastava kokemus. Valohoidoista löytynyt tieto on ollut pirstaleista eivätkä hakusanat ole aina vastanneet tekstin sisältöä. Tiedonhaun aikana löysimme paljon tietoa ultraviolettisäteilystä, mutta suurin osa oli hankalalukuista ja yksityiskohtaista emmekä kokeneet sen hyödyttävän työtämme.

Yhteyshenkilömme sekä Ihopisteen hoitajat ovat arvioineet ja antaneet palautetta oppaan sisällöstä prosessin eri vaiheissa. Olemme antaneet sen luettavaksi myös muutamalle maallikolle, joille aihe on ollut ennestään tuntematon. Prosessin aikana on tuntunut ajoittain haastavalta tuottaa tietoa

itsellekin alun perin melko tuntemattomasta aiheesta, etenkin kun lukija on itse ihotautia sairastava ihminen, jolle sairaus tai sen hoito on arkipäivää. Yhteistyökumppanin myönteisen ja kannustavan palautteen myötä itseluottamus on lisääntynyt ja innostus työn tekemistä kohtaan palannut.

Yhteyshenkilömme on toiminut työtä tehdessä konsultoivana tahona, jolta olemme saaneet paljon käytännön kokemukseen perustuvaa tietoa. Hän on ollut avuksi myös niissä tilanteissa, kun olemme miettineet sitä, kuinka syvällisesti ja mistä näkökulmasta asioita oppaassa käsitellään. Yhteistyö on sujunut hyvin ja joustavasti koko prosessin ajan.

Omat tavoitteemme opinnäytetyöprosessissa ovat toteutuneet. Saimme tehdä työelämää hyödyttävän oppaan ja hyödyntää omaa osaamistamme. Opimme paljon sekä ohjauksesta ja ihotautien hoidosta että käytännön kehittämistyöstä. Opas on konkreettinen tuotos ja sellainen, mitä prosessin lopputuloksena toivoimme. Kehittämisideoita ja uusia näkökulmia heräsi etenkin prosessin loppuvaiheessa, kun oppaan sisältöä hiottiin. Oppaan lopullisessa versiossa on enemmän tietoa kuin useimmissa potilasoppaissa. Sisällöllisesti siinä on kuitenkin kaikki ne asiat, mitä oppaaseen itse halusimme laittaa, ja mitä yhteistyötaho meiltä toivoi.

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitotyön eettiset näkökulmat ovat läsnä myös opinnäytetyön ja oppaan tekemisessä. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ohjaavat eettiset periaatteet ovat ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuus (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2010, 11). Diakonia-ammattikorkeakoulun (2012) ydinosaamiseen kuuluu myös eettinen osaaminen, mikä sisältää vastuun ottamisen omasta työstä sekä hoitotyön eettisten periaatteiden soveltamisen omaan työhön. Olemme pyrkineet tuottamaan ketään loukkaamattoman oppaan. Opas käsittelee ihosairauksien valohoitoa yleisellä tasolla eikä siitä käy ilmi kenenkään henkilön nimi tai muut tiedot. Oppaan esipuheessa mainitsemme yhteyshenkilömme nimen hänen luvallaan. Opas sisältää neutraalia asiatekstiä. Lukijaa puhuttelevissa osioissa päädyimme käyttämään sinuttelumuotoa, sillä suurin osa oppaan kohderyhmästä on aikuisia ja se tuntui luontevalta puhuttelutavalta. Lisäksi sinuttelu on tavallista muissa Iholiiton julkaisemissa oppaissa. Opinnäytetyöprosessin alkaessa teimme sopimuksen opinnäytetyöstä Iholiiton kanssa. Tutkimuslupaa emme tarvinneet, koska kyse ei ole tutkimuksesta eikä projektiin liittynyt aineiston keruuta.

Tiedon kriittinen arviointi on osa opinnäytetyön eettisyyttä. Näyttöön perustuva tieto on sekä tutkittua että käytännön kokemuksen kautta hyväksi havaittua. Opintojen aikana lähteiden kriittinen arviointi on tullut luontevaksi osaksi omaa työskentelytapaa. Väitöskirjojen ja gradujen lisäksi pidimme luotettavana tietona alan asiantuntijoiden artikkeleita ja ihotauteja käsittelevää perusteosta. Samoin Säteilyturvakeskus oman alansa asiantuntijana on luotettava ja ajantasainen tiedonlähde. Myös tiedon ajantasaisuus on tärkeä osa potilaiden ja asiakkaiden ohjauksen eettisyyttä. Asiakkaalla on oikeus saada ajantasaista ja oikeaa tietoa. Osa valohoitoja koskevista artikkeleista on noin kymmenen vuotta vanhoja. Suurin osa niistä saadusta tiedosta vastasi uudempien lähteiden sisältöä eikä niissä ollut ristiriitaisuuksia, vaan sisällöt tukivat toisiaan. Myös

yhteyshenkilömme, jonka käytännön kokemukseen luotamme, suositteli muutamia lähteistä, jotta pääsimme tiedonhaussa alkuun.

Oppaan sisältöä ovat arvioineet Ihopisteen hoitajat sekä sellaiset ihmiset, joille aihe on ennestään tuntematon. Ihotautia sairastavat asiakkaat eivät ole arvioineet opasta. Olisimme voineet saada hyödyllisiä näkökulmia aiheen käsittelyyn, mutta mielestämme se ei olisi vaikuttanut ratkaisevasti oppaan lopulliseen muotoon. Toisaalta uskomme, että Ihopisteen hoitajilla on kokemusta ihopotilaan ohjauksesta ja he kykenevät arvioimaan oppaan käyttökelpoisuutta myös asiakkaan näkökulmasta. Jos aloittaisimme vastaavan prosessin uudelleen, keräisimme palautetta myös kohderyhmältä, jotta oppaan asiakaslähtöisyys varmasti toteutuisi.

9.2 Oma ammatillinen kasvu

Airaksisen ja Vilkan (2003, 17) mukaan toimeksiannettu opinnäytetyö kehittää vastuuntuntoa ja projektinhallintakykyjä paremmin kuin itseä varten kirjoitettu työ. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme päässeet hyödyntämään koko opintojen ajan karttunutta osaamistamme. Tiedonhaun ja kriittisen arvioinnin lisäksi olemme saaneet uutta näkökulmaa ohjausosaamiseen kirjallisen oppaan tuottamisen muodossa. Ihotautien käsittely perusopinnoissa oli vähäistä, joten ihotauteihin ja niitä sairastavien hoitotyöhön perehtyminen oli mielestämme hyödyllistä ja mielenkiintoista. Ihon sairaudet ja oireet ovat yleisiä ja voivat vaikuttaa monella tapaa kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, joten tulemme varmasti tarvitsemaan prosessin aikana karttunutta tietoa riippumatta siitä, millaisessa hoitotyön toimintaympäristössä tulemme myöhemmin työskentelemään.

Oppaan tekeminen on havainnollistanut sitä ammatillista vastuuta, mikä sairaanhoitajalla on hoitotyön asiantuntijana. Sairaanhoitajan tulee ottaa vastuu siitä, millaista ohjausta hän antaa asiakkaalle ja miten luotettavaan tietoon ohjaus perustuu. Sekä kehittämistoimintaan osallistuminen että työelämätahon kanssa työskentely on ollut uutta ja innostavaa, sillä meillä ei ole aiempaa

kokemusta vastaavasta työskentelystä. Opintojen aikana kehittynyt ammatti-identiteetti on saanut vahvistusta palavereissa, joissa me olemme olleet osa konkreettista hoitotyöhön liittyvää kehittämistyötä. Lähdekirjallisuuden läpikäyminen ja oleellisten asioiden poimiminen sai huomaamaan oman hoitotyön tiedon lisääntymisen.

Oppaassa on melko tarkasti käyty läpi valohoitoihin liittyviä seikkoja. Raporttiin on koottu myös opasta täydentäviä tietoja, muun muassa perustietoa ihotaudeista sekä ihotautia sairastavan hoitotyöstä. Näin ollen sekä opas että raportti voivat olla hyödyksi asiakkaiden lisäksi muille sairaanhoitajaopiskelijoille sekä hoitajille, jotka työssään kohtaavat ihotautipotilaita.

Prosessin aikana on herännyt mielenkiinto pitkäaikaista sairautta sairastavien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kohtaan sekä monia ajatuksia ihotautien vaikutuksesta niitä sairastavien elämänlaatuun. Valohoitoa koskeva opas on vain pieni osa ihopotilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä ja ohjausprosessissa. Prosessin aikana oppimastamme on hyötyä tulevaisuudessa. Ihotaudit ovat yleisiä ja niiden hoitoon liittyvä perustieto on hyödyllistä sairaanhoitajan työssä riippumatta siitä, millaisessa hoitotyön ympäristössä työskentelemme.

LÄHTEET

- Ahokas, Terttuliisa 2006. Aknen hoito. *Duodecim* 122(22), 2741–48.
- Alaperä, Pirjo; Antila, Elsi; Blomster, Kaarina; Hiltunen, Hilikka; Honkanen, Anneli; Honkanen, Raija; Holtinkoski, Tarja; Konola, Anne; Leiviskä, Heli; Meriläinen, Salme; Ojala, Heli; Pelkonen, Esko & Suominen, Airi 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs ja Maria Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala: Oulu, 65–76.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2012. Diakonia-ammattikorkeakoulun alakohtaiset kompetenssi- ja ydinsaamiskuvaukset. Sairaanhoitaja. Viitattu 1.3.2012. www.diak.fi/harjoittelu
- Eloranta, Sini; Vähätalo, Mervi; Rasmus, Mari; Elomaa, Leena & Johanson, Kirsi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva hoitotyö* 8(1), 4–11.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hannuksela, Matti 2009. UV-säteily ja ihon tulehdukset. Hyvä, paha aurinko. *Duodecim*. Viitattu 18.3.2012. http://anna.diak.fi:2345/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hpa00020&p_teos=hpa&p_osio=&p_selaus=6006.
- Hannuksela, Matti 2011. Tietoa potilaalle: Skleroderma iholla. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 26.3.2012. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=morfea
- Hannuksela, Matti; Kalimo, Kirsti & Turjanmaa, Kristiina 2003. Ekseema ja ihon välittömät kosketusreaktiot. Teoksessa Matti Hannuksela, Jaakko Karvonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) *Ihotaudit*. Helsinki: Duodecim, 64-96.
- Hannuksela-Svahn, Anna & Hannuksela, Matti 2011. Teoksessa Matti Hannuksela, Sirkku Peltonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) *Ihotaudit*. Helsinki: Duodecim, 280–290.

- Hasan, Taina 2003. Valoihottumat. Teoksessa Matti Hannuksela, Jaakko Karvonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) Ihotaudit. Helsinki: Duodecim, 173–179.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006a. Ihotaudit. Viitattu 25.3.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1996,1936>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kesästä voi nauttia niin että iho voi hyvin. Viitattu 20.3.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,14828,14829,7967,13411,13433>
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille menon. Duodecim 121(16), 1769–73.
- Iholiitto 2010. Vuosikertomus 2010. Iholiitto. Viitattu 13.3.2012. <http://iholiitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/28ee17cbad4d9e68e62ad972e91f83fc/1331655544/application/pdf/832623/VUOSIKERTOMUS%202010%20nettiin.pdf>.
- Isola, Arja; Backman, Kaisa; Saarnio, Reetta; Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 19(2), 51–62.
- Karjalainen, Kaisa 2010. Atooppisen ihottuman hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 25.3.2012. www.terveysportti.fi
- Karvonen, Jaakko 2003. Ihon kasvaimet. Teoksessa Matti Hannuksela, Jaakko Karvonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) Ihotaudit. Helsinki: Duodecim, 270–293.
- Kokkonen, Tuula; Nylén, Marja & Reinikainen, Tuija 2001. Ihopotilaan hoito ja tukeminen. Helsinki: Tammi.
- Komulainen, Pirjo & Lehtonen, Heini 2007. Ilmastohoito-opas – perustietoa atooppikon ilmastohoitomatkalle. Helsinki: Iholiitto ry.
- Koulu, Leena 2010. Ihopsoriaasin hoito. Duodecim 126(6), 645–649.
- Koulu, Leena 2011. Ihon pigmenttimuutokset. Teoksessa Matti Hannuksela, Jaakko Karvonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) Ihotaudit. Helsinki: Duodecim, 263–269.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä – opas opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

- Kyngäs, Helvi 2008. Ohjaus hoitoon sitoutumisen edistämisessä. Teoksessa Helvi Kyngäs ja Maija Hentinen: Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito 2009. Atooppinen ekseema. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen yleislääketieteen yhdistyksen, Suomen ihotautilääkäriyhdistyksen, Atopialiiton ja Iholiiton asettama työryhmä. Viitattu 25.3.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50077>
- Käypä hoito 2010. Iho- ja nivelpsoriaasin diagnostiikka ja hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 25.3.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50062>
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 937. Oulun yliopisto. Viitattu 14.3.2012.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs ja Maria Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala, 6–9.
- Laihia, Jarmo; Pastila, Riikka; Koulu, Leena, Auvinen, Anssi; Hasan, Taina; Snellman, Erna; Kojo, Katja & Jokela, Kari 2009. Uv-säteilyn biologisia ja terveydellisiä vaikutuksia. Teoksessa Riikka Pastila (toim.) Ultravioletti- ja lasersäteily. Helsinki: Säteilyturvakeskus, 143–201.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.
- Linnajärvi, Ulla 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Pro gradu -tutkielma.

- Lipponen, Kaija; Kanste, Outi; Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45(2), 121–135.
- Reunala, Timo; Ranki, Annamari & Hasan, Taina 2003. Autoimmuunitaudit. Teoksessa Matti Hannuksela, Jaakko Karvonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) *Ihotaudit*. Helsinki: Duodecim, 115–136.
- Salimäki, Johanna 2012. Ihoon ja ihonalaiskudokseen kohdistuvat haittavaikutukset. Teoksessa Tiina Koskinen, Alli Puirava, Johanna Salimäki, Pauli Puirava ja Raimo Ojala. *Lääketietoa ammattilaisille*. Helsinki: SanomaPro Oy, 107–109.
- Skarp, Eija 2005. Ihoatopikkolasten ja heidän perheidensä arki. Etnografinen tutkimus perheen arjen kokemuksista ja elämänlaadusta. Oulun yliopisto.
- Snellman, Erna 2003. Valohoidot. Teoksessa Matti Hannuksela, Jaakko Karvonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) *Ihotaudit*. Helsinki: Duodecim, 395–403.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. *Monisteita* 2000:15. Viitattu 24.3.2012.
http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm.
- Säteilyturvakeskus 2011. Auringon ultraviolettisäteily. Viitattu 20.2.2012.
http://www.stuk.fi/sateilytietoa/sateily_ymparistossa/uv_sateily/fi_FI/uv_sateily/
- Tasanen-Määttä, Kaisa & Peltonen, Sirkku 2011. Ihon rakenne, tehtävät ja toiminta. Teoksessa Matti Hannuksela, Sirkku Peltonen, Timo Reunala ja Raimo Suhonen (toim.) *Ihotaudit*. Helsinki: Duodecim, 21–21.
- Wathen, Marja 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Vester, Aija 2010a. Nokkosihottuma. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 26.3.2012. www.terveysportti.fi

- Vester, Aija 2010b. Psoriaasipotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 26.3.2012. www.terveysportti.fi
- Vester, Aija 2010c. Ihotautipotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 18.4.2012. www.terveysportti.fi
- Vilka, Hanna ja Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Viteli-Hietanen, Mervi 2008. Atooppinen ihottuma. Helsinki: Iholiitto ry.
- Ylianttila, Lasse; Visuri, Reijo; Hietanen, Maila & Pastila, Riikka 2009. Altistuminen UV-säteilylle. Teoksessa Riikka Pastila (toim.) Ultravioletti- ja lasersäteily. Helsinki: Säteilyturvakeskus, 203–253.

Valohoidosta

Opas asiakkaalle

Teksti: Tanja Jäntti ja Kirsi
Pesonen 2012

Valohoitoa käytetään useiden ihosairauksien hoitoon ja oireiden lievittämiseen. Valohoidossa käytettävä ultraviolettisäteily vähentää ihon tulehdusta, kutinaa ja lisää ihon vastustuskykyä. Valohoito ei ole kosmeettista, rusketuttamiseen tarkoitettua valoa eikä myöskään kaamosmasennuksen lievittämiseen tarkoitettua kirkasvalohoitoa. Tämän oppaan avulla voit saada tarpeellista tietoa valohoidon toteutuksesta ja siihen liittyvistä käytännön asioista. Opas on toteutettu Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyönä. Asiantuntija-avusta oppaan tekemisessä kiitämme Iholiiton Sirpa Pajusta.

Sisällys

1 IHO ELIMISTÖN SUOJANA	2
2 ULTRAVIOLETTISÄTEILY JA SEN VAIKUTUS IHOON	3
3 VALOHOIDOSTA	3
4 VALOHOIDOSSA HUOMIOITAVAA	6
MUISTILISTA	15

1 IHO ELIMISTÖN SUOJANA

Iho on ihmiskehon suurin ja näkyvin osa. Se muodostaa hyvän suojan elimistön ja ympäristön välille.

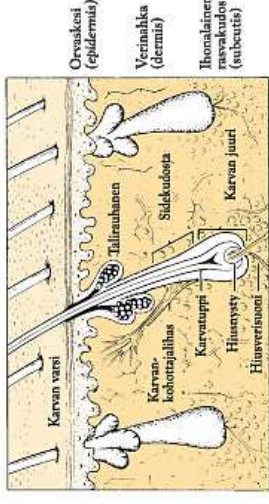
1.1 Orvaskesi, epidermis

Iho koostuu kahdesta toisiinsa liittyneestä kerroksesta, joista ulompi on nimeltään epidermis eli orvaskesi. Epidermis jakaantuu solumuotoisiksi ja tehtävänsä perusteella neljään eri kerrokseen: tyvisolu-, okasolu-, jyväsolu- ja sarveiskerros. Epidermis uusiutuu jatkuvasti, kun tyvisolukerroksesta syntyvät solut jakautuvat ja siirtyvät vähitellen ulommas kohti sarveiskerrosta. Ihosolun elinkaari kestää noin neljä viikkoa: se alkaa solun jakautumisesta tyvisolukerros ja päättyy sarveiskerrokseen, josta kuollut ihosolu lopulta hylseilee pois. Koko epidermiksen uusiutuminen kestää terveellä iholla 45–75 vuorokautta.

Uloin kerros on nimeltään sarveiskerros, jonka tehtävä on muodostaa vesitiivis pinta iholle ja suojata sitä ulkoisilta ärsykeiltä kuten lämpötilan ja happamuuden vaihteluilta sekä mekaaniselta rasitukselta. Ihon paksuimmassa kohdissa, kuten kämmenissä ja jalkapohjissa, sarveiskerros on paksuampi. Jyväsolu- eli granulaarikerroksen alla on okasolukerros. Okasolut liittyvät toisiinsa väkäsä muistuttavilla ulokkeilla. Okasolut ovat eläviä soluja, jotka erilaistuvat ulompien kerrosten soluiksi eli niistä tulee joko jyväsoluja tai sarveiskalvon keratinosyyttejä. Orvaskeden alimmainen kerros on tyvisoluista muodostuva tyvisolukerros. Siellä solut lisääntyvät: tyvisolu jakaantuu ja jakaantunut solu kohoaa kerros kerrokselta kohti pintaa. Muita orvaskeden soluja ovat muun muassa pigmenttiä tuottavat melanosyytit sekä elimistön puolustukseen osallistuvat Langerhansin solut.

1.2 Verinahka, dermis

Verinahka eli dermis on toinen ihon kerroksista ja se sijaitsee orvaskeden alapuolella. Verinahka ja orvaskesi liittyvät tiiviisti toisiinsa tyvisolun ansiosta. Verinahka rakentuu kahdesta kerroksesta, papillaari- ja retikulaarikerroksesta, jotka eivät ole samalla tavalla erotettavissa toisistaan kuin orvaskeden kerrokset. Sidekudossäikeet suurenevät ja verisuonitus tihenee alaspäin mennessä. Verinahassa on hius- ja limusuonia sekä hermopäätteitä, minkä ansiosta iho aistii kipua ja kosketusta sekä lämpötilan ja paineen vaihtelut. Verisuonien ansiosta iho saa ravintoa ja hapetta verenkierrosta. Lisäksi verinahassa on tärkeitä sidekudossäikeitä, kollageenia ja elastiinia, joiden ansiosta iho on kimmoisa ja joustava sekä kestää venytystä ja ulkoista rasitusta. Karvatupet ja ihon rauhaset ulottuvat kaikkien ihon kerrosten läpi ja niitä kutsutaan ihon apuelimiksi. Epidermiksen ja verinahan alla on vielä ihonalaiskerros (subkutis), joka koostuu pääasiassa side- ja rasvakudoksesta sekä toimii sirteenä ihon ja muiden kudosten välillä.



Kuva: Iholiitto ©

2 ULTRAVIOLETTISÄTEILY JA SEN VAIKUTUS IHOON

Auringon säteily sisältää eri sädetyyppisiä, joista maanpinnalle ulottuvat vain osa ultraviolettisäteilystä, lämpö- eli infrapunasäteily sekä näkyvä valo. Ultraviolettisäteilyä eli UV-säteilyä jaetaan UVA-, UVB- ja UVC-säteilyyn. UVC sekä valtaosa UVB-säteilystä hajoavat jo ilmakehän ja ilmakehän alapuolelle päätyy vain pitkäaaltoista UVA- sekä lyhytaaltoisempaa UVB-säteilyä. Näitä säteitä hyödynnetään myös valohoidoissa. Ihossa UVA-säteet ulottuvat verinahkaan asti ja UVB-säteet epidermikseen.

UV-säteilyllä on ihoon monenlaisia vaikutuksia. Väliön mutta myös nopeasti ohimenevä vaikutus on ihon palaminen ja sen yhteydessä syntyvä tulehdusreaktio, mikä yleensä paranee parissa päivässä. Ihon rusketuminen ja paksuuntuminen ovat ihon keinoja suojautua UV-säteilyltä: säteiden on vaikeampi kulkea paksun ihon läpi, jolloin tumat eli solujen keskukset ovat paremmassa turvassa. Rusketus taas johtuu pigmenttisolujen (melanosyyttien) tuottamasta melaniinista, jonka tarkoitus on suojata ihoa säteilyn aiheuttamilta soluvaurioilta. UV-säteilyn pitkäaikaisvaikutuksia ovat muun muassa ihon ennenaikainen vanheneminen sekä ihosyöpä tai sen esiasteet. Suurin osa pitkäaikaisvaikutuksista ilmenee vuosien tai kymmenien vuosien kuluttua. UV-säteilyllä on positiivisikin vaikutuksia, sillä säteilyn vaikutuksesta ihossa syntyy D-vitamiinia. Valohoidon hoitava vaikutus syntyy monella eri tapaa: UV-säteily muun muassa hillitsee kiihtynyttä solunjakautumista ja vähentää tulehdusta aiheuttavien solujen määrää. UV-säteily myös vähentää ihon kutinaa. UVA-säteet lisäävät pigmenttituotantoa ja UVB-säteiden vaikutuksesta epidermis paksuuntuu, minkä ansiosta iho kestää paremmin rasitusta.

3 VALOHOIDOSTA

3.1 Valohoito ennen ja nyt

Auringonvalon hoitavaa vaikutusta ihosairauksiin on hyödynnetty jo tuhansia vuosia. Luonnonvaloa jäljittelevä keinovaloa puolestaan on käytetty 1800–1900-lukujen taitteesta lähtien, kun käyttöön otettiin ensin hiilikaari- ja sittemmin kvartsilamput, jotka sisältävät myös ihon polttavaa UVC-säteilyä. Vuonna 1925 valohoitoon alettiin

yhdistää erilaisia tervavalmisteita. Valohoitoa on kehitetty ja hoitotulokset ovat parantuneet aikojen saatossa huomattavasti, etenkin 1970-luvun jälkeen kun käyttöön otettiin laajakaistaiset UVA- ja UVB-säteitä sisältävät loisteputket. Niiden jälkeen käyttöön on tullut myös kapeakaistaisiksi kutsutut UVB-putket, jotka ovat vähentäneet muiden hoitomuotojen tarvetta. Valohoidoissa voidaan hyödyntää pelkkää UV-säteilyä (yksinkertainen valohoito) tai yhdistää siihen vaikutusta tehostavia lääkkeitä (yhdistelmähoito).

Yleensä valohoitoa annetaan kolme kertaa viikossa ja valoannosta suurennetaan asteittain pidentämällä hoitoaikaa UVB-valohoidossa kymmenistä sekunneista muutamaan minuuttiin ja SUP-valohoidossa minuutista jopa 15 minuuttiin. Hyvä hoitotulos vaatii yleensä 20–30 hoitokertaa. Aloitusannos on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat hoidettava ihotauti sekä ihon sietokyky.

Valohoitoja määräävät pääsääntöisesti ihotautien erikoislääkärit. Myös yleislääkärit voivat määrätä niitä valohoitoja, joihin ei sisälly valolle herkistävää lääkitystä. Valohoitoja antavat vain koulutetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on kokemusta ihosairauksista sekä valohoidoista ja niiden vaikutuksista. Myös valohoitolaitteista ja niiden huollosta huolehtivat ammattitaitoiset henkilöt.

3.2 Valohoidon käyttö

Valohoitoa voidaan käyttää muun muassa seuraaviin ihotauteihin ja ihottumiin:

- psoriaasi
- atooppinen ekseema ja muut ihottumat
- punajäkälä
- nokkosihottuma
- akne
- morfea (ihon paikallinen skleroderma)
- mycosis fungoidis (ihon pinnallinen T-solulymfooma)

Valohoitoa ei tulisi antaa henkilöille, jotka ovat saaneet aiemmin sädehoitoa, sairastaneet ihosyövän tai joilla on ihon valovaurioita, tai jos ihosyöpä esiintyy suvussa. Valohoidon antamista harkitaan tarkkaan, mikäli henkilö sairastaa vaikeaa sydän- ja verisuonisairautta, maksasairautta, uremiaa, punahukkaa tai pemfigusta. Valoyliherkkyydestä kärsiville valohoitoa ei suositella, mikäli kyse ei ole valoyliherkkyyden siedätyshoidosta. Raskaus ja imetyks ovat este PUVA-hoidoissa, missä käytetään UV-säteilyä lisäksi lääkkeitä.

3.3 UVB-hoito

UVB-hoito perustuu lyhytaaltoiseen UVB-säteilyyn, joka voidaan jakaa kapea- ja laajakaistaiseen hoitoon. Kapeakaistainen UVB-hoito on osoittautunut tehokkaaksi ja vähentänyt laajakaistaisen hoidon käyttöä. Kapeakaistainen UVB-säteily sisältää vain muutamia aallonpituuksia laajakaistaiseen verrattuna, ja se on vähemmän polttavaa kuin laajakaistainen UVB. Kapeakaistaisen UVB-laitteen etuna on ihon vähäisempi punoitus hoidon jälkeen sekä valon annostelun tarkkuus. Kapeakaistainen UVB-hoito

soveltuu useimmille potilaille ja sitä käytetään pääsääntöisesti sellaisiin ihosairauksiin, jotka paranevat tai helpottuvat valoisina vuodenaikoina. Näitä ovat esimerkiksi psoriasis, atooppinen ihottuma sekä laaja punajäkälä. Lasten ihottumiin UVB-hoitoa voidaan käyttää harkiten ja pitkäaikaishaitat huomioon ottaen. UVB-hoidon tavallisin haittavaikutus on kuivuminen, mitä voi lievittää ihon huolellisella rasvaamisella.

3.4 SUP-hoito

SUP-hoito (Selective Ultraviolet Phototherapy, selektiivinen ultraviolettifototerapia) on muunnos UVB-hoidosta ja se sisältää sekä UVA- että UVB-säteitä. SUP-laite pyrkii jäljittelemään auringonvaloa. Aiemmin SUP-hoitoa käytettiin hankalan aknen hoitoon, mutta aknen lääkehoidon kehittymisen myötä tarve on vähentynyt huomattavasti. SUP-hoito tehoaa parhaiten ohueen ihottumaan, ja nykyään sitä käytetään lähinnä lievän psoriaasin ja atooppisen ihottuman hoitoon. SUP-hoito soveltuu myös lapsille ja raskaana oleville. SUP-hoito kuivattaa ihoa vähiten muihin valohoitomuotoihin verrattuna.

3.5 PUVA-hoito

PUVA-hoidoksi kutsutaan UVA-säteilyn ja ihon valoherkkyttä lisäävän psoraleenin yhdistelmähoitoa. UVA-säteily sellaisenaan ei juuri vaikuta ihottumaan, vaan siitä saadaan tehokasta hyödyntämällä lääkkeen ja valon yhteisvaikutusta. Psoraleenia voidaan käyttää eri muodoissa: suun kautta (tabletti- eli systeemi-PUVA), kylpyveteen sekoitettuna (kylpy-PUVA) tai voiteena (voide-PUVA). Kylpy-PUVA on Suomessa eniten käytetty PUVA-hoitomuoto, mutta aurinkoisena vuodenaikana hoitoa tulee välttää palamisriskin vuoksi.

Kylpy-PUVA:ssa psoraleeni sekoitetaan kylpyveteen ja kylpyaika on normaalisti vähintään 10 minuuttia, minkä jälkeen iho valotetaan pienellä annoksella UVA-säteilyä. Kylpy-PUVA:n etuna ovat vähäiset haittavaikutukset, koska psoraleenin imeytyminen verenkiertoon jää vähäiseksi toisin kuin tabletti-PUVA:ssa. Kylpy-PUVA:ta annetaan 2-3 kertaa viikossa ja valoannosta suurennetaan 2-3 hoitokerran välein. Hoitojakson pituus vaihtelee, mutta esimerkiksi läiskäpsoriaasin hoidossa hyvä hoitotulos saavutetaan noin 20 hoitokerran jälkeen. Kylpy-PUVA-hoitoa voidaan käyttää laaja-alaisissa ihosairauksissa sekä paikallishoitona käsi- ja jalkaihottumiin.

Tabletti-PUVA:ssa psoraleeni otetaan suun kautta tablettina, jolloin vaikutus tapahtuu verenkierron kautta. Tätä kutsutaan systeemiseksi vaikutukseksi, sillä verenkierron kautta lääkeaine leviää laajasti elimistöön. Tablettihoito voi rasittaa maksa ja munuaisia, jolloin laboratorioarvojen seuranta hoidon aikana on tarpeen. PUVA-hoitoja ei suositella raskauden aikana, sillä siinä käytettävät lääkkeet voivat olla sikiölle haitallisia. Tabletti-PUVAa käytetään etenkin psoriaasin ja vitiligon hoidossa.

On tärkeää muistaa, että auringossa oleilua tulee välttää kaksi vuorokautta jokaisen hoitokerran jälkeen, sillä kaikki PUVA-muodot herkistävät ihon valolle ja vaikutus kestää vähän aikaa hoidon jälkeen. Aurinko voi polttaa myös ohuiden vaatteiden sekä ikkunalasin läpi, sillä lasi läpäisee UVA-säteilyä.

- kadmiumsulfidi (tatuoinnit)

4.2 Valohoidon myönteisvaikutukset

UV-säteily altistaa ihosyöväille lähinnä niillä pottilailla, jotka ovat saaneet paljon tabletti-PUVA-hoitoja. Paljon UV-valohoitoja saaneen iho tulee tarkastaa huolellisesti vähintään kerran vuodessa, jotta mahdolliset muutokset tulevat huomatuksi. Riskien vuoksi valohoitokertoja (15–20 hoitokertaa) tulisi olla korkeintaan kolme vuoden aikana. UV-säteily myös rappeuttaa eli vanhentaa ihoa, mikä aiheuttaa ryppyjä ja ihon paksuuntumista sekä kimmoisuuden vähenemistä. Rungas UV-altistus näkyy ihossa myös pigmenttitäplinä sekä pigmentittöminä läiskinä.

4.3 Ihon hoito ennen valohoitoa ja sen jälkeen

Jos iholla on hilsettä, se tulee poistaa ennen valohoitoa, sillä UVB-säteet läpäisevät huonosti hilsettä ja vaikeuttavat säteilyn pääsyä ihoon. Hilse voidaan poistaa voiteella, joka pehmittää ja kuorii hilseen pois. Raapimista on vältettävä, sillä ihon tulee olla ehjä ennen hoitoa. Salsyylihappovoide, jota käytetään paksun hilseen kuorimiseen psoriaasissa, suojaa ihoa UV-säteilyltä, joten sen käyttöä ennen valohoitoa tulee myös välttää hoidon tehon säilymiseksi.

Ennen valohoitoa tulee huolehtia, että iho on puhdas, meikitön eikä siinä ole rasvaa. Myöskään haju- tai partavesiä eikä deodorantteja tule käyttää ennen hoitoa, sillä ne voivat ärsyttää ihoa. Kosmetologin ihonpuhdistusta ei suositella otettavaksi vuorokautta ennen valohoitoa. Psoriaasin paikallishoitoon käytettäviä D-vitamiinijohdoksia ei tule käyttää juuri ennen valohoitoa, sillä hoito huonontaa lääkeaineen tehoa.

Valohoito voi kuivattaa ihoa, joten hyvästä rasvauksesta kannattaa huolehtia sekä valohoidon jälkeen että hoitojakson välipäivinä. Palanutta ihoa voidaan hoitaa kortisonivoiteilla.

MUISTILISTA

Ennen hoitoa

- Ota valohoitolähete mukaasi ensimmäiselle kerralle ja varaa aikaa vähintään puoli tuntia.
- Selvitä etukäteen kaikki käyttämäsi lääkkeet sekä luontaistuotteet. Muista myös ulkoisesti käyttämäsi voiteet sekä ilman reseptiä saatavat lääkevalmisteet.
- Kerro hoidon antajalle myös aiemmista valohoidoista ja niiden vaikutuksesta.
- Huolehdi siitä, että ihosi on puhdas ja meikitön.

4 VALOHOIDOSSA HUOMIOITAVAA

4.1 Lääkkeet ja muut valohoidon toteutukseen vaikuttavat aineet

Monet sisäisesti ja ulkoisesti käytettävät lääkevalmisteet voivat herkistää ihon valolle. Herkistyminen aiheuttaa erilaisia iho-oireita kuten punoitusta tai i rakkulaista ihottumaa. Siksi on tärkeää, että muistat mainita hoitajalle ja lääkärille kaikkia käyttämästäsi lääkkeitä, lääkeaineita sisältäviä voiteista sekä luontaistuotteista. Valoherkistymisen oireet vaihtelevat yksilöstä, käytetystä lääkkeestä ja lääkeannoksesta riippuen.

Valoyliherkkyyksistä käytetään nimityksiä fototoksinen ja fotoallerginen valoyliherkkyys niiden syntymekanismien mukaan. Fototoksinen reaktio ilmenee tarkasti rajattuna niillä alueilla, jotka ovat olleet paljaana valolle altistuttaessa ja se muistuttaa auringonpolttamaa. Iho punoittaa ja saattaa myös turvottaa ja kirvellä. Allergiseen reaktioon puolestaan liittyy näppyjä tai laajempia paukumia, turvotusta ja usein voimakasta kutinaa. Allerginen reaktio voi ulottua myös valolta peitettynä oleille alueille.

UV-valohoidon aikana vältettäviä lääkkeitä

Ulkoisesti käytettäviä

- antimikrobit: klorinoli, triklosaani, klooriheksidiini
- psoraleenit: triksaleeni (hajuvedet, valonsuojavoiteet)
- aknelääkkeet: tretinoini, bentsoyliperoksidi, adapaleeni
 - o ohentavat ihon ulointa eli sarveiskehystä
- tulehduskipulääkkeistä ketoprofeeni ja piroksikaami (iholle käytettävät voiteet)

Sisäisesti käytettäviä

- tulehduskipulääke piroksikaami
- antibiootit grepafloksasiini, siprofloksasiini, doksisykliini
- pahoinvointilääke proklooriperatsiini
- rytmihäiriölääke amiodaroni
- tiatsidiureetit
- psyykenlääke klooripromatsiini ja muut saman lääkeyhymän lääkeaineet
- elimistön vastustuskykyä alentava siklosporiini
- Luontaistuotteista mäkikuisma

Kemikaaleja, jotka herkistävät ihon UV-säteilylle

- salisyylimidit (deodoranteissa ja saippuissa)
- syklimaatti (makeutusaine)
- eteeriset öljyt ja synteettiset väriaineet kuten eosiini (kosmetiikassa)
- haju- ja partavesien kasviuutteet
- para-aminobentsoehappo (aurinkovoiteet)
- bentsofenoni (aurinkovoiteet ja kosmetiikka)

- Ihotulehdukset tulee hoitaa ja ärtynyt iho rauhoittaa ennen valohoitoa. Ihon tulee olla ehjä.
- Mikäli ihollasi on hilsettä, se tulee kuoria ennen hoitoa.
 - esimerkiksi paksut hilseläiskät vaikeuttaa UV-säteilyn pääsyä iholle
- Vältä läikevoiteita ja rasvoja ennen valohoitoa, sillä ne voivat vaikuttaa hoitutulokseen ja herkistää ihoa valolle.
- Luomet suojataan tarpeen mukaan hoidon ajaksi.
- Hoidon antaja tarkistaa ihosi kunnon ja mahdolliset ihottumat.
- Mikäli sairastat kuumeiseen tulehdustautiin, on syytä pitää taukoa valohoidosta.

Hoidon jälkeen

- Ihon huolellinen kosteuttaminen perusvoiteella parantaa hoitotulosta sekä ehkäisee hoidon jälkivaikutuksena ilmenevää kutinaa ja ihon kuivumista.
- Huolehdi nestetasapainostasista valohoitajakson aikana juomalla riittävästi nestettä.
- Kerro hoidon antajalle, jos olet huomannut ihossasi punoitusta, kipua tai kuumotusta tai muita tavallisesta poikkeavia oireita hoitajakson aikana.
- Ihon punoittaminen hoidon jälkeisenä päivänä on tavallista ja kertoo siitä, että valohoito on tehonnut. Iho ei kuitenkaan saa olla arka tai kipeä.
- Palanutta ihoa hoidetaan perus- tai läikevoiteella (kortisoni) sekä viilleillä kääreillä. Tulehduskipulääke ehkäisee palamisen etenemistä.
- Jos iho pääsee palamaan, seuraava valohoitokerta jätetään väliin.
- Jos olet saanut paljon valohoitoja, tarkkaile koko kehon ihoasi ja kerro hoitajalle tai lääkärille, jos havaitset tavallisesta poikkeavia muutoksia.
 - Jos luomi tai sen kaltainen muutos alkaa kasvaa, haavautuu, hilseilee tai ärsyyntyy herkästi, kerro siitä lääkärille.

Lähteet

Hannuksela, Matti; Karvonen, Jaakko; Reunala, Timo ja Sühonen, Raimo (toim.) Ihotaudit. Duodecim: Helsinki 2003.

Hasan, Taina: Valohottumat
 Oikarinen, Aarne & Tasanen-Määttä, Minna: Ihon rakenne ja tehtävät
 Snellman, Erna: Valohoidot

Säteilyturvakeskus 2008. Ultravioletti-säteily ja ihminen. Luettavissa:
http://www.stuk.fi/julkaisut_maaraykset/fi_F/katsaukset/_files/122222632510026363/default/UV_ja_lhminen_web.pdf

Laihia, Jarmo; Pastila, Riikka; Koulu, Leena, Auvinen, Anssi; Hasan, Taina; Snellman, Erna; Kojo, Katja ja Jokela, Kari 2009. UV-säteilyn biologisia ja terveydellisiä vaikutuksia. Teoksessa Riikka Pastila (toim.) Ultravioletti- ja lasersäteily. Säteilyturvakeskus: Helsinki.

Hannuksela, Matti 2009. Hyvä, paha aurinko. Luettavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=hpa

Iholiitto ry:n julkaisemat oppaat:

Atooppinen ihottuma
 Tunne ihosi auringossa
 Seborrooinen ihottuma