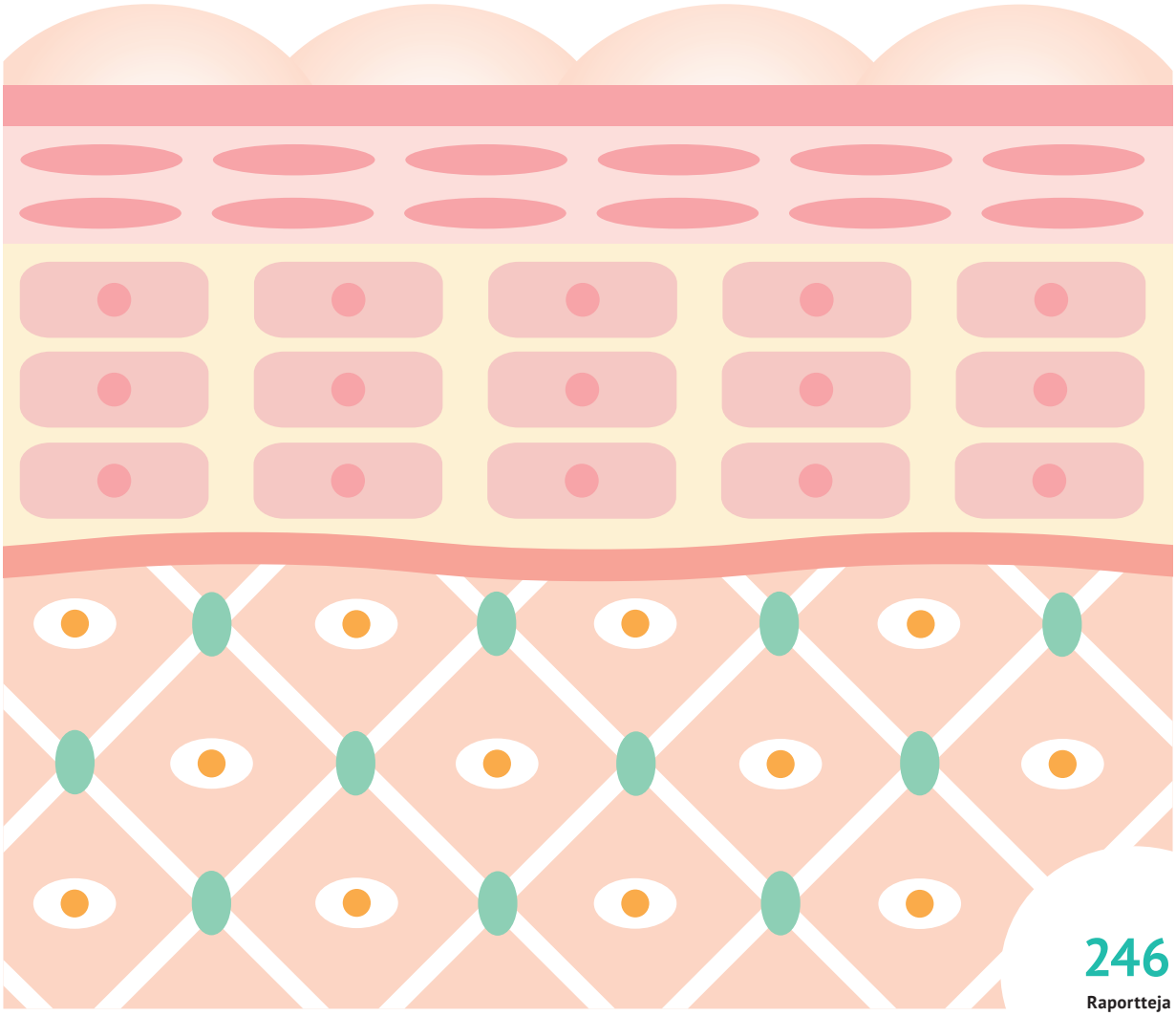
Maika Kummel & Susanna Mört (toim.)

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



246
Raportteja

Ihon terveydeksi

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

Maika Kummel & Susanna Mört (toim.)

Ihon terveydeksi

Turun ammattikorkeakoulun
raportteja 246

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2018

ISBN 978-952-216-678-4 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)
Painopaikka: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2018

ISBN 978-952-216-679-1 (pdf)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
Jakelu: http://loki.turkuamk.fi

Sisältö

Esipuhe **4**
Johdanto **6**

Ihon terveydenhoitotyö

Ihoterveys ja siihen vaikuttavat tekijät 10
Sanni Lindström, Janika Mäkilä & Maika Kummel

Melanooman tunnistaminen perusterveydenhuollossa 18
Linda Willing, Heidi Pyykkönen & Maika Kummel

Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriöiden hoito 26
Emilia Perhe, Taina Reponen, Maika Kummel & Susanna Mört

Aknen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin 42
Annika Nevalainen, Satu Karjalainen & Maika Kummel

Psoriasiksen vaikutus hyvinvointiin 53
Essi Varhia, Jenna Ylikylä & Maika Kummel

Ihomuutosten vaikutus elämänlaatuun 61
Essi-Lotta Tenhunen & Maika Kummel

Esteettinen hoitotyö

Non-operatiivinen esteettinen hoitotyö 70
Jenna Vapaavuori, Susanna Mört & Maika Kummel

Sisällönanalyysi Journal of Aesthetic Nursing -julkaisun teemoista 79
Eveliina Pajunen & Maika Kummel

Eettisyys esteettisessä hoitotyössä – täydellisen ulkomuodon pakkomielle 87
Eveliina Nieminen, Anniina Suoyrjö & Susanna Mört

Esteettisen hoitotyön koulutuskysymyksiä 95
Jenna Vapaavuori, Maika Kummel & Susanna Mört

Esipuhe

Terve, hyvinvoiva iho suojaa meitä erilaisilta haitallisilta ympäristötekijöiltä, huolehtii kehon lämmönsäätelystä ja toimii tärkeänä puolustusmekanismina erilaisia taudinaiheuttajia vastaan. Kun iho voi hyvin, ei sen merkitystä välttämättä tiedosteta eikä siihen kiinnitetä erityistä huomiota. Jos ihoon kuitenkin syntyy vaurio tai sen toiminta heikkenee, ovat haitat usein merkittäviä. Vaikka iho uudistuu ja muuttuu jatkuvasti erilaisten sisäisten ja ulkoisten tekijöiden ansioista, se myös ”muistaa” eivätkä esimerkiksi palovammojen tai paleltumien aiheuttamat ihovauriot välttämättä koskaan täysin parane.

Ihoa on suojeltava ja sen terveydestä ja hyvinvoinnista tulee huolehtia koko elämän ajan. Iho reagoi herkästi erilaisiin tekijöihin, ja ihossa myös näkyy ihmisen yleinen terveys ja hyvinvointi. Iän ja perimän lisäksi ihon terveyteen vaikuttavat keskeisesti auringon ultraviolettisäteily ja elämäntavat, kuten ravitsemus, tupakointi ja stressi. Monipuolinen ravitsemus, riittävä nesteytys, liikunta ja lepo sekä yleinen terveydestä ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ovat kaikkein tehokkaimmat keinot edistää ihon terveyttä ja ennaltaehkäistä siihen liittyviä ongelmia ja mahdollisia sairauksia.

Turun ammattikorkeakoulussa on erityisesti terveyden edistämisen tutkimusryhmässä ja terveydenhoitajien koulutuksessa kiinnitetty viime vuosina lisääntyvissä määrin huomiota ihon terveyteen ja terveyden edistämiseen. Terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelijat ovat tuottaneet useita erinomaisia opinnäytetöitä ihoterveyteen liittyen. Näiden töiden pohjalta on tuotettu tämä julkaisu, jonka tarkoituksena on esitellä erilaisia näkökulmia ihon terveyteen sekä tiivistää uusinta tietoa ihon terveyden edistämiseen ja ihoon liittyvien ongelmien ja sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Julkaisu on suunnattu terveysalan opiskelijoille niin ammattikoulu- kuin korkeakouluasteelle, mutta se soveltuu hyvin myös laajemmalle kohderyhmälle, jokaiselle yleisesti ihon terveydestä kiinnostuneelle.

Turussa toukokuussa 2018

Camilla Laaksonen

TtT, Koulutus- ja tutkimuspäällikkö

Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala

Johdanto

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Susanna Mört
TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Tämä julkaisu käsittelee ihon terveydenhoitotyötä ja esteettistä hoitotyötä. Joissakin maissa, kuten Saksassa, puhutaan lähinnä dermatologisesta hoitotyöstä. Tämä julkaisu on tarkoitettu oppimateriaaliksi terveydenhuollon ammattilaisille ja alan opiskelijoille. Julkaisun ensimmäisessä Ihon terveydenhoitotyö -osiossa keskitytään ihon terveyteen vaikuttaviin tekijöihin, yleisimpiin ihosairauksiin ja niiden hoitoon sekä erilaisten ihomuutosten vaikutuksiin elämänlaadussa. Esteettisen hoitotyön osiossa keskitytään taas yleisimpiin non-operatiivisiin hoitoihin, yleisimpiin esteettisiin toimenpiteisiin julkaisujen näkökulmasta, esteettisen hoitotyön eettisiin kysymyksiin esimerkin avulla sekä esteettisen hoitotyön koulutuskysymyksiin.

Ihon terveydenhoitotyötä ei juurikaan käsitellä suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa. Tosin ihotautien hoitotyön opetusta on vaihtelevasti suomalaisissa korkeakouluissa. Esimerkiksi Turun ammattikorkeakoulussa ihon terveydenhoitotyö on lisätty hoitotyön opetussuunnitelmaan (2016–2020) vaihtoehtoisiksi suuntaaviksi opinnoiksi. Kyseisellä opintojaksolla (5 op) opiskellaan ihotautien lisäksi silmä- ja korvatautien hoitotyötä.

Suomalaiseen sairaanhoitajan (AMK) koulutukseen ei tällä hetkellä sisälly lainkaan esteettisen hoitotyön opetusta. Ala on kuitenkin kasvava, ja Suomessa yksityisellä sektorilla työskentelee sairaanhoitajia estetiikan parissa nimikkeellä ”estetiikkahoitaja”. Esteettiseen hoitotyöhön ei Suomessa myöskään ole korkeakoulutasoista täydennyskoulutusta, jonka avulla alalle voisi suuntautua.

Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa tunnistetaan esteettisen hoitotyön erityisala ja siellä järjestetään terveydenhuollon ammattilaisille korkeakoulutasoista koulutusta. Valvira myöntää, että esteettisten toimenpiteiden valvonnan säädökset vaatisivat täsmennyksiä. Tällä hetkellä Suomessa suositellaan, että esimerkiksi esteettisiä pistoshoitoja antaisivat vain terveydenhuollon ammattilaiset. Laki ei kuitenkaan kiellä ketä tahansa antamasta pistoshoitoja, eikä kukaan valvo terveydenhuollon ulkopuolisia pistäjiä. Tämä saattaa aiheuttaa riskin potilasturvallisuudelle haittatapahtumien muodossa. Tällaisissa haittatapahtumissa potilaat hakeutuvat useimmiten hoitoon julkiselle sektorille, mikä puolestaan kuluttaa yhteiskunnan varoja.

Oletettavaa ja toivottavaa on, että estetiikan alan kasvaessa ja non-operatiivisten hoitojen ja toimenpiteiden yleistyessä myös Suomeen tullaan tulevaisuudessa saamaan tarkemmat määräykset siitä, kuka hoitoja saa antaa. Hoitotyön opintoihin olisi hyvä sisällyttää esteettisen hoitotyön opetusta tai ottaa käyttöön esimerkiksi esteettiseen hoitotyöhön suuntaava täydennyskoulutus. Alati kehittyvään ja laajenevaan hoitotyön osa-alueeseen tarvitaan myös tieteellistä tutkimusta ja näyttöön perustuvaa koulutusta ja osaamista.

Ihon terveyden-hoitotyö

Ihoterveys ja siihen vaikuttavat tekijät

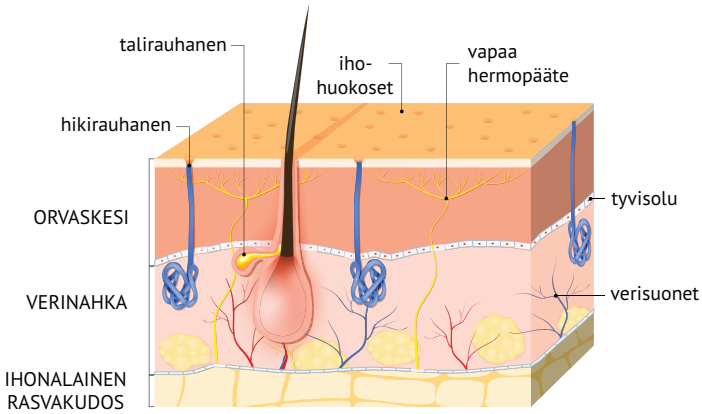
Sanni Lindström
Terveydenhoitaja

Janika Mäkilä
Terveydenhoitaja

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Iho peittää koko elimistön pinta-alan ja on kehon suurin elin. Aikuisen ihmisen ihon kokonaispinta-ala on 1,5–2 metriä, ja se painaa noin 5 % koko kehon painosta. Ihmiskehossa on vettä noin 60–70 %, josta 20 % on ihossa. Iho uudistuu jatkuvasti, ja sen kautta voidaan havainnoida myös elimistön terveydentilaa. Kehon hyvinvoinnille on tärkeää, että iho toimii moitteettomasti ja on rakenteeltaan ehjä. Ihossa on kolme kerrosta: orvaskesi eli epidermis, verinahka eli dermis ja ihonalainen rasvakudos eli subcutis (kuva 1).

KUVA 1.
Ihon rakenne.



Iholla on monia erilaisia tehtäviä, joita se kykenee tekemään erikoistuneen rakenteensa vuoksi (taulukko 1). Sen tärkein tehtävä on ylläpitää vallitsevaa olotilaa kehossa, joka mahdollistaa kudosten normaalin toiminnan.

TAULUKKO 1.
Ihon tehtävät.

Tehtävät	Tehtävään osallistuva rakenneosa
Suoja fysikaalisia ja kemikaalisia tekijöitä vastaan	Dermis, subcutis, epidermis
Suoja UV-säteilyä vastaan	Epidermis/melanosyytit
Suoja kulumista vastaan	Epidermis/sarveiskalvo
Veden haihtumisen estäminen	Epidermis/sarveiskalvo
Immunologisena elimenä toimiminen	Lagerhansin solut, epidermiksen keratinosyytit, lymfosyytit, syöttösolut
Lämmön säätely	Hikirauhaset/verenkierto
D-vitamiinimetabolia	Epidermis/keratinosyytit
Tuntoaistimukset	Hermopäätteet
Talineritys	Talirauhaset
Aineiden imeytyminen	Epidermis/karvafollikkelit

Perimä, ihon uusiutuva rakenne sekä ihotyyppi vaikuttavat suuresti siihen, miten iho reagoi ärsykkeisiin sekä miltä iho näyttää. Ihon oikeanlaisella perushoidolla voidaan vaikuttaa ihon kuntoon sekä ulkoisilta tekijöiltä suojautumiseen. Ihon päivittäisessä hoidossa keskeisiä ovat vesi, pesunesteet ja kosteusvoiteet.

Ihon terveyteen vaikuttavat tekijät

Ihon terveyteen vaikuttavat sekä sisäiset että ulkoiset tekijät. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat perimä, emotionaalinen tila ja hormonien aikaansaamat muutokset ihossa, kuten ihotyyppi ja ikääntyminen. Ulkoisiin tekijöihin puolestaan kuuluvat ilmasto ja elinympäristö, kemikaalit, ravitsemus, ihon hoito sekä elämäntavat. Ulkoisiin tekijöihin voimme siis itse vaikuttaa muun muassa tupakoimattomuudella ja aurinkosuojavoiteita käyttämällä.

Terve iho on kaunis, pehmeä ja kuulas. Toisaalta stressi, väsymys tai epätasapainossa olevat hormonit näyttäytyvät ihmisen iholla hyvin nopeasti harmautena ja näppylöinä. Iho onkin keskeinen indikaattori sille, mitä kehomme sisällä tapahtuu.

Hormonit vaikuttavat ihon terveyteen sisäisesti ja huolehtivat ihon paksuudesta, kiinteydestä, tasaisuudesta ja rasvaisuudesta. Hormoneista estrogeeni ja testosteroni vaikuttavat ihoon eniten. Estrogeeni vaikuttaa muun muassa ihon paksuuteen, kollageeniin ja veren virtaukseen. Näin ollen estrogeenillä on merkittävä osuus ihon vanhenemisessa, sillä estrogeenipitoisuuden vähentyessä iho alkaa rypistyä ja kuivettua. Iho myös kalpenee, sillä verisuonten määrä ihossa vähenee ja sitä myöden ravintoaineita kulkeutuu iholle vähemmän. Estrogeenitason muutokset voivat myös aiheuttaa tulehduksellisia reaktioita iholle, kuten rosacean synnyn. Testosteroni vaikuttaa muun muassa lihasten voimaan ja muotoon. Testosteronipitoisuuden laskiessa ihon lihaksisto väljähtää ja kasvoista tulee kuivat. Testosteronitason suureneminen voi altistaa aknen puhkeamiseen.

Liikunta vaikuttaa ihoon hien, verenkiertoelimistön ja painonhallinnan kautta. Verenkierron lisääntyessä hapen ja ravinteiden saanti paranee myös iholla. Myös päihteillä on oma vaikutuksensa ihon kuntoon ja vanhenemiseen. Tupakan ja nuuskan sisältämä nikotiini supistaa verisuonia. Se aikaansaa pitkällä aikavälillä harmahtavan ihonsävyn pintaverisuonien ollessa toistuvasti supistuneena. Iho myös vanhenee, sillä iho ei saa riittävästi tarvitsemiaan ravinteita. Tupakkatuotteiden on myös todettu haittaavan haavan paranemista ja lisäävän haavainfektioriskiä.

Liiallinen alkoholin käyttö saa puolestaan ihon punoittamaan sekä veltostuttaa kasvoja. Alkoholi sisältää myös paljon energiaa ja voi siten lisätä ylipainoa. Päihteet sisältävät myös suuren määrän kemikaaleja. Tupakan sisältämät monet aineet sekä alkoholi aiheuttavat syöpää. Päihteiden lisäksi kehomme saa kemikaaleja muun muassa ilmansaasteista, erilaisista kosmetiikkatuotteista ja kemikalisoidusta ravinnosta.

Huonosti nukuttu yö vaikuttaa ihoomme kolmen hormonin kautta, jotka ovat kortisoli, kasvuhormoni ja melatoniini. Kohonnut kortisolitaso hajottaa kollageenia, mikä vähentää ihon kimmoisuutta. Kasvuhormoni on puolestaan yksi ihon vanhenemiseen vaikuttavista hormoneista. Nukkuessamme se kosteuttaa ihoa ja mahdollistaa solujen uusiutumisen ja korjauksen. Melatoniini on unihormoni, joka rauhoittaa kehon toiminnot ja antaa lähtölaskennan muille hormoneille. Jollei keho tuota riittävästi melatoniinia, se ei tuota tarpeeksi kasvuhormonia, mutta tuottaa liikaa kortisolia. Mikäli ihminen ei nuku riittävästi, hänen ihonsa kuivuu ja ikääntyy, ja siihen syntyy juonteita sekä ryppyjä. Nykytietämyksen mukaan suositellaan 8–9 tunnin yöunia.

Ravinnon vaikutus ihoon

Ravinnolla on merkittävä vaikutus ihon kuntoon, sillä riittävän ja monipuolisen ruoan ansiosta iho saa tarvitsemansa ravintoaineet pysyäkseen terveenä ja kauniina. Ihoterveyden näkökulmasta on suositeltavaa syödä suomalaisten ravitsemussuositusten mukaisesti. Tämä toteutuu syömällä riittävästi kasviksia ja täysviljaa, valitsemalla mieluummin pehmeitä kuin kovia rasvoja, vähentämällä sokerin ja suolan saantia, huolehtimalla vitamiinien ja kivennäisaineiden riittävästä saannista sekä syömällä säännöllisesti lautasmallin mukaisesti.

Orvaskeden solut uusiutuvat noin 28–31 päivän välein. Tähän nopeatahtiseen uusiutumiseen ihon solut tarvitsevat riittävästi proteiineja, hiilihydraatteja ja rasvoja. Rasvoilla on myös toinen tärkeä tehtävä ihon terveyden kannalta; ne muodostavat iholle vettä hylkivän esteen, joka auttaa ihoa pitämään tarvittavan kosteuden. Liian vähäinen rasvojen saanti ja solujen huono kunto saavat aikaan ihon veltostumista ja vanhenemista, joka näyttäytyy ihon kuivuutena ja ärtyneisyytenä. Erityisen tärkeitä ovat omega 3 ja 6 -rasvahapot, jotka tulee saada ravinnosta, sillä ihmiskeho ei tuota niitä itse. Näitä saadaan runsaasti kasviöljyistä, juoksevista margariineista, kalasta, pähkinöistä ja siemenistä.

Kollageenitutkija Pihlajaniemen mukaan runsas sokerinkäyttö voi vähentää kollageenia tai häiritä sen toimintaa. Veren tai kudosten korkean sokeripitoisuuden on todettu aiheuttavan normaalia enemmän sokeriryhmien liittymistä proteiineihin, myös kollageeniin. Tästä johtuen kudoksista voi tulla joustamattomampia ja iho voi alkaa näyttää veltommalta. Sokeripitoisuus voi vaikuttaa myös epäsuorasti solujen elinkykyyn ja toimintaan ja sitä kautta heikentää kollageenin muodostumista. Toisaalta sokeria myös tarvitaan kollageenin tuottamiseen. Noudattamalla ravitsemussuositusten mukaista ruokavaliota sokeria ei voi saada ihon kannalta liikaa.

Vitamiinit vaikuttavat merkittävästi ihon kuntoon ja toimintaan. Niiden toimintaa ihon kannalta on tutkittu vasta vähän, mutta ainakin tiedetään, että A-, C-, D- ja E-vitamiinien ansiosta iholla on kyky suojautua auringolta ja parantaa sen aiheuttamia vaurioita. Vitamiinit myös edistävät haavojen paranemista. Lisäksi kaikki mineraalit vaikuttavat ihon toimintaan. Mineraaleista sinkki ja seleeni vaikuttavat ihon kuntoon ja terveyteen eniten.

Auringon vaikutus ihoon

Auringon ultraviolettisäteily voidaan luokitella kolmeen eri osaan aallonpituutensa mukaan: UVA-, UVB- ja UVC -säteilyyn. Lyhytaaltoiset UVB-säteet polttavat ja ruskettavat ihoa. Pisimmät säteet eli UVA-säteet tunkeutuvat dermikseen asti. Ne ruskettavat, mutta eivät polta. Ilmakehän otsonikerros pysäyttää lyhyimmät UVC-säteet. Viimeaikaiset tutkimustulokset osoittavat kuitenkin, että UVA-säteily on yhtä haitallista kuin vahvin UVB-säteily, joka saa aikaan ihon terveysongelmien esiintymisen. Pilvisinä päivinä esiintyy UVA-säteilyä ja toistuva altistuminen voi aiheuttaa terveysongelmia, jotka voitaisiin välttää suojautumalla auringolta myös pilvisinä päivinä.

Myös eri auringonvalon aallonpituuksilla on merkitystä ihomuutoksiin. Erityisesti näkyvä valo ja infrapunasäteily edistävät ihon vanhenemismuutoksia. Tämän seurauksena on pyritty kehittämään ihonhoitotuotteita ja aurinkovoiteita, jotka eivät ainoastaan suojaa UVA- ja UVB-säteilyltä, vaan suojaavat myös näkyvää valoa ja infrapunasäteilyä vastaan.

Ympäri maailmaa käytössä oleva UV-indeksi eli UVI on kehitetty auringon suojautumistarpeen arviointia varten. UVI ilmoittaa auringon haitallisen UV-säteilyn yhdellä luvulla (0-11+). UVI-indeksi ilmoitetaan säätiedotuksissa. Auringolta kannattaa suojautua, kun UV-indeksi on yli 3. Etelä-Suomessa tämä toteutuu toukokuusta elokuuhun yleensä keskipäivällä klo 11–15, jolloin tulisi välttää suojaamatonta auringossa oloa.

Ihon oma suoja-aika tarkoittaa aikaa, jonka voi olla auringossa ilman suojavoidetta palamatta. Esimerkiksi vaalealla iholla se on 10–20 minuuttia. Jotkut lääkkeet, sairaudet ja ravintotekijät pienentävät ihon sietoaikaa auringossa. Auringossa ollessa tuleekin käyttää laajakirjoista suojavoidetta, joka suojaa sekä UVA- että UVB-säteilyltä. Voide tulee levittää 30 minuuttia ennen auringonvalolle altistumista, jotta se ehtii imeytymään kunnolla. Voidetta tulee käyttää riittävästi, ja sitä tulee lisätä parin tunnin välein. Esimerkiksi hikoilun, uimisen ja peseytymisen jälkeen voidetta tulisi lisätä iholle.

UV-suoja-aineet voivat olla kemiallisia tai fysikaalisia. Kemialliset suoja-aineet imeytyvät ihon pintaan ja imevät, suodattavat ja hajottavat UV-säteitä niin, etteivät ne pääse vaurioittamaan ihoa. Fysikaaliset suoja-aineet jäävät ihon pinnalle kerrok-

seksi toimien esteenä ja heijastaen pois UV-säteet. Vaatteet tarjoavat parhaan suojan UV-säteilyä vastaan. Varsinkin pienet lapset kannattaa suojata auringolta vaatteiden avulla, koska vielä ei täysin tunneta aurinkosuojavoiteiden kaikkia kemiallisia vaikutuksia ihoon. On olemassa myös erityisiä UV-suojattuja vaatteita.

Ihon ruskettuminen on seurausta auringonvalon aiheuttamasta ihosolujen vauriosta. Ruskettumisella iho pyrkii suojaamaan soluja lisävaurioilta. Ihon palaminen on tulehdusreaktio, joka johtuu liiallisesta UV-valolle altistumisesta. Varsinkin nuoruusiällä tapahtuneet ihon toistuvat palamiset lisäävät ihomelanooman vaaraa, ja muiden ihosyöpien riski kasvaa suhteessa UV-säteilyn kokonaismäärään elinaikana.

UV-säteillä on kuitenkin myös paljon positiivisia vaikutuksia ihon ja koko kehon terveyteen ja vireystilaan. UV-säteilyllä on tulehdusta hillitsevä vaikutus ja esimerkiksi UVB-säteilyä käytetäänkin monien ihotautien hoidossa. Lisäksi ihon D-vitamiinin tuotanto on erittäin riippuvainen auringonvalosta.

Lähteet

Anguita, M. 2011. Keeping safe in the sun. Independent Nurse. Viitattu 11.10.2016. http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfvie-wer?sid=f60c9b647d3d41679e254884ef56e815%40sessionmgr4006&vid=2&hid=4207

Burns, S. 2013. Sleep and your skin. Body sense. Viitattu 21.10.2016 http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfvie-wer?sid=12d0607db13d45e5969e35b5684529b7%40session-mgr4009&vid=10&hid=4101

Burr, S. & Penzer, R. 2005. Promoting skin health. Viitattu 5.10.2016, http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfvie-wer?sid=e916d6d8-26bd-4178-a194-0fc6a54b55db%40session-mgr4009&vid=1&hid=4104

Grether-Beck, S.; Marini, A.; Jaenicke, T. & Krutmann, J. 2014. Photoprotection of human skin beyond ultraviolet radiation. Photodermatol Photoimmunol Photomed. Viitattu 12.10.2016 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phpp.12111/pdf

Gurenlian, J. 2015. RDH. Here comes the sun. 35(8):10-89. Viitattu 10.10.2016. http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.tkuamk.fi/ehost/pdfviwer/pdfviwer?sid=d44922d2e6214ab5a9ca5252d390153b%40sessiomgr4008&vid=1&hid=4209

Hannuksela, M.; Peltonen, S.; Reunala, T. & Suhonen, R. 2011. Ihotaudit. Kustannus Oy Duodecim.

Hannuksela-Svahn, A. 2016. Tietoa potilaalle: Auringon polttama ja auringolta suojautuminen. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.10.2016 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti

Hughes, P.; Kutner, A. & Brown, G. 2013. The physiology and pharmacology of vitamin D. Nurse Prescribing. 11(7): 344–351. Viitattu 23.10.2016 http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfvie-wer?sid=6ada67fd-9cd9-46b2-bceb-05e2e46e59a0%40session-mgr107&vid=1&hid=116

Huttunen, J. 2014. Alkoholi on maailman vaarallisin kemikaali. Duodecim. Viitattu 21.10.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00222

Ilmatieteen laitos. 2016. Mitä ovat UV-säteily ja UV-indeksi? Viitattu 21.10.2016. http://ilmatieteenlaitos.fi/ultraviolettisateily

Lindström, S. & Mäkilä, J. 2016. Terve iho: auringon ja ravinnon vaikutus ihoon. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa http://www.theseus.fi/handle/10024/121433

Loong T. 2015. Interval factors contributing to optimal skin health and rejuvenation. Viitattu 5.10.2016 http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=191e6ddf-bcde-4f2c-862b-75950f95b06a%40session-mgr4007&vid=33&hid=4101

Michels, A. 2011. Vitamin C and skin health, Linus Pauling institute. Viitattu 17.10.2016 http://lpi.oregonstate.edu/mic/micronutrients-health/skin-health/nutrient-index/vitamin-C

Paarmas, T. 2013. Ihmetiikka - ihonhoito ja kosmetiikkaopas nuorille. Aurinko kustannus Helsinki.

Patja, K. 2014. Tupakka ja sairaudet. Duodecim. Viitattu 21.10.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066#s4

Päivänen, P. 2017. Ihon kunto kertoo koko elimistön vanhenemisesta – Runsas sokerinkäyttö voi veltostuttaa ihoa, sanoo professori. Helsingin Sanomat. Viitattu 21.6.2017 http://www.hs.fi/hyvinvointi/art-2000005214194.html

Sand, O.; Sjaastad, O.; Haug, E.; Bjålie, J. & Toverud, K. 2015. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. Helsinki: Wsoypro.

Schwab, U. 2012. Omega -rasvahapot. Duodecim, Viitattu 19.10.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00900

Tasanen-Määttä, K. & Peltonen, S. 2011. Ihon rakenne, tehtävät ja toiminta. Duodecim oppiportti. Viitattu 5.10.2016. http://www.oppiportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/op/iht00002/do

Urasaki, M.; Muradi, M.; Silva, M.; Maekawa, T. & Zonta, G. 2016. Exposure and sun protection practices of university students. Revista Brasileira Enfermagem 69(1). Viitattu 12.10.2016 http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviwer/pdfvie-wer?sid=1554865e-ba18-431b-9c92-0fc7d3123a2b%40sessiomgr101&vid=7&hid=123

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Viitattu 27.6.2017 https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_terveytta-ruoasta_2014_fi_web_v4.pdf

Vester, A. 2012. Melanooman hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 1.10.2016 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_artik-keli=shk01340&p_haku=aurinkosuoja

Wilson, D.; Varigos, G. & Ackland, M. 2006. Apoptosis may underlie the pathology of zinc -deficient skin. Viitattu 19.10.2016 http://www.nature.com/icb/jour-nal/v84/n1/full/icb20065a.html

Yüregir, H. 2009. Food for the skin. Viitattu 19.10.2016 http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfvie-wer?vid=1&sid=40f459f3-a2db-484f-b338-78108d884787%40sessionmgr

Melanooman tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Linda Willing
Terveydenhoitaja

Heidi Pyykkönen
Terveydenhoitajaopiskelija, Turun ammattikorkeakoulu

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Melanooma eli tummasolusyöpä on vakavimman tyyppinen ihosyöpä. Melanooma kehittyy melaniinia eli ihon väriainetta tuottavista soluista, melanosyyteistä. Suurin osa melanoomista näkyy iholla, mutta melanooma voi kehittyä myös esimerkiksi limakalvolle tai silmään. Useimmiten melanooma saa alkunsa uutena luomena tai ihomuutoksena terveelle iholle. Vain noin joka kolmas melanooma syntyy jo olemassa olevaan luomeen.

Yleisimmät melanoomatyypit

Yleisin melanoomatyyppi on pinnallisesti leviävä melanooma, johon kuuluu noin 60 prosenttia kaikista melanoomista. Miehillä pinnallinen melanooma on yleisesti selässä, kun taas naisilta se löytyy useimmiten alaraajoista. Pinnallisessa melanoomassa voi olla punaisen, mustan, sinisen ja ruskean sävyjä. Luomessa saattaa esiintyä kutinaa tai pistelyä. Luonteenomaista pinnallisesti leviävälle melanoomalle on horisontaalinen kasvu.

Nodulaarinen eli kyhmyinen melanooma ilmestyy usein aiemmin normaalin näköiseen ihoon. Se on symmetrinen ja tarkkarajainen. Nodulaarinen melanooma paksuuntuu nopeasti ja saattaa haavautua tai siihen saattaa tulla rupea. Nodulaarinen melanooma voi olla pigmentitön ja tuumorimainen. Usein se on piki- tai sinisenmusta. Nodulaarinen melanooma pyrkii leviämään syvälle dermikseen ja subkutikseen. Se metastasoi pinnallisesti leviäviä melanoomia herkemmin ja se esiintyy tyypillisesti vartalon ihossa.

Lentigo maligna eli jättikesakkomelanooma kehittyy runsaan aurinkoaltistuksen alueille, tavallisesti kasvoille. Lentigo maligna kehittyy usein melko laajaan vaaleanväriseen kesakkoon. Se voi muuttua orvaskeden sisäiseksi pintamelanoomaksi ja siitä paksuuntuessaan edelleen melanoomaksi. Lentigo maligna -melanooman metastasointi on harvinaista. Sen paikallinen eli in situ -vaihe kestää pitkään, usein vuosia, ja sen kasvu on hidasta myös invasiivisessa vaiheessa.

Neljäs ja harvinaisin ihomelanoomatyyppi on raajojen lentigomainen melanooma. Sitä esiintyy yleensä sormissa, kämmenissä, varpaissa, jalkapohjissa ja joskus päänahassa. Sormissa ja varpaissa lentigomainen melanooma voi olla väritön tai melkein väritön. Melanoomamuutos voi muistuttaa ekseemaa tai kroonista haavaa. Tällaista muutosta voi olla kokeneenkin lääkärin vaikea tunnistaa.

Riskitekijät

Melanoomariskiin vaikuttavia tekijöitä ovat runsas aurinkoaltistus ja ihon palamiskerrat, runsasluomisuus, aiemmin sairastettu melanooma, vaalea iho sekä melanooma lähisuvussa.

Tärkein ympäristötekijöihin liittyvä riskitekijä on ultraviolettisäteily (UV-säteily). Ultraviolettisäteily jaetaan kolmeen tyyppiin UV-A, UV-B ja UV-C -säteilyyn, joista UV-C suodattuu pois ilmakehän otsonikerroksessa. Iho ruskettuu UV-säteilyn vaikutuksesta, koska se vaikuttaa ihon väriainetta muodostaviin soluihin, melanosyytteihin. UV-A ruskettaa jo olemassa olevaa pigmenttiä, kun taas UV-B saa aikaan ihon pintasolukon lisääntymistä. Erityisesti UV-B-säteily yhdistetään kroonisiin ihomuutoksiin, ihon palamiseen ja karsinogeneesiin. UV-A-säteily taas vaikuttaa ihon syviin kerroksiin ja heikentää immuunipuolustusta. UV-säteilyn vaikutus on kumulatiivinen, eli koko elämän aikana saatu säteilyaltistus vaikuttaa melanooman mahdolliseen kehittymiseen. Arviolta 95 prosenttia ihomelanoomista voitaisiin ehkäistä suojaamalla ihoa palamiselta.

Runsasluomisuudella tarkoitetaan ihon pigmenttiluomien suurentunutta määrää. Hankinnaisia pigmenttisoluluomia löytyy kaikilta, ja niiden ilmaantuminen alkaa ensimmäisen elinvuoden jälkeen ja jatkuu joidenkin vuosikymmenten ajan. Keskimäärin luomia on noin 20–40, ja niiden määrä on suurimmillaan nuorena aikuisena. Runsasluomisuuden määritelmät kirjallisuudessa vaihtelevat yli 50:stä yli sataan tai yli 120:een. Mikäli potilaalla on yli 50 luomea, on melanoomariski 14-kertainen, ja kun luomien määrä on yli 120, on riski jo 19-kertainen. Iän mukana ilmaantuvat seborrooiset keratoosit eli rasvasyylät eivät runsainakaan esiintyessään lisää melanoomariskiä.

Atyyppinen luomi on tavallista luomea kookkaampi, halkaisijaltaan usein 6–10 mm, muodoltaan epäsymmetrinen ja väriltään epätasainen. Atyyppinen luomi on kliininen nimitys, kun taas histologisesti levottomasta muutoksesta käytetään nimitystä dysplastinen luomi. Kaikki atyyppiset luomet eivät osoittaudu histologisesti dysplastisiksi, ja toisaalta histologisesti dysplastinen luomi voi olla kliiniseltä kuvaltaan rauhallinen. Dysplastisia luomia esiintyy terveessä valkoihoisessa väestössä noin 10 %:lla. Yksittäisen dysplastisen luomen riskin kehittyä melanoomaksi ei ole voitu osoittaa merkittävästi suurentuneen verrattuna tavallisen luomen riskiin. Dysplastisten luomien esiintyminen iholla kuitenkin lisää melanoomariskiä 1,6–10-kertaisesti luomien lukumäärän mukaan.

Ihotyypillä on vaikutusta riskiin sairastua melanoomaan. Erityisen alttiita ovat vaaleaihoiset, sinisilmäiset, pisamaiset, vaalea- tai punatukkaiset ihmiset. Ihotyypit voidaan karkeasti jaotella neljään eri luokkaan taulukon 1 mukaisesti.

TAULUKKO 1.
Erilaiset ihotyypit.

I	Erittäin herkästi palava, ei ruskettuva iho
II	Helposti palava, vain vähän ruskettuva iho
III	Joskus palava, hyvin ruskettuva iho
IV	Harvoin palava, hyvin ruskettuva iho

Noin 5–10 prosenttia melanoomista liittyy perinnölliseen taipumukseen. Geenissä CDKN2A esiintyvä mutaatio on yhdistetty kohonneeseen melanoomariskiin. Geenimutaation kantajien riski sairastua vaihtelee populaatioiden välillä ja se on korkeampi alueilla, joilla aurinkoaltistus on suuri, ja joilla melanoomaa esiintyy väestössä yleisesti runsaasti. Suhteellinen melanoomariski riippuu anatomisista eroista kuten ihon- ja hiustenväristä. Nämä eroavaisuudet voidaan lukea geneettisen muuntelun syyksi. Mikäli itsellä on runsaasti luomia ja lähisukulaisella on todettu melanooma, riski sairastua on noin 200-kertainen muuhun väestöön verrattuna.

Luomipotilas vastaanotolla

Vastaanotolle tulevalta luomipotilaalta kartoitetaan systemaattisesti ihosyöpäriskiin liittyvät esitiedot (anamneesi); ihotyyppi, aurinkoaltistus ja ihon palamiset, sukuanamneesi (melanooma/runsasluomisuus lähisuvussa), aiemmin poistetut luomet tai ihomuutokset ja niiden histologia sekä potilaan omat havainnot uudesta tai muuttuneesta luomesta. Potilaan oma arvio on tärkeä, sillä suuren osan melanoomista löytää potilas itse tai hänen omaisensa. Toisaalta usein käy niin, että epäilyttävä ihomuutos sijaitsee muualla ihossa kuin potilasta huolestuttanut muutos. Potilaalta on hyvä kysyä matkustamisesta tai aurinkoisissa maissa asumisista, harrastuksista, ulkotöiden laadusta, solariumin käytöstä sekä ihon palamiskerroista. Kumuloitava UV-säteilyaltistus ja runsasluomisuus on yhdistelmä, johon puuttuminen on potilaan etu.

Kliinisessä tutkimisessa potilaan koko iho tutkitaan hyvässä valaistuksessa, unohtamatta hiuspohjaa, ihoa alusvaatteiden alla, jalkapohjia ja varvasvälejä. Tutkittaessa arvioidaan luomien lukumäärä, väri ja koko: runsasluomisuus-vähäluomisuus, hyvän- vai pahanlaatuinen luomi, dermatoskopialöydökset sekä muiden riskitekijöiden arviointi: valovaurioinen iho, muita ihosyöpiä tai niiden esiasteita.

Luomien kliinisessä arvioinnissa voidaan käyttää apuna VARO-muistisääntöä.

V	Väri	Luomessa monivärisyyttä tai väri muuttuu
A	Alue	Luomialueen halkaisija yli 6 mm tai luomi kasvaa
R	Reuna	Luomen reuna epätarkkarajainen ja mutkitteleva
O	Osat	Epäsymmetriset

VARO-piirteiden lisäksi melanoomasta varoittavia merkkejä ovat muutos luomen kasvutavassa, luomen ympäristön punoitus sekä luomessa esiintyvä kutina ja pistely. VARO-säännön lisäksi on olemassa esimerkiksi ABCDE-sääntö, jossa A (asymmetry) viittaa epäsäännölliseen muotoon, B (border) epätarkkaan reunaan, C (color) epätasaiseen väriin, D (diameter) muutoksen kokoon sekä E (evolution) sen jatkuvaan kasvuun ja muuttumiseen. Melanoomaksi epäilty muutos tulee poistaa viipymättä näytteeksi. Melanooman diagnoosin ja luokituksen on perustuttava histopatologiseen näytteeseen ennen lopullista hoitoa. Mikäli poistettu ihomuutos osoittautuu melanoomaksi, tulee potilas lähettää kiireellisenä erikoissairaanhoitoon jatkotoimenpiteitä ja tutkimuksia varten.

Ihomuutosten tunnistaminen

Epäilyttävien ihomuutosten tutkiminen aloitetaan perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon lääkäreillä on tärkeä tehtävä tunnistaa ja poistaa epäilyttävältä näyttävät ihomuutokset. Hälytyskellojen tulisi soida, mikäli ihomuutos ei parane kolmessa viikossa, olemassa oleva luomi alkaa kasvaa tai uusi luomi kasvaa epätasaiseksi, epäsymmetriseksi tai jos luomeen ilmestyy kyhmyjä. Varoitusmerkkejä ovat lisäksi luomen värin muuttuminen epäsäännölliseksi tai luomen tulehtuminen, erittäminen, rupeutuminen tai verenvuoto sekä tuntomuutos, kutina tai pistely.

Ihosyövän ehkäisyyn ja tunnistamiseen liittyviä koulutustarpeita on tutkittu sairaanhoitajien keskuudessa (N=272). Kyselyyn osallistuneista 49 % kertoi seulovansa potilaita ihosyövän suhteen ja 51,8 % vastaajista kertoi joskus diagnosoineensa ihosyövän potilaalla. Yleisimmät ihosyöpään liittyvät keskustelunaiheet potilaiden kanssa olivat aurinkosuojavoiteen ja solariumin käyttö sekä potilaan oma tai perheen melanoomatausta riskinkartoitusmielessä. Muita yleisiä puheenaiheita potilaiden kanssa olivat vakavat palamiskerrat menneisyydessä, lasten UV-säteilyaltistuksen rajoittaminen, runsasluomisuuteen liittyvät riskitekijät sekä terveydenhuollon ammattilaisten tekemien vuosittaisten tarkastuksien merkitys. Vähiten keskusteltuja aiheita potilaiden kanssa olivat hiusten ja silmien väriin liittyvät riskitekijät sekä suositus ihon kuukausittaisista omatarkastuksista.

Melanooman tunnistamisen esteitä, joita kyselyyn vastanneet hoitajat toivat esiin, olivat rajallinen aika (46,3 %), rajallinen dermoskoopin käyttömahdollisuus (33,1 %), puitteiden sopimattomuus (30,9 %) ja riittämättömät taidot (24,6 %). Suurin osa osallistuneista (84,2 %) olisi halunnut lisää koulutusta liittyen melanoomaan.

Tutkimus tuki muuta ajankohtaista lähdeaineistoa siinä, että hoitajien keskuudessa toivotaan lisää koulutusta melanooman ehkäisyyn ja tunnistamiseen liittyen.

Walter ym. (2013) suorittivat diagnostisen validointitutkimuksen, jonka tarkoituksena oli alkuperäisen ja painotetun seitsemän kohdan tarkastuslistan (7-point checklist) vahvistaminen perusterveydenhuollossa. Tutkimukseen otettiin mukaan aikuisia (N=1297), joilla oli yksi tai useampi pigmentoitunut ihomuutos (yhteensä 1580 ihomuutosta), jota ei voinut suoraan diagnosoida hyvänlaatuiseksi. Osa tutkimushenkilöistä vetäytyi, joten lopulliseen analyysiin päätyi 1436 leesiota 1182 potilaalta.

Alkuperäisessä seitsemän kohdan tarkistuslistassa yhden pisteen sai jokaisesta seuraavista ihomuutoksen ominaisuuksista: muutos koossa, epätasainen väritys, epätarkkarajainen reuna, tulehtuneisuus, kutina tai tuntomuutos, muita luomia/ihomuutoksia suurempi koko (läpimitta yli 7 millimetriä) ja ihomuutoksen eritys tai halkeilu. Painotettu tarkastuslista antaa kolmesta ensimmäisestä kohdasta (koon muutos, epätasainen väritys ja epätarkkarajainen reuna) kaksi pistettä, sillä niiden on todettu olevan merkittäviä erityisesti tuoreen ja nodulaarisen melanooman tunnistamisessa, kun käytetään seitsemän kohdan tarkastuslistaa. Sekä alkuperäisen että painotetun tarkastuslistan tuloksissa yli kolmea pistettä pidetään merkittävänä, ja syynä lähettää potilas eteenpäin.

Tutkimukseen osallistuneet jaettiin interventio- ja vertailuryhmiin. Molemmissa ryhmissä ihomuutokset tutkittiin käyttäen apuna sairaushistoriaa, silmämääräistä tutkimusta ja seitsemän kohdan tarkastuslistaa. Referenssidiagnoosina käytettiin histologista määritystä tai dermatologian asiantuntijan mielipidettä. Seitsemän kohdan tarkastuslistan pisteet laskettiin tietämättä referenssidiagnoosia. Tuloksista ilmeni, että sekä alkuperäinen että painotettu seitsemän kohdan tarkastuslista toimivat hyvin perusterveydenhuollossa kliinisesti merkittävien ihomuutosten sekä melanooman tunnistamisessa. Tutkijat huomasivat myös, että yksi ainoa tarkastuslistan kohta, epätarkkarajainen reuna, toimi yksinäänkin yllättävän hyvin. Lisäksi havaittiin, että painotettu tarkastuslista toimi paremmin, kun tulosten raja-arvo nostettiin neljään pisteeseen kolmen sijaan. Tutkimuksessa havaittiin 36 histologisesti varmistettua melanoomaa.

Lopuksi

Melanooma on vakavimman tyyppinen ihosyöpä, jonka varhainen tunnistaminen on tärkeää. Riskiryhmään kuuluvat potilaat on tärkeä tunnistaa ja ohjata seurantaan. Usein lääkäreiden ja etenkin potilaiden on vaikea mieltää, että vaatimatonkin ihomuutos saattaa olla jo yleistyneen melanooman alku. Ellei tiedetä, mistä ihomuutoksesta on kyse, tulee muutos poistaa tai ottaa siitä kudosnäyte.

Potilaita ohjeistetaan säännölliseen omaseurantaan ja tunnistamaan niin sanotut hälytysmerkit, joiden muistamiseksi on kehitetty erilaisia muistisääntöjä. Verenvuoto ja kutina ovat usein myöhäisoireita, joita ei pidä jäädä odottelemaan. Luomipotilaan seuranta määräytyy melanoomariskin arvion perusteella. Suuren riskin runsasluomiset potilaat kuuluvat ihotautien erikoislääkärin seurantaan. Riskipotilaat voidaan ohjata olemaan yhteydessä suoraan seurantapoliklinikalle, mikäli he huomaavat uuden epäilyttävän ihomuutoksen. Merkittävä työ melanoomapotilaiden tunnistamiseksi tehdään kuitenkin perusterveydenhuollon piirissä, ja tämä on hyvä pitää mielessä esimerkiksi hoitajien ja lääkäreiden koulutusten suunnittelussa.

Lähteet

British Association of Dermatologists. 2014. Lentigo maligna. Patient information leaflet. Viitattu 10.2.2017 http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?id=1907&itemtype=document

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote). 2012. Ihomelanoomapotilaan hoitoketju. Terveysportti. Viitattu 17.10.2017. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01386&p_haku=melanooma

Ilmatieteenlaitos. 2017. Mitä ovat UV-säteily ja UV-indeksi? Viitattu 19.10.2017 http://ilmatieteenlaitos.fi/ultraviolettisateily

Melanooma. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Chirurgi Plastici Fenniaen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012. Viitattu 17.10.2017 http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=1285584B49E9240FF456BC531DC12DB9?id=hoi50038

Roebuck, H.; Moran, K; MacDonald, D.A.; Shumer, S. & McCune, R. 2015. Assessing Skin Cancer Prevention and Detection Educational Needs: An Andragogical Approach. Journal for Nurse Practicioners. Viitattu 17.10.2017 http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=aff106c9-71ff-4b4c-bfe2-04f04f23988c%40sessionmgr104

Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012. Käypä hoito -suositus. Melanooma. Helsinki. Viitattu 10.2.2017 http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50038

Suominen, E.; Vihinen, P. & Pyrhönen, S. 2013. Syöpätaudit. Ihosyövän yleisyys ja vaaratekijät. Duodecim oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.10.2017 http://www.oppiportti.fi/op/syt00604/do

Walter, F.M.; Prevost, A.T. & Emery, J.D. 2013. Using the 7-point checklist as a diagnostic aid for pigmented skin lesions in general practice: a diagnostic validation study. British Journal of General Practice. Viitattu 17.10.2017 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635581/

Willing, L. 2017. Melanooman ehkäisy. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/134017/Willing_Linda.pdf?sequence=1

Övermark, M.; Isoherranen, K.0.; Keinonen, A.; Koskenmies, S.; Pitkänen, S.; Leea Ylitalo, L.; Saksela, O. 2017. Vaaraton luomi vai sittenkin ihomelanooma? Lääketieteellinen aikakausilehti Duodecim 12/2017 2017; 133.vuosikerta

Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriöiden hoito

Emilia Perhe
Sairaanhoitaja, Turun yliopistollinen keskussairaala

Taina Reponen
Sairaanhoitaja, Karinakoti

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Susanna Mört
TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Ihon sairastuminen eli erilaiset ihotaudit aiheuttavat ihotautia sairastavalle henkilölle esteettistä haittaa ja useimmiten myös kipua ja epämiellyttävää kutinaa. Pelko ihotaudin tarttumisesta ja jopa syövän pelko on yleistä. Ihotauti voi vaikuttaa myös ihmisen tunne-elämään ja sosiaaliseen selviytymiseen negatiivisesti, koska iho on suurin elin ja siten myös näkyvin. Tämän vuoksi on tärkeää, että ihotauteja pyritään hoitamaan näyttöön perustuen jo varhaisessa vaiheessa ja ongelmat otetaan vakavasti asiakasta kuunnellen.

Asiakkaan motivoiminen pitkäaikaiseen hoitoon on tärkeää. Ihon hoito niin sisäisesti kuin ulkoisesti erilaisilla lääkkeillä voi joskus vaatia pitkiäkin hoitoaikoja. Myös erilaiset uudet hoitomuodot ovat tehneet tuloaan jo pitkään. Tällaisia ovat erilaiset valo- ja laserhoidot. Etenkin laserhoidot ja lasertekniikat ovat kehittyneet

viimeisen vuosikymmenen aikana huomattavasti ja niiden käyttäminen ihotautien hoidossa ei enää aiheuta iholle juurikaan haittavaikutuksia.

Ihottumia ja ihotauteja on kolmisen tuhatta, joista ihotautilääkäri tuntee vajaa tuhat ja yleislääkäri noin viisikymmentä. Tässä artikkelissa keskitymme kolmeen yleiseen ihotautiin; akneen, rosaceaan ja pigmenttihäiriöihin sekä niiden hoitoon.

Akne ja sen hoito

Akne on ihosairaus, joka johtuu talirauhasen karvatupen kroonisesta tulehduksesta. Aknessa talirauhasten bakteerifloora ja etenkin Propionibacterium acnes lisääntyvät. Propionibacterium acnes on happea sietävä anaerobi ja tärkein aknea aiheuttava bakteeri, joka elää syvällä talirauhastiehyessä. Sitä erittyy talivuodon mukana ihon pinnalle. Kun bakteeritoiminta ja talineritys lisääntyvät sekä follikkeliaukko tukkeutuu, talirauhanen ja sen ympäröivä iho tulehtuvat.

Akne esiintyy ihossa mustapäinä, näppylöinä, valkopäinä ja tulehtuneina onteloina ja arpimuodostumina. Aknea esiintyy yleisimmin kasvoissa, rintakehällä ja selässä, mutta myös käsivarsilla voi esiintyä aknemuutoksia. Perimällä ja hormonaalisilla tekijöillä on vaikutusta, mutta varma tutkimusnäyttö kuitenkin puuttuu. Akne on hyvin yleinen ihotauti, joka alkaa yleensä murrosiässä, mutta esiintyy myös aikuisiällä. Aikuisiällä akne on useimmiten krooninen, joka lievittyy vasta keski-iän jälkeen.

Komedot (ihohuokosten sarveis- ja talitulpat) ja komedoakne (a.comedonicus) ovat merkki aknen alkamisesta. Komedot syntyvät tali- ja sarveismassasta ja ne voidaan jakaa kahteen tyyppiin, avoimiin eli mustapäihin ja sulkeutuneisiin eli vaaleisiin komedoihin. Komedoaknessa on molempia komedoita runsaasti, mutta vähän tulehdusmuutoksia. Komedoaknea esiintyy tavallisesti 12–15-vuotiailla. Tavallisessa eli näppylä-märkäpääaknessa (a.vulgaris) ihossa on komedojen lisäksi myös tulehduksellisia näppylöitä eli papuloita ja märkänäppylöitä eli pusteleita. Nodulaarisessa eli kyhmyisessä aknessa on isoja kyhmyjä. Ne voivat olla yli puolen sentin läpimittaisia ja puhjetessaan ne voivat erittää verensekaista märkää. Yksittäiset märkärakkulat voivat yhtyä suuremmiksi onteloiksi.

Hyvin harvinainen, mutta vaikea aknemuoto on acne fulminans. Sitä esiintyy yleisimmin 13–19-vuotiailla pojilla. Tyypillistä tälle aknemuodolle ovat haavautuvat akneleesiot sekä yleisoireina kuume, nivelvaivat sekä luuston tulehduspesäkkeet. Acne conglobata eli onteloakne on aikuisiän akne, joka esiintyy useammin miehillä kuin naisilla. Sen taudinkuvaan kuuluu, että samaan talirauhaseen johtaa kaksi tiehyttä, jotka ovat tukkeutuneet. Märkää erittävät syvät fistelit ja epänormaalit avanteet kasvoissa sekä vartalolla ovat tyypillisiä oireita onteloaknelle. Tämä aknemuoto on erittäin vaikeahoitoinen ja aiheuttaa lähes aina arpia.

Potilaan motivointi pitkäaikaiseen hoitoon ja seurantaan on tärkeää aknen hoidon kannalta. Aknen hoidon aloittamiseen ei tarvita siihen erikoistunutta lääkäriä, mutta jos hoito ei auta eikä akne reagoi annettuun hoitoon on syytä kääntyä ihotautilääkärin puoleen. Nodulaarinen tai tulehduksellinen akne vaatii kuitenkin lähes aina ihotautilääkärin hoitoa sen vaativan hoitomuodon takia.

Komedoakneen ja lievään näppylä-märkäpääakneen (a.vulgaris) voi riittää ihon paikallishoito. Tämä tarkoittaa ihon pesua miedoilla saippuoilla tai antibakteerisilla pesunesteillä iltaisin. Aamuisin riittää pelkkä vesipesu. Hoidon aikana ei ole tarvetta käyttää kasvovesiä ja voiteeksi käyvät runsaasti vettä sisältävät hoitovoiteet. Ihon paikallishoitoaineena käytetään esimerkiksi reseptivapaata bentsoyyliperoksidia (5 % geeli tai 4 % voide). Se vähentää ihon bakteeri- ja talitukkeumien määrää, mutta voi aiheuttaa kosketusallergiaa. Paikallisretinoideja eli a-vitamiinijohdannaisia ovat tretinoiini (0,025 % ja 0,05 % emulsiovoide), adapaleeni (0,1 % geeli) ja atselaiinihappo (20 % voide ja 15 % geeli). Tretinoiini vähentää talitukkeumia ja estää uusien komedojen muodostumista. Se ei kuitenkaan vaikuta ihon rasvaisuuteen tai bakteerien määrään, mutta saattaa ärsyttää tai kuivattaa ihoa. Adapaleeni vähentää tulehdusta sekä talitukkeumien määrää ihossa ja on ihoystävällisempi kuin tretinoiini. Atselaiinihappo vähentää bakteerien ja komedojen määrää ihossa, mutta ei vaikuta ihon rasvaisuuteen, mutta koska se on hidasvaikutteinen, hoito jätetään monesti kesken. Aine on kuitenkin tehokas, koska se ei ärsytä ihoa yhtä paljon kuin muut paikallisretinoidit.

Paikallishoitoaineiden käyttö aknen hoidossa on välttämätöntä. Hoitoaineet tulee valita potilaskohtaisesti ihotyyppi ja aknemuutokset huomioiden. Hoitoaineiden käyttö tulee ohjeistaa potilaalle hyvin, sillä liiallinen ihon kuivuminen ei ole hyväksi. Tämän seurauksena hoitokertoja tulee harventaa tai tauottaa. Lievät paikallishoitoaineiden aiheuttamat ärsytysoireet menevät kuitenkin ohi ihon tottuessa niihin.

Paikallisena antibioottihoitona käytetään klindamysiinifosfaattia (1 % linimentti ja 1 % lotion). Etanolipohjainen aine desinfioi ihoa ja vähentää tulehdusmuutoksia sekä bakteerien määrää ihossa. Sitä ei suositella käytettäväksi yksinään, koska se saattaa aiheuttaa resistenttejä bakteerikantoja. Paikallisretinoideja ja paikallisantibioottihoitoa suositellaan käytettäväksi vuorotellen, koska näin vähennetään haittavaikutuksia. Paikallista antibioottiliuoshoitoa ei suositella käytettäväksi yhtäjaksoisesti yli kolmea kuukautta.

Paikallishoidon tehon jäädessä riittämättömäksi 2–3 kuukauden käytön jälkeen tai jos akne on laaja-alainen tai arpeuttava, harkitaan sisäisen hoidon aloittamista paikallishoitoaineiden rinnalla. Ensisijaiset sisäiset mikrobilääkkeet ovat tetrasykliini, lymesykliini ja doksisykliini. Näiden teho perustuu tulehdusta ja bakteereita ehkäisevään vaikutukseen ja ne ovat hyvin siedettyjä, mutta tavallisimpana haittavaikutuksena esiintyy vatsavaivoja. Antibioottia tulee syödä ainakin 4–6 kuukauden ajan, koska valitettavasti akne paranee melko hitaasti. Suun kautta antibioottia tulisi käyttää niin kauan, ettei uusia akneleesioita muodostu.

Jos yhdistelmähoidot osoittautuvat tehottomiksi tai kyseessä on vaikea ja arpeuttava akne on isotretinoiini ensisijainen lääke. Isotretinoiini vaikuttaa rasvan erittymiseen, follikkelien tukkeutumiseen ja anaerobi propionibacterium acnesin runsaaseen lisääntymiseen. Hoitoannos määrätään painon ja hoitovasteen mukaan ja sitä käytetään noin 4–7 kuukautta. Yleisimmät haittavaikutukset ovat limakalvojen ja ihon kuivuminen, päänsärky ja nivelkivut. Tämän takia säännölliset laboratoriotutkimukset hoidon alussa, hoidon aikana ja lopussa ovat pakolliset, mutta varsinkin nuorilla nuorilla verinäytteitä seurataan lääkärin harkinnan mukaan. Vuonna 2005 voimaan tulleen EU-määräyksen mukaan isotretinoiinia käyttävien fertiili-ikäisten tyttöjen ja naisten tulee käyttää raskaudenehkäisyä kuukautta ennen hoidon aloittamista ja kaksi kuukautta hoidon lopettamisen jälkeen, koska isotretinooli voi aiheuttaa sikiövaurioita. Ehkäisykeinoiksi käy kierukka tai hormonipillerit. Suomessa vain ihotautien erikoislääkärit voivat määrätä isotretinoiinia. Lääkkeen tehokkuuden vuoksi 60 % hoidon saaneista pysyy oireettomana.

Jos akne jättää arpia, tulee niiden korjaushoitoa harkita vasta kun iho on parantunut kunnolla. Aknen parannuttua arpien luonnollista korjautumista tapahtuu noin vuoden ajan, mutta se saattaa kestää useammankin vuoden. Tämän aikana arvet haalistuvat, ohentuvat ja pehmentyvät, mutta eivät välttämättä häviä kokonaan. Tarvittaessa voidaan hoitokeinoina käyttää laserhoitoja. Näitä hoitomuotoja saavat tehdä ihotautilääkärit ja plastiikkakirurgit.

Aknearpia on jo pitkään hoidettu fraktionaalisella Er:YAG eli erbium-yttrium-aluminum-garnet ja CO2 eli hiilidioksidi -lasereilla. Ne poistavat kerroksittain ihon pintasolukkoa, tasoittavat kuoppa-arpien reunoja ja uudistavat ihon pintasolukkoa. Tämä sopii myös arpimuodostumille, jotka ovat yhtenäisiä. CO2 eli hiilidioksidi-laserin valolla on ablaatiovaikutus. Tämä tarkoittaa, että valo imeytyy solujen veteen ja höyrystää solut. Tällöin iho kuoriutuu ja tapahtuu koagulaatiovaikutus. Tämä taas tarkoittaa, että lämpö siirtyy ihon syvempiin kerroksiin ja kollageeni kiristyy samalla kun se lisääntyy, minkä seurauksena ihosta tulee joustavampi ja arvet tasoittuvat. Er:YAG-laser ei vaikuta yhtä syvälle ihon pintasolukkoon kuin CO2-laser, sillä se lähettää lyhempiä aallonpituuksia. Er:YAG-laser vaikuttaa veren hemoglobiiniin ja epidermikseen, eikä kollageeni tällöin kiristy tai lisäänny. Tämän vuoksi Er:YAG-laserilla on myös vähemmän haittavaikutuksia.

Aknearpia voidaan hoitaa yleislääkärin määrättävissä olevalla SUP-valohoidolla. SUP tulee sanoista Selective (tai Soft) Ultraviolet Phototherapy, joka tarkoittaa siis valikoivaa ultraviolettivalohoitoa. SUP-valohoito sisältää UV-A ja UV-B-säteitä. Tätä hoitomuotoa voidaan käyttää erityistapauksissa muun hoidon tukena esimerkiksi pimeinä vuodenaikoina. Ultraviolettivalo vähentää ihosoluja ja valkosolujen erittämiä tulehduksen välittäjäaineita jolloin se rauhoittaa aknea. SUP-valohoito vaatii potilaalta motivaatiota, sillä tämä hoitomuoto on pitkä ja tarvitsee useita hoitojaksoja.

Ihon kemiallisella kuorinnalla voidaan hoitaa niin aknea kuin aknearpia. Tämä on turvallinen ja tehokas hoitomuoto ihon pintakerrokselle. Kemiallinen kuorinta muuttaa ihoa kirkkaammaksi, kimmoisammaksi sekä se uudistaa ja tasoittaa ihoa. Kemiallisella kuorinnalla on myös ihoa vaalentava vaikutus ja se häivyttää syviäkin arpia.

Neulaushoito sopii myös aknearpien hoidoksi. Neulat ulottuvat syvälle verinahkaan tai ihon rasvakerrokseen asti, mutta orvaskesi ei kuitenkaan vaurioidu merkittävästi. Neulaushoidon jälkeen iholle levitetään antibioottivoide. Joskus aknearven koko vain kasvaa ja tällöin puhutaan arpikeloidista. Silloin arvessa tapahtuu liikakasvua. Ensisijaisena hoitona käytetään useimmiten arven sisäistä kortisonipiikitystä. Paksuuntuneita aknearpia voidaan myös hoitaa jäädytys- eli kryohoidolla. Solun sisäosissa tapahtuu silloin jäätymistä, jolloin kudos vaurioituu. Kudoksesta loppuu kapillaarikierto ja täten muodostuu kudosnekroosi.

Yhtenä isona tulevaisuuden hoitomuotona myös aknearpien hoidossa on PRP eli runsasverihiutaleinen plasma. Tämä on sentrifugoimalla valmistettu verihiutaleplasmatiiviste, joka on otettu potilaan omasta verestä. Siinä on runsaasti kasvutekijöitä, jotka edistävät kudoksen paranemista.

Rosacea ja sen hoito

Rosacea määritellään lääketieteellisesti keski-ikäisten naisten kasvojen pitkäaikaiseksi ihotaudiksi. Sen oireita ovat nenän, poskien ja otsan verekkyys ja punoitus sekä märkänäppylät ja näppylät. Rosacea puhkeaa tavallisimmin 30–60-vuoden iässä. Sitä esiintyy harvoin alle 20-vuotiailla, mutta sitä voi esiintyä yhdessä nuoruusiän aknen kanssa. Sillä on perinnöllinen taipumus, koska monissa rosacea tapauksista tautia esiintyy myös lähisuvussa. Se jaetaan neljään eri alamuotoon, joita voi esiintyä potilaalla samaan aikaan. Näitä ovat couperosa, papulopustulainen rosacea, rinofyyma ja silmärosacea.

Ensimmäinen merkki rosaceaan sairastumiseen voi olla erytematoteleangiektaattinen rosacea eli couperosa. Se on yleisin muoto rosaceasta ja se alkaa poskien, nenän ja leuan punoituksella. Couperosasta kärsivälle on tyypillistä erityisen herkkä iho, mikä onkin haastavin tämän ihosairauden hallinnassa. Punoitus tulee lämpötilanvaihteluiden yhteydessä, hikoillessa, alkoholia ja kuumia juomia nauttiessa. Myös saunominen ja auringonvalo voivat pahentaa punoittavia lehahduksia kasvoilla. Posket voivat turvota ja niissä voi tuntua polttelua ja pistelyä. Iho voi myös hilseillä. Toisena yleisenä oireena couperosassa on hiussuonten laajentuminen poskissa ja nenässä. Couperosa saa posket näyttämään punakoilta ja iho ärtyy herkästi ihonhoitotuotteista.

Couperosan hoidossa tärkeintä on tunnistaa ja välttää laukaisevia tekijöitä, jotka tuovat couperosan oireet esille. Mitään täsmälääkettä ei ole hoidoksi, mutta paikallinen hoitotuote brimonidiini on tutkitusti tehokkaampi kuin metronidatsoli. Hellävarainen ihonhoito on tärkeää. Ihonpinnan hiussuonia polttavilla KTP- ja pulssivalolaitteilla voidaan saada pysyvämpiä tuloksia couperosan hoidossa. Tuloksien saamiseksi tarvitaan kuitenkin useampia hoitokertoja. Laserin valo hävittää laajentuneen suonen vaurioittamatta ympäröivää ihoa. Couperosaa ei voi kuitenkaan poistaa kokonaan. Vaikka laserin valo polttaa laajentuneet suonet, voi uusia suonia tulla vuosien kuluttua.

Toisessa rosacean alamuodossa, papulopustulaisessa rosaceassa, iholle saattaa muodostua runsaasti aknen tapaisia märkäpäitä ja papuloita. Niitä esiintyy etenkin kasvojen keskiosassa kuten nenässä, leuassa ja poskissa ja niiden koko vaihtelee. Siinä ei kuitenkaan esiinny aknelle tyypillisiä komedoja. Lievässä papulopusturaalisessa rosaceassa hoitona voidaan käyttää paikallisesti metronidatsoli- tai atselaiinihappohoitoa. Luonnosta peräisin oleva atselaiinihappo on tulehdusta ehkäisevä happo. Sillä on vähän haittavaikutuksia, mutta pistelyä, polttelua ja ärsytystä saattaa esiintyä. Hoitoon käytetään myös ivermektiini-emulsiovoidetta, joka uusimpien tutkimusten mukaan olisi tehokkaampi kuin metronidatsoli. Käytetyin sisäisesti otettava antibiootti papulopusturaalisen rosacean hoitoon on tetrasykliini, jonka teho perustuu ennemminkin tulehdusta estävään vaikutukseen kuin bakteereja poistavaan ominaisuuteen. Doksisykliiniä käytetään lievään ja keskivaikeaan rosaceaan pienellä annoksella, mikä vähentää myös haittavaikutuksien riskiä. Vaikean papulopusturaalisen rosacean hoitoon voidaan käyttää samaan aikaan niin paikallishoitoa kuin sisäistä lääkitystä. Joillakin oireet tulevat takaisin sisäisen lääkityksen jälkeen, mutta tätä voi ehkäistä käyttämällä paikallishoitoa muutaman kerran viikossa usean kuukauden ajan. Vaikeassa papulopustulaarisessa rosaceassa käytetään isotretinoiinia. Rosacean ollessa resistenssi eli vastustuskykyinen, voidaan pienellä annoksella isotretinoiinia estää rosacean pahenemista.

Lisäksi tunnetaan harvinaisia rosacean alatyyppejä kuten rinofyyma (phymatous rosacea), jota esiintyy pääasiassa miehillä aiheuttaen nenän talirauhasten hyperplasiaa eli liikakasvua. Nenä muuttuu turvonneeksi, punaiseksi ja pinnaltaan kuoppaiseksi. Turvotus johtuu arven tapaisen kudoksen muodostumisesta. Rasvarauhaset, jotka tuottavat iholle öljyä, kasvavat isommiksi. Harvinaisissa tapauksissa turvotus saattaa muodostua muualle kasvojen osiin kuten leukaan ja korviin. Yleensä rinofyymaan sairastuu vain usean vuoden aktiivista rosaceaa sairastanut henkilö.

Rinofyyma hoidetaan pääasiassa kirurgisesti. Kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa ylimääräinen kudos ja palauttaa nenän luonnollinen muoto. Nenän punaisuutta voi vähentää rosacean hoitoon tarkoitetuilla paikallisilla hoitotuotteilla. Riippuen rinofyyman vaikeusasteesta ja laajuudesta lääkäri voi tarjota siihen erilaisia hoitoja, joita ovat esimerkiksi ihon hionta ja ihon kuorinta. Nämä poistavat ihon pintakerroksen. Saman vaikutuksen saa myös laserilla. Muina hoitomuotoina rinofyyman hoitoon on sähkö- tai radiofrekvenssisilmukka. Korkeatasoinen sähkö poistaa ihosta ylimääräistä kudosta. Joissakin lievemmissä tapauksissa isotretinoiini voi auttaa tai

ainakin estää uusiutumista ja pahenemista. Rinofyyma voi tulla myös toistamiseen, mikä tarkoittaa, että hoitoja voidaan joutua tekemään useamman kerran.

Silmärosacea (ocular rosacea) voi esiintyä ennen, jälkeen tai samaan aikaan rosacean ihomuutosten kanssa. Sitä on vaikea tunnistaa, jollei muita ihomuutoksia ole. Silmärosacea ilmenee silmien vetisyytenä, verestävyytenä, poltteluna, kirvelynä ja roskan tunteena silmässä. Silmät voivat tuntua kuivilta, valoherkiltä ja kutiavilta. Näkökenttä voi olla sumea ja silmäluomireunat voivat olla tulehtuneet. Lisäksi silmärosaceaan voi kuulua erilaisia tulehduksia kuten konjuktiviitti eli silmän sidekalvontulehdus ja silmäluomen tulehdus. Näön menettäminen on onneksi harvinaista.

Lieviin silmäoireisiin eli blefariittiin riittää hyvä luomen reunan hygienia. Silmäluomen reuna puhdistetaan silmäbooriveteen kostutetulla pumpulipuikolla. Tämän jälkeen luomen reunaan laitetaan hydrokortisonia tai hydrokortisonia ja antibioottia sisältävää silmävoidetta. Tätä jatketaan kahden viikon ajan ja ylläpitohoitona on paikallinen silmäluomen lämpöhoito ja puhdistus muutaman kerran viikossa puolen vuoden ajan. Ei-steroidaalisia säilytysaineettomia kostutustippoja käytetään konjuktiviittiin, mutta myös kuivaan silmään. Näitä ovat esimerkiksi kromoglikaattisilmätipat, jotka lievittävät allergiaa ja tulehdusta. Systeemistä mikrobilääkitystä tarvitaan hoitoresistenteissä tapauksissa. Tetrasykliinia pitäisi käyttää eritoten silmärosacean hoidossa.

Rosacean alatyypistä riippumatta potilaiden tulisi välttää suuria ilmastonvaihteluita. Tämä tarkoittaa muun muassa suojautumista auringolta, tuulelta ja kylmyydeltä. Myös stressi, kuumat ruuat, runsas kahvinjuonti ja alkoholi laajentavat ihoverisuonia, jotka pahentavat taudinkuvaa entisestään.

Pigmenttihäiriöt ja niiden hoito

Vitiligo ja sen hoito

Lääketieteessä vitiligo määritellään ihon läiskäiseksi väriainekadoksi, joka johtuu melanosyyttien tuhoutumisesta. Vitiligon aiheuttajaa ei tunneta. Autoimmuunisairaudeksi epäillyssä valkopälviydessä eli vitiligossa melanosyytit häviävät ja lopulta näyttäytyvät tarkkarajaisina läiskinä. Tämä voi tapahtua niin ihossa kuin muuallakin kehossa kuten esimerkiksi suussa, silmissä ja hiuksissa. Nämä iholäiskät voivat olla minkä kokoisia tahansa ja niitä voi olla useita, jopa koko kehon laajuuteen

ulottuvia. Vitiligo esiintyy usein molemmin puolin kehoa. Väestöstä noin 1–2 %:lla on vitiligoa sukupuolesta ja ihonväristä riippumatta. Yleensä vitiligo ilmenee ennen 20. ikävuotta, mutta tauti saattaa puhjeta myös muina ikävuosina. Vaikka vitiligon periytymistapaa ei tunneta, esiintyy sitä noin kolmanneksella sairastuneen lähisukulaisella. Lisäksi eräät autoimmuunisairaudet kuten Hashimoton tauti (kilpirauhassairaus) tai alopecia areata (pälvikalju) voivat edesauttaa vitiligon esiintymiseen. Vitiligo ei tartu eikä ole vaarallinen, mutta sillä voi olla psykologisia vaikutuksia itsetuntoon.

Vitiligo voidaan jakaa kahteen eri ryhmään primaariseen ja sekundaariseen vitiligoon. Primaarisen pigmentin häviämiseen ei löydy syytä. Odottamattomia läiskiä, jotka eivät rusketu ollenkaan ilmestyvät käsien päälle, taipeisiin ja silmien ja suun ympärille. Sekundaarisessa taas tulehduksen jälkitila tai arpi muuttuu pigmentittömäksi eli valkoiseksi. Sekä primaarisessa että sekundaarisessa vitiligossa läiskä voi laajentua ajan mittaan. Näissä läiskissä ei esiinny kirvelyä, kutinaa tai muita oireita.

Vitiligoon ei ole parantavaa hoitoa, mutta jotkut hoidot saattavat lievittää sitä. Useimpien hoitojen tavoitteena on saada ihonväri palautumaan takaisin ja ehkäistä vitiligon laajeneminen. Hoitotulos vaihtelee ihotyypin mukaan. Tummaihoisilla hoitotulokset ovat paremmat kuin vaaleaihoisilla. Vahvat ja erittäin vahvat kortikosteroidit voivat auttaa pigmentaation vähäiseen palautumiseen 4–6 kuukauden käytöllä. Teho on suurinta kasvoissa ja vähäisintä käsissä ja jaloissa. Kaikkia voiteita ei kuitenkaan saa käyttää kasvoilla. Valitettavasti voiteet ohentavat, kuivattavat ja haavoittavat ihoa. Valohoidossa käytetään valoa, joka edesauttaa ihoa pigmentoitumaan uudelleen. Näitä ovat UVB- ja PUVA-hoito. PUVA-hoidossa käytetään samanaikaisesti psoraleenia ja UVA-valoa. Psoraleenia voidaan ottaa pillerinä tai levittää iholle. Tällä hoidolla voidaan hoitaa laajalle levinnyttä vitiligoa. Psoraleeni on kemikaali, joka tehostaa UVA-valoa. Samalla tavalla kuin voiteissakin hoitotulos on valohoidossa parempi kasvoissa kuin muualla kehossa. Hoitotulos ei kuitenkaan ole välttämättä pysyvä ja se vaatii kaksi hoitokertaa viikossa vuoden ajan. Tämä vaatii potilaalta paljon sitoutumista hoitoon. Laserhoitoa on myös saatavilla pienille alueille, mutta sekin vaatii isoa sitoutumista hoitoon. Hoitokertoja tulisi olla kaksi tai kolme viikossa puolen vuoden ajan.

Melasma ja sen hoito

Lääketieteellisesti melasma eli maksaläiskä määritellään etenkin kasvoissa esiintyväksi tummatäpläisyydeksi. Ihossa voi esiintyä usean senttimetrin kokoisia ruskeita läiskiä. Melasmaa esiintyy useimmiten otsalla, poskilla, ohimoilla, nenänpäässä ja ylähuulella. Myös muihin kehonosiin kuten käsivarsiin ja niskaan saattaa tulla maksaläiskiä auringonsäteiden vaikutuksesta. Se on muodoltaan symmetrinen läiskä ja väriltään vaalean ruskeasta harmaaseen ja tumman ruskeaan. Sitä esiintyy enemmän naisilla ja tummaihoisilla, ja sillä näyttää olevan taipumus periytyä. Naisilla myös raskaus ja hormonivaihtelut voivat edesauttaa maksaläiskien muodostumista. Näitä läiskiä kutsutaan kloasmiksi. Maksaläiskiä tummentaa vähäinenkin auringon UV-säde. Jotkut kosmetiikkatuotteet saattavat ärsyttää ihoa ja pahentaa maksaläiskiä. Maksaläiskät eivät aiheuta fyysisiä oireita.

Tärkein ja yleisin maksaläiskien hoito on aurinkosuojavoiteiden käyttö päivittäin. Aurinkoa ottaessa aurinkosuojavoiteita tulisi lisätä kahden tunnin välein. Lisäksi suositellaan kasvojen suojaamista auringolta esimerkiksi hatulla. Maksaläiskän syntyessä esimerkiksi raskauden tai ehkäisypillerien käytön aikana voivat ne hävitä itsestään raskauden päätyttyä tai ehkäisypillerien käytön loputtua. Mitä syvemmällä ihossa maksaläiskä on, sitä hankalampi sitä on hoitaa. Lääkäri voi määrätä maksaläiskien hoitoon erilaisia vaalentavia rasvoja, voiteita, geelejä tai nesteitä. Nämä sisältävät joko hydrokinonia, tretinoiinia tai kortikosteroidia. Hydrokinonia ei tule käyttää yli 3–4 viikkoa, sillä pahimmassa tapauksessa maksaläiskä voi tummua enemmän ja pysyvästi. Tutkimusten mukaan paikallisten hoitoaineiden yhdistelmähoito oli kaikkein tehokkain maksaläiskien vaalentamiseen. Elleivät paikalliset hoitoaineet tuota tuloksia, voidaan maksaläiskiä hoitaa kemiallisella kuorinnalla kuten glykolihapolla, ihohionnalla ja ihon mikrohionnalla. Hoitotuloksien saaminen saattaa kestää useita kuukausia. On tärkeää seurata ihotautilääkärin antamia ohjeita, jotta saadaan paras mahdollinen hoitotulos ja vältytään mahdollisilta sivuvaikutuksilta. Ihon ylläpitohoito saattaa estää maksaläiskien palaamista.

Lopuksi

Akne aiheuttaa huomattavaa psyykkistä ahdistusta ja häiriötä ihotautia sairastavalla. Häpeän tunteet aiheuttavat monelle vetäytymistä sosiaalisista kanssakäymisistä ja ongelmia oman kehonkuvan kanssa. Murrosiässä uusien ihmissuhteiden luominen saattaa estyä kokonaan esimerkiksi lievänkin aknen takia. Tämä voi olla myös oire alkavasta masennuksesta, ja yksi isoista vaaroista onkin itsetuhoiset ajatukset.

Rosacealla on suuri psyykkinen vaikutus potilaan elämään. Rosaceaa sairastavilla todetaan enemmän häpeää, sosiaalista ahdistusta, masennusta ja alentunutta elämänlaatua verrattuna muuhun väestöön. On tutkittu, että riittävä oireiden hoito parantaisi rosaceaa sairastavien elämänlaatua. Hoito tulisi aloittaa tehokkaasti jo couperosa-oireiden ilmaantuessa, sillä tämä alidiagnosoitu ihosairaus on usein myös alihoidettu. Tämä taas johtaa rosacean pahenemiseen ja potilaan elämänlaadun huononemiseen.

Myös ihon pigmenttihäiriöillä on suuri emotionaalinen ja psyykkinen vaikutus ihmiseen. Tämä johtuu siitä, etteivät käytettävät hoidot tuota haluttua tulosta. Lisäksi tutkittavat kokevat pigmenttihäiriöiden näkyvyyden vaikuttavan negatiivisesti psyykkeeseen. Maksaläiskät aiheuttavat heille vaivaantuneisuutta, turhautumista, masennusta, häpeää sekä tunnetta viehättävyyden puutteesta.

Jokaisella ihotaudilla ja pigmenttihäiriöllä onkin suuri vaikutus ihmisen psyykkeeseen, johon tulisi kiinnittää huomiota sisäisen ja ulkoisen lääkehoidon ja muiden hoitomuotojen lisäksi. Ihotautien hoidossa ei tulisi keskittyä vain ihotautiin vaan ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Lähteet

Ahokas, T. 2006. Aknen hoito. Viitattu 26.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96125.pdf

Airola, K. 2015. Uutta lääkkeistä: Brimonidiini. Viitattu 26.2.2016. http://sic.fimea.fi/1_2015/bri- monidiini.

American Academy of Dermatology. 2016. Vitiligo. Viitattu 3.2.2016. https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/skinpigmentationdisorders.html.

American Society for Dermatologic Surgery. Laser Resurfacing. Viitattu 25.2.2016. http://www.asds.net/LaserResurfacingInformation.aspx.

Berman, B. 2014. Keloid and Hypertrophic Scar. Viitattu 25.2.2016. http://emedicine.meds- cape.com/article/1057599-overview

British Association of Dermatologists. 2016. Rhinophyma. Viitattu 26.2.2016. http://www.bad.org.uk/for-the-public/patient-information-leaflets/rhinophyma/?showmore=1&re- turnlink=http%3a%2f%2fwww.bad.org.uk%2ffor-the-public%2fpatient-information-leaf- lets#.VtAIhfl97cs.

Car, J.; Mate, C.; Hamilton, F.; Layton, A.; Lyons, C.; Majeed, A. 2009. Light therapies for acne. Viitattu 17.5.2016. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007917/full.

Epilaser - Ihon laser ja ultraäänihoidot. 2004. Aknearvet. Viitattu 25.2.2016. http://www.epila- ser.fi/fi/hoidot.php?hoito=1248336314.

Haahtela, T. 2009. Kromoglikaatti ja nedokromiili. Viitattu 26.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi

Halvorsen, Jon A.; Stern, R.; Dalgard, F.; Thoresen, M.; Bjertness, E.; Lien, L. 2010. Suicidal Ideation, Mental Health Problems, and Social Impairment Are Increased in Adolescents with Acne: A Population-Based Study. Viitattu 5.3.2016. http://www.jidonline.org/article/S0022- 202X(15)35149-6/fulltext.

Hannuksela, M.; Karvonen, J.; Reunala, T.; Suhonen, R. 2003. Ihotaudit. Helsinki. Duodecim.

Hannuksela, M.; Peltonen, S.; Reunala, T.; Suhonen, R. 2011. Ihotaudit. 2.painos. Helsinki. Duodecim.

Hannuksela, M. 2012a. Tietoa potilaalle: Ruskea tai tumma läiskä iholla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.1.2016. www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt00337&p_haku=rosacea.

Hannuksela, M. 2012b. Ultraviolettisäteily (UV) ja sen vaikutus ihmiseen. Viitattu 26.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00682&p_haku=uv

Hannuksela, M. 2013. Valkopälvi (Vitiligo). Viitattu 25.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/ter- veyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00541.

Hannuksela-Svahn, A. 2013. UV-valohoito. Viitattu 25.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/ter- veyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00750.

Hannuksela-Svahn, A. 2014a. Ihottuma. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00233&p_haku=ihottuma.

Hannuksela-Svahn, A. 2014b. Ruusufinni. Terveyskirjasto. Viitattu 15.1.2016. http://www.ter- veyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00483.

Ihoakatemia. 2016. Couperosa ja ruusufinni - kiusalliset iho-ongelmat. Viitattu 25.2.2016. http://www.ihoakatemia.fi/etusivu/ihosairaudet/ruusufinni-ja-rosacea.

Jeong, JT.; Park, JH.; Kye, YC. 2003. Resurfacing of pitted facial acne scars using Er:YAG la- ser with ablation and coagulation mode. Viitattu 25.2.2016. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub- med/14629067.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M.; Ääri, R.; Leino-Kilpi, H.; Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Jordan, R.; Cummins, C.; Burls, A.; Seukeran, D. 2001. Laser resurfacing for facial acne scars. Viitattu 25.2.2016. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001866/full.

Kallioinen, M. & Stenbäck, F. 2012. Ihon rakenne. Viitattu 16.5.2016. www.oppi- portti.fi/op/pat00645/do#q=kallioinen.

Kida Ikino, J.; Holthausen Nunes, D.; Martins da Silva, VP.; Fröde, TS.; Mazzochi Sens, M. 2015. Melasma and assessment of the quality of life in Brazilian women. Viitattu 5.3.2016. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000200196&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

Kokkonen, T.; Nyle´n, M. & Reinikainen, T. 2001. Ihopotilaan hoito ja tukeminen. Helsinki. Tammi.

Lauharanta, J. 2011. Akne. Viitattu 15.1.2016. http://duodecimlehti.fi/

Laser Tilkka. 2016. Couperosa ja häiritsevät pintaverisuonet. Viitattu 25.2.2016. http://www.la- sertilkka.fi/laser-tilkka/ihon_laserhoidot/coupero.

Lavers, I. 2015. Journal of Aesthetic Nursing. Topical and systemic interventions for the treat- ment of rosacea. Viitattu 26.2.2016. http://www.magonlineli- brary.com/doi/10.12968/joan.2015.4.9.426 sa?gclid=CPLnjsn5kssCFST4cgodHUEMMw.

Leivo, T. 2016. Lääketieteellinen neulaushoito. Viitattu 25.2.2016. https://www.mehilainen.fi/ter- veyspalvelut/palvelut/508/laaketieteellinen_neulaushoito.

Lääketieteen termit. 2016a. Akne. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_ter- minologia.koti.

Lääketieteen termit. 2016b. Kloasma. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketieteen termit. 2016c. Melasma. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketieteen termit. 2016d. Ruusufinni. Viitattu 16.5.2016. www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Lääketietokeskus. 2016. Soolantra. Viitattu 26.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskir- jasto/tk.koti?p_artikkeli=far01660&p_haku=soolantra.

Lönnrot, M. 2015. Ruusufinni ja perioraalidermatiitti - vaarattomat mutta viheliäiset. Viitattu 25.2.2016. http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/ruusufinni-ja-perioraalidermatiitti- ndash-vaarattomat-mutta-viheliaiset/#.Vs8F1Pl97cs.

Mehiläinen. 2016. Ihon kemiallinen kuorinta. Viitattu 25.2.2016. https://www.mehilainen.fi/ter- veyspalvelut/palvelut/435/ihon_kemiallinen_kuorinta.

Moustafa, F.; Lewallen, RS.; Feldman, SR. 2014. The psychological impact of rosacea and the influence of current management options. Viitattu 5.3.2016. http://europepmc.org/ab- stract/MED/24993600.

National Rosacea Society. 2016. All about rosacea. Viitattu 17.5.2016. http://www.rosacea.org/patients/allaboutrosacea.php.

Nienstedt, W.; Hänninen, O.; Arstila, A.; Björkqvist, S-E. 2011. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki. WSOY.

Nofal, E.; Helmy, A.; Nofal, A.; Alakad, R.; Nasr, M. 2014. Platelet-rich plasma versus CROSS technique with 100% trichloroacetic acid versus combined skin needling and platelet rich plasma in the treatment of atrophic acne scars: a comparative study. Viitattu 25.2.2016. http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/o/cochrane/clcentral/articles/716/CN- 01071716/frame.html.

Perhe, E. & Reponen, T. 2016. Aknen, rosacean ja pigmenttihäiriön näyttöön perustuva hoito. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111491/reponen_perhe.pdf?sequence=1

Pullen, L. 2015. Once-Daily Ivermectin Safe and Effective Rosacea Treatment. Viitattu 26.2.2016 http://www.medscape.com/viewarticle/842353.

Rajaratnam, R.; Halpern, J.; Salim, A.; Emmett, C. 2010. Interventions for melasma. Viitattu 7.3.2016.http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/10.1002/14651858.CD003583.pub2/abstract.

Salava, A. 2016. Ruusufinni. Viitattu 25.2.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00337&p_haku=rosacea.

Sanjay, K. Rathi. 2011. Akne vulgaris treatment: the current scenario. Indian J Dermatol. Viitattu 25.2.2016. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088940/.

Siluetti Sairaala. 2016. Arpikorjaus, arpihoito, arpikeloidi, mikropigmentointi. Viitattu 25.2.2016. http://www.siluetti.fi/scripts/DBMNet.dll?MfcISAPICommand=Page&NAME=ARPIKOR- JAUS_PITKA.

Terveysportti. 2016. Isotretinoiini. Viitattu 4.5.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.tur- kuamk.fi/terveysportti/dlr_laake.koti.

Thiboutot, D.; Zaenglein, A.; Weiss, J.; Webster, G.; Calvarese, B.; Chen, D. 2008. An aqueous gel fixed combination of clindamycin phosphate 1.2% and benzoyl peroxide 2.5% for the once- daily treatment of moderate to severe acne vulgaris: assessment of efficacy and safety in 2813 patients. Viitattu 8.3.2016. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18805603.

Timms, R. M. 2013. Moderate acne as a potential barrier to social relationships: Myth or reality? Psychology, Health & Medicine, 18(3), 310–320 11p. Viitattu 26.2.2016. http://web.b.ebsco- host.com.

Terveystalo. 2016. Ihon kemiallinen kuorinta. Viitattu 25.2.2016. https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Ihotaudit/Ihon-kemiallinen-kuorinta/.

Van Zuuren, E.; Fedorowicz, Z.; Carter, B.; Van der Linden, M.; Charland L. 2014. Interventions for rosacea. Viitattu 26.2.2016. http://onlineli- brary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003262.pub5/epdf/abstract.

Vastamäki, M. 2012. Runsasverihiutaleinen plasma - Ihmelääke vailla vertaa? Viitattu 25.2.2016. http://www.duodecimlehti.fi

Whitton, ME.; Pinart, M.; Batchelor, J.; Leonardi-Bee, J.; González, U.; Jiyad, Z.; Eleftheriadou, V.; Ezzedine, K. 2015. Interventions for Vitiligo. Viitattu 2.3.2016. http://onlineli- brary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003263.pub5/epdf.

You, HJ.; Kim, DW.; Yoon, ES.; Park, SH. 2015. Comparison of four different lasers for acne scars: Resurfacing and fractional lasers. Viitattu 25.2.2016. http://www.jprasurg.com/arti- cle/S1748-6815(15)00604-X/fulltext.

Aknen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin

Annika Nevalainen
Terveydenhoitaja

Satu Karjalainen
Terveydenhoitaja

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Ihosairauksia on monenlaisia ja niistä kärsivät kaiken ikäiset ihmiset. Nykyaikana täydellistä ihoa ihannoidaan ja tavoitellaan enenevässä määrin. Etenkin nuorilla ulkonäköpaineet ovat lisääntyneet. Suomessa on paljon tutkittua tietoa ihosairauksista ja niiden somaattisten oireiden hoidosta, mutta psyykkisten oireiden hoidosta ei löydy suomalaisia tutkimuksia. Maailmanlaajuisesti löytyy kuitenkin paljon tutkimustietoa ihosairauksien vaikutuksista elämänlaatuun ja psyykkiseen hyvinvointiin.

Akne ja psyykkinen hyvinvointi

Akne on yleinen ihosairaus, jota sairastaa noin 60–80 % valkoihoisista jossain elämänvaiheessa. Tavallisesti akne alkaa murrosiässä, mutta se voi alkaa myös vasta aikuisiässäkin. Aknea esiintyy useimmiten kasvoissa, selässä ja rintakehällä. Tytöillä aknetautia on eniten 14–17-vuotiailla ja pojilla 16–19-vuotiaana. 10–15 prosentilla aknea esiintyy myös edelleen yli 25-vuotiaana. Aikuisiällä akne on hyvin usein krooninen sairaus ja se lievenee vasta keski-iän jälkeen.

Akne on talirauhasen karvatupen krooninen ja tulehduksellinen sairaus, johon liittyy pahenemisvaiheita. Tulehduksen aiheuttavat ihon normaaliin kasvustoon kuuluvat bakteerit, etenkin Propionibacterium acnes. Sairaudelle tyypillistä on avoimien ja sulkeutuneiden komedojen eli ihomatojen, märkäpäiden ja näppylöiden esiintyminen. Aknen syntyyn vaikuttavat myös tavallista suurempi talirauhasten koko, lisääntynyt talivuoto, talirauhasen tiehyen lisääntynyt bakteerikasvusto ja tukkeutuminen sekä tähän liittyvä tulehdusreaktio. Perimä ja hormonaaliset tekijät vaikuttavat voimakkaasti aknen syntyyn. Aknen perimmäinen syy ei kuitenkaan ole vielä toistaiseksi selvinnyt.

Aknea on erilaisia alamuotoja, joita yleensä esiintyy henkilöllä samanaikaisesti. Tavallinen nuoruusiän akne, papulopustulaarinen akne, komedoakne, ja kystinen akne ovat yleisimpiä aknen alamuotoja. Aknen vaikeahoitoisia erityismuotoja on myös useita. Tavallinen akne voi kestää joitakin vuosia, joskus myös toistakymmentä vuotta.

Terve, normaalilta näyttävä iho on olennainen osa fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Ihotaudit voivat vaikuttaa potilaan elämään erilaisista näkökulmista; sosiaalinen status, romanttiset suhteet, emotionaalinen terveys ja itsetunto. Koska ihon sairastuminen horjuttaa tunne-elämää, voi ihotautia sairastaessa ilmetä erilaisia psyykkisiä oireita, kuten masentuneisuus, ahdistuneisuus, sosiaaliset pelkotilat, päihteiden väärinkäyttö ja jopa itsemurha-alttius. Nämä oireet voivat vaikuttaa haitallisesti ihosairauteen ja sen hoidon toteutumiseen. Ihosairaudesta aiheutuva esteettinen ja sosiaalinen invaliditeetti voi olla vaikeampi kestää kuin itse sairaus ja sen hoito. Ihosairauksien psykologiset vaikutukset voivat aiheuttaa sen, että potilas tuntee itsensä leimatuksi ja kärsii huonosta itsetunnosta ja minäkuvasta.

Aknen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin on hyvin merkittävää. Aknea esiintyy eniten nuoruudessa, jolloin on myös sosiaalisen, emotionaalisen ja fyysisen kehityksen tärkein aikakausi. Murrosikään tiedetään liittyvän psykologista ahdistusta, sillä nuoret ovat psykologisesti haavoittuvia ja yleensä herkkiä kehoon ja ulkonäköön liittyvissä muutoksissa. Nuoruudessa muodostetaan ihmissuhteita ja tällöin nuoren asema ikätovereiden keskuudessa on tärkeimmillään. Akne vaikuttaa usein kasvojen alueella niin näkyvästi, että se lisää vielä psyykkistä sairauden taakkaa. Aknen todellista vaikutusta itsetuntoon on vaikea ennustaa, sillä siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten ikä, itsetunto, perheen tuki ja psykiatrinen patologia. Aknen psyykkiset vaikutukset voivat todistetusti aiheuttaa kliinistä masennusta, ahdistuneisuutta,

itsemurha-ajatuksia tai jopa johtaa itsemurhaan. Kirjallisuus viittaa siihen, että potilailla, joilla on kohtalainen tai vaikea akne, saattaa olla suurentunut itsemurhayritysten ja itsemurhan riski. Riski korostuu etenkin niillä, jotka kärsivät sairaudesta nuoruuden jälkeen. Perheen ja ystävien tuella on positiivinen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin aknea sairastavalla.

Aknen vaikutukset elämänlaatuun

Aknen vaikutukset elämänlaatuun vaihtelevat yksilön odotusten ja näkemysten mukaisesti. Suurella osalla aknea sairastavista on jonkinlaisia seurauksia aknen takia. Fyysinen epämukavuus voi vaikuttaa sosiaalisen kanssakäymisen vähenemiseen ja elämänlaadun heikkenemiseen ja sitä kautta psyykkiseen hyvinvoinnin heikentymiseen. Myös aknesta johtuvilla arvilla on merkittävä vaikutus henkilön elämään. Aknen vaikutukset voivat häiritä päivittäisiä toimintoja, ja sen kesto on suoraan verrannollinen sosiaalisten suhteiden ja päivittäisten toimintojen heikentymiseen. Myös aknen vakavuus on suoraan verrannollinen elämänlaadun ja minäkuvan heikkenemiseen. Toisaalta minäkuvan heikentyminen on enemmän yhteydessä subjektiiviseen kuin objektiiviseen näkemykseen aknen tasosta.

Jotkut aknea sairastavat joutuvat keksimään selviytymiskeinoja päivittäisten toimintojen suorittamiseksi. Aknea sairastavilla on tutkimusten mukaan vähemmän kokemusta romanttisista suhteista ja seksuaalisesta kanssakäymisestä. Aknen katsotaan myös selkeästi liittyvän seksuaalisen aktiivisuuden vähenemiseen ja seksuaalisiin vaikeuksiin. Aknen merkittävimpiä vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin ovat heikentynyt itsetunto, muutokset minäkuvassa, itsensä tarkkailu sekä häpeän tunne ja kokemukset. Aknea sairastavat kokevat arvottomuuden tunnetta ja kiusaamista. Heikentynyt itsevarmuus ja pelko esillä olemisesta ovat piirteitä välttämiskäyttäytymisestä, mikä näkyy esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden karttamisena. Tutkimuksissa mainitaan myös muita aknen psyykkisiä vaikutuksia, kuten surullisuus, järkytys, epätoivoisuus, viha, ärsyyntyneisyys ja turhautuneisuus sekä huolestuneisuus ja pessimistisyys. Uniongelmat, nukahtamisvaikeudet, heikko unen laatu ja väsymys aamulla herätessä liitetään myös merkittävästi akneen. Monissa tutkimuksissa aknen psyykkisinä vaikutuksina esiintyy masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta.

Nuorilla akneen liittyy häpeää ja heikentynyttä itsetuntoa sekä merkittävä yhteys ahdistuneisuushäiriöön. Vaikka aknea sairastavilla nuorilla on enemmän stressiä kuin aikuisilla, akne ja korkeampi ikä yhdessä vaikuttavat myös heikentävästi elä-

mänlaatuun. Aikuisilla akneen liittyy ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja neuroottisuutta. Kuitenkin iän lisääntyessä satunnainen ja säännöllinen seksuaalinen kanssakäyminen näyttää lisääntyvän.

Sukupuoli vaikuttaa olevan olennainen muuttuja aknen psyykkisiä vaikutuksia arvioitaessa. Naisilla elämänlaatu on aknen seurauksena yleisesti heikompi kuin miehillä. Naiset ovat stressaantuneempia kuin miehet, sillä miehet järkeilevät aknen olevan osa normaalia nuoruutta. Naisilla masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat yleisimpiä aknesta johtuvia sairauksia. Naiset saattavat ajatella negatiivisesti itsestään, ja monet tuntevat häpeää ja turhautumista. He voivat tuntea itsensä myös enemmän epävarmoiksi ja vaivaantuneiksi muiden ihmisten keskuudessa. Elämänlaatukyselyssä on havaittu, että tytöillä on alhaiset pisteet etenkin ammattiin, sosiaalisiin suhteisiin ja itsetuntoon liittyvissä kysymyksissä. Sekä aknea sairastavien tyttöjen että poikien arvostus itseään kohtaan on tutkimuksen mukaan merkittävästi heikentynyt ja heidän tyytyväisyytensä omaan kehoon on alhainen. Seksuaalinen kanssakäyminen lisääntyy naisilla iän myötä enemmän kuin miehillä. Naisilla on lisäksi korkeampi riski sairastua vakavaan masennukseen ja tehdä itsemurha. Myös pojilla esiintyy masennusta, mutta itsemurha-ajatukset liittyvät vain vaikeaan akneen. Pojilla vakavaan akneen liittyy myös heikompi suhde perheeseen ja ystäviin sekä seksuaalisen kanssakäymisen puute.

Aknen lääkehoidon vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin

Isotretinoiini on tehokkain sisäisesti käytetty aknelääke, jota käytetään vaikeissa aknen muodoissa. Lääkkeen voi määrätä ainoastaan ihotautien erikoislääkäri. Lääkekuuri kestää tavallisesti 5–6 kuukautta ja sillä on todettu olevan paljon sivuvaikutuksia.

Aknen lääkehoidossa käytetään myös paljon muita lääkkeitä, mutta isotretinoiinista yksinään löytyy tuoreita tutkimuksia enemmän kuin muista lääkkeistä yhteensä. Isotretinoiinia käytetään yleisimmin keskivaikean ja vaikean aknen hoidossa, ja tällöin myös yleensä vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin ovat rajumpia.

Isotretinoiinin aloittamista tulee harkita aina vakavasti ja ottaa huomioon potilaan psyykkinen tilanne, historia ja tämänhetkinen hyvinvointi. Isotretinoiini-hoidolla on paljon positiivisia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Näitä ovat esimerkiksi elämänlaadun parantuminen hoidon jälkeen, ahdistuksen ja masennuksen sekä

depressiivisten oireiden väheneminen hoidon aikana ja jälkeen sekä itsemurhariskin pienentyminen. Myönteisenä tuloksena voidaan pitää myös sitä, että isotretinoiini-hoidon aikana ahdistus tai masennus eivät lisääntyneet ja joillain potilailla itsemurhayritykset vähenivät hoidon myötä ja sen jälkeen.

Tutkimukset osoittavat myös negatiivisia tuloksia, kuten masennuksen tai itsemurhariskin lisääntymistä isotretinoiini-hoidon myötä. Joissain tapauksissa on suositeltu jopa vuoden seurantalinjaa kohonneen riskin vuoksi. Olennaista on tarkastella potilaan terveydentilaa kokonaisvaltaisesti ennen isotretinoiinin aloitusta.

Lopuksi

Akne vaikuttaa suuresti yksilön psyykkiseen hyvinvointiin. Osittain nämä vaikutukset näkyvät heikentyneenä hyvinvointina sosiaalisella ja fyysisellä osa-alueella. Aknen vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin ovat merkittäviä ikään ja sukupuoleen katsomatta.

Tutkimustulokset isotretinoiinin käytöstä ja vaikutuksista ovat ristiriitaisia. Yhdessä tutkimuksessa ilmeni sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Selvää on, että lääkkeen vaikutuksia tulisi tutkia paljon lisää ottaen aina huomioon potilaan psyykkisen historian ja nykytilanteen.

Aknen hoidossa on tärkeää huomioida itse sairauden sekä lääkityksen aiheuttamat psyykkiset haasteet. Akne voi olla sairautena hyvin monimuotoinen ja sen vaikutukset koetaan hyvin yksilöllisesti. Akne on juuri niin vakava, kuin henkilö itse kokee sen olevan.

Lähteet

Al-Shidhani, A.; Al-Rashdi, S.; Al-Habsi, H. & Rizvi, S. 2015. Impact of Acne on Quality of Life of Students at Sultan Qaboos University. Oman Medical Journal. Vol. 30, No 1, 42–47. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.5001/omj.2015.08

Behnam, B.; Taheri, R.; Ghorbani, R. & Allameh, P. 2013. Psychological Impairments in the Patients with Acne. Indian Journal of Dermatology. Vol. 58, No 1, 26–29. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.4103/0019-5154.105281

Chuah, S. Y. & Goh, C. L. 2015. The Impact of Post-Acne Scars on the Quality of Life Among Young Adults in Singapore. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. Vol. 8, No 3, 153–158. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.4103/0974-2077.167272

Dalgard, F.; Gieler, U.; Holm, JO.; Bjertness, E. & Hauser, S. 2008. Self-esteem and body among late adolescents with acne: results from a population survey. Journal of the American Academy of Dermatology. Vol. 59, No 5, 746–751. Viitattu 8.9.2017. http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0190962208009043

Darwish, M. A. & Al-Rubaya, A. A. 2013. Knowledge, Beliefs, and Psychosocial Effect of Acne Vulgaris among Saudi Acne Patients. ISRN Dermatology. Vol. 2013, ID 929340. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.1155/2013/929340

Do, J. E.; Cho, S-M.; In, S-I.; Lim, K-Y.; Lee, S. & Lee, E-S. 2009. Psychosocial Aspects of Acne Vulgaris: A Community-based Study with Korean Adolescents. Annals of Dermatology. Vol. 21, No 2, 125–129. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.5021/ad.2009.21.2.125

Durai, P. C. T. & Nair, D. G. 2015. Acne Vulgaris and Quality of Life Among Young Adults in South India. Indian Journal of Dermatology. Vol. 60, No 1, 33–40. Viitattu 8.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318060/

Fakour, Y.; Noormohammadpour, P.; Ameri, H.; Ehsani, A. H.; Mokhtari, L.; Khosrovanmehr, N. & Hoseini nezhad, S. Z. 2014. The Effect of Isotretinoin (Roaccutane) Therapy on Depression and Quality of Life of Patients with Severe Acne. Iranian Journal of Psychiatry. Vol 9, No 4. Viitattu 12.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361827/

Ghaderi, R.; Saadatjoo, A. & Ghaderi, F. 2013. Evaluating of Life Quality in Patients with Acne Vulgaris Using Generic and Specific Questionnaires. Dermatology Research and Practice. Vol. 2013, ID 108624. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.1155/2013/108624

Gnanaraj, P.; Karthikeyan, S.; Narasimhan, M. & Rahagopalan,V. 2015. Decrease in ''Hamilton rating scale for depression'' following isotretinoin therapy in acne: An opel-label prospective study. Indian Journal of Dermatology. Vol. 60, No 5. Viitattu 12.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4601412/

Golchai, J.; Khani, S. H.; Heidarzadeh, A.; Eshkevari, S. S.; Alizade, N. & Eftekhari, H. 2010. COMPARISON OF ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACNE VULGARIS AND HEALTHY INDIVIDUALS. Indian Journal of Dermatology. Vol. 55, No 4, 352–354. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.4103/0019-5154.74539

Graham-Brown, R. & Burns, T. 2011. Dermatology Lecture Notes. Wiley-Blackwell. Viitattu 16.9.2017. http://site.ebrary.com.ezproxy.turkuamk.fi/lib/turkuamk/reader.action?docID=10518706&ppg=180

Gül, A. İ. & Çölgeçen, E. 2015. Personality Traits and Common Psychiatric Conditions in Adult Patients with Acne Vulgaris. Annals of Dermatology. Vol. 27, No 1, 48–52. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.5021/ad.2015.27.1.48

Halvorsen, J. A.; Stern, R.S.; Dalgard, F.; Thoresen, M.; Bjertness, E. & Lien, L. 2010. Suicidal Ideation, Mental Health Problems, and Social Impairment Are Increased in Adolescents with Acne: A Population-Based Study. Journal of Investigative Dermatology , Vol. 131, No 2, 363-370. Viitattu 8.9.2017. http://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)35149-6/fulltext

Hannuksela-Svahn, A. 2014. Tavallinen akne. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00515

Hannuksela-Svahn, A. 2015. Aknetaudit. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00190

Hazarika, N. & Archana, M. 2016. The Psychosocial Impact of Acne Vulgaris. Indian Journal of Dermatology. Vol. 61, No 5, 515–520. Viitattu 8.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029236/

Huang, Y-C. & Cheng, Y-C. 2017. Isotretinoin treatment for acne and risk of depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Dermatology. Vol. 76, No 6. Viitattu 12.9.2017. http://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)31289-0/fulltext

Jankovic, S.; Vukicevic, J.; Djordjevic, S.; Jankovic, J. & Marinkovic, J. 2012. Quality of life among schoolchildren with acne: Results of a cross-sectional study. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. Vol. 78, No 4, 454-458. Viitattu 3.9.2017. http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2012;volume=78;issue=4;spage=454;epage=458;aulast=Jankovic

Joseph, D. 2010. The psychological impact of skin diseases. Practice Nurse. Vol. 39, No 2, 19- 25. Viitattu 7.9.2017. http://web.b.ebscohost.com

Joseph, D. & Sterling, A. 2010. The psychological effects of acne in teenagers. British Journal of School Nursing. Vol. 5, No 3, 122-126. Viitattu 4.9.2017. https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjsn.2010.5.3.47457

Kameran H. I. & Khalis B. M-A. 2012. Quality of life in patients with acne in Erbil city. Health and Quality of Life Outcomes. Vol.10, No 1, 1. Viitattu 8.9.2017. https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-60

Karjalainen, S. & Nevalainen, A. 2016. Aknen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Opinnäytetyö, AMK. Turun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 9.9.2017. http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016121620769

Kortekangas-Savolainen, O.; Rantanen, T. & Mäkelä, L. 2011. Ihotaudit. 2. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Ludot, M.; Mouchabac, S. & Ferreri, F. 2015. Inter-relationships between isotretinoin treatment and psychiatric disorders: Depression, bipolar disorder, anxiety, psychosis and suicide risks. World Journal of Psychiatry. Vol 5, No 2. Viitattu 12.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4473493/

Magin, P.; Adams, J.; Heading, G.; Pond, D. & Smith, W. 2006. Psychological sequelae of acne vulgaris: Results of a qualitative study. Canadian Family Physician. Vol. 52, No 8, 979. Viitattu 3.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781509/

Mahto, A. 2015. Adult Acne. Aesthetics. Vol. 2, No 6. Viitattu 9.9.2017. http://www.aspenmarketinghub.co.uk/uploads/library/hosp6/files/adult-acne.pdf

Marron, S.E.; Tomas-Aragones, L. & Boira, S. 2013. Anxiety, depression, quality of life and patient satisfaction in acne patients treated with oral isotretinoin. Acta Derm Venereol. Vol 93, No 6. Viitattu 12.9.2017. https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-1638

Misery, L. 2011. Consequences of Psychological Distress in Adolescents with Acne. Journal of investigative dermatology. Vol. 131, No 2, 290–292. Viitattu 9.9.2017. http://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)35163-0/fulltext

Misery, L.; Wolkenstein, P.; Amici, J-M.; Maghia, R.; Brenaut, E.; Cazeau, C.; Voisard, J-J. and Taïeb, C. 2014. Consequences of Acne on Stress, Fatigue, Sleep Disorders and Sexual Activity: A Population-based Study. Acta Derm Venereol. Vol. 2015, No 95, 485–488. Viitattu 8.9.2017. https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-1998

Mooney, T. 2014. Preventing psychological distress in patients with acne. Nursing Standard. Vol. 28, No 22, 42-48. Viitattu 9.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24471637

Nair, P. A. & Nair, A. R. 2015. Quality of Life Perspective Towards Acne among Adolescents at Tertiary Care Center of Gujarat, India. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. Vol. 9, No 10, WC01–WC04. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.7860/JCDR/2015/14709.6683

Ogedegbe, E. E. & Henshaw, E. B. 2014. Severity and impact of acne vulgaris on the quality of life of adolescents in Nigeria. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology. Vol. 2014, No 7, 329–334. Viitattu 8.9.2017. https://www.dovepress.com/severity-and-impact-of-acne-vulgaris-on-the-quality-of-life-of-adolesc-peer-reviewed-article-CCID

Orion, E. & Wolf, R. 2014. Psychologic consequences of facial dermatoses. Clinics in Dermatology. Vol. 32, No 6, 767–771. Viitattu 4.9.2017. http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0738081X14000509?np=y

Pawin, H.; Chivot, M.; Beylot, C.; Faure, M.; Poli, F.; Revuz, J. & Dréno, B. 2007. Living with acne. A study of adolescents' personal experiences. Dermatology. Vol. 215, No 4, 308–314. Viitattu 8.9.2017. http://www.karger.com/Article/FullText/107624#

Picardi, A.; Lega, I. & Tarolla E. 2013. Suicide risk in skin disorders. Clinics in Dermatology 31, 47–56. Viitattu 9.9.2017. http://ac.els-cdn.com.ezproxy.turkuamk.fi/S0738081X11003324/1-s2.0-S0738081X11003324-main.pdf?_tid=916eaa70-9d00-11e6-b695-00000aab0f26&acdnat=1477653825_b71425379be9d5f29320745d20841fa5

Pruthi, G. K. & Babu, N. 2012. Physical and Psychosocial Impact of Acne in Adult Females. Indian Journal of Dermatology. Vol. 57, No 1, 26–29. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.4103/0019-5154.92672

Ramrakha, S.; Fergusson, D. M.; Horwood, L. J.; Dalgard, F.; Ambler, A.; Kokaua, J.; Milne, B. J & Poulton, R. 2015. Cumulative mental health consequences of acne: 23-year follow-up in a general population birth cohort study. British Journal of Dermatology. Vol. 175, No 5, 1079-1081. Viitattu 8.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4584158/

Revol, O.; Milliez, N. & Gerard, D. 2015. Psychological impact of acne on 21st-century adolescents: decoding for better care. British Journal of Dermatology. Vol. 172, No S1, 52-58. Viitattu 2.9.2017. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.13749/abstract;jsessionid=DDD3EF7CB901EC1187E6A8C24AA1B6AD.f04t02

Safizadeh, H.; Shamsi-Meymandy, S. & Naeimi, A. 2012. Quality of Life in Iranian Patients with Acne. Dermatology Research and Practice. Vol. 2012, ID 571516. Viitattu 8.9.2017. https://www.hindawi.com/journals/drp/2012/571516/cta/

Salava, A. 2016. Akne. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 8.9.2017. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00336&p_haku=akne

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Stolt M.; Axelin A. & Suhonen R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto.

Simic, D.; Penavic, JZ.; Babic, D. & Gunaric, A. 2017. Psychological status and quality of life in acne patients treated with oral isotretinoin. Psychiatr Danub. Vol. 29, No 2. Viitattu 12.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28492216

Suarez, B.; Serrano, A.; Cova, Y. & Baptista, T. 2016. Isotretinoin was not associated with depression or anxiety: A twelve-week study. World J Psychiatry. Vol 6, No 1. Viitattu 12.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804262/

Sundström, A.; Alfredsson, L.; Sjölin-Forsberg, G.; Gerdén, B.; Bergman, U. & Jokinen, J. 2010. Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin:retrospective Swedish cohort study. The BMJ. Vol. 341, c5812. Viitattu 12.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978759/

Tasoula, E.; Gregoriou, S.; Chalikias, J.; Lazarou, D.; Danopoulou, I.; Katsambas, A. & Rigopoulos, D. 2012. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol. 87, No 6. Viitattu 3.9.2017. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Tanghetti, E. A.; Kawata, A. K.; Daniels, S. R.; Yeomans, K.; Burk, C. T. & Callender, V. D. 2014. Understanding the Burden of Adult Female Acne. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. Vol. 7, No 2, 22–30. Viitattu 8.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935648/

Vilar, G. N.; dos Santos, L. A.; & Sobral Filho, J. F. 2015. Quality of life, self-esteem and psychosocial factors in adolescents with acne vulgaris. Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol. 90, No 5, 622–629. Viitattu 3.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631226/

Weller, R.; Hunter, H. & Mann, M. 2014. Clinical Dermatology. Wiley-Blackwell. Viitattu 8.9.2017. http://site.ebrary.com.ezproxy.turkuamk.fi/lib/turkuamk/reader.action?docID=10986571&ppg=34.

Yang, Y-C.; Tu, H-P.; Hong, C-H.; Chang, W-C.; Fu, H-C.; Ho, J-C.; Chang, W-P.; Chuang, H-Y. and Lee, C-H. 2014. Female Gender and Acne Disease Are Jointly and Independently Associated with the Risk of Major Depression and Suicide: A National Population-Based Study. BioMed Research International, Vol. 2014, ID 504279. Viitattu 8.9.2017. http://doi.org/10.1155/2014/504279

Öztürk, P.; Orhan, F. Ö.; Özer, A.; Karakaş, T.; Öksüz, A. N. & Yetişir, N. Y. 2013. Assessment of Temperament and Character Profile with Anxiety and Depression in Patients with Acne. Balkan Medical Journal, Vol. 30, No 2, 161–166. Viitattu 8.9.2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115969

Psoriasiksen vaikutus hyvinvointiin

Essi Varhia
Terveydenhoitaja

Jenna Ylikylä
Terveydenhoitaja

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Psoriasis on krooninen, immuunivälitteinen tulehdustauti, jossa ihon pintaan muodostuu tavallista nopeammin lisääntyviä epäkypsiä sarveissoluja. Psoriasista esiintyy kahta eri tyyppiä, iho- ja nivelpsoriasista. Ihosairauksiin lukeutuvaa psoriasista sairastaa Suomessa noin 2 % väestöstä ja vastaava luku on Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa 1,5–3 %. Sitä voi sairastaa minkä ikäisenä tahansa, ja sen ilmenemismuodot vaihtelevat pienistä ihottumaläiskistä suuriin, lähes koko ihoa peittäviin ihottumiin. Psoriasista esiintyy neljää eri muotoa: läiskäpsoriasis, pisarapsoriasis, erityisalueiden psoriasis ja märkärakkulainen psoriasis. Psoriasiksen taustalla voivat olla esimerkiksi perinnölliset tekijät tai nielutulehdus.

Tutkimusten mukaan psoriasiksella on merkittävä negatiivinen vaikutus elämänlaatuun. Psoriasista sairastavien keskuudessa esiintyy enemmän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kuin terveillä. Potilailla, joilla on enemmän ihottumaa tai ihottumaa näkyvällä alueella kuten dekolteella, on heikompi terveyteen liittyvä elämänlaatu. Psoriasiksen yleisimmät negatiiviset vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin ovat erilaiset negatiiviset tunteet kuten häpeä ja inho sekä unettomuus. Psoriasista sairastavien naisten itsetunto on huonompi kuin psoriasista sairastavien miesten.

Psoriasiksen vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin riippuvat iästä, sukupuolesta, koulutuksen tasosta, taudin vakavuudesta ja saadusta sosiaalisen tuen määrästä.

Fyysinen hyvinvointi koostuu omasta käsityksestä terveydestä ja sen mahdollisuuksista sekä uskomuksista omasta terveydestä. Fyysinen hyvinvointi katsotaan usein liittyvän riittävään ravintoon, liikuntaan ja lepoon. Lisäksi siihen liittyvät kehon fyysinen kunto ja fyysistä oloa helpottavat tekijät.

Ravinto ja psoriasis

Riittävä ravinto on osa fyysistä hyvinvointia. Psoriasista sairastavien tulee ottaa ruokavaliossaan huomioon muutamia seikkoja, jotta vaikutukset fyysiseen hyvinvointiin ovat enemmän positiivisia kuin negatiivisia. Ruokavalion tulisi tukea elimistön omaa immuunijärjestelmää. Hyvät rasvahapot, kuitupitoinen täysjyvävilja ja vitamiini- ja kivennäisainepitoiset kasvikset ovat suositeltavia ruoka-aineita. Nämä vaikuttavat elimistöön bakteerikannan kautta ja vahvistavat immuniteettia. Psoriasikseen liittyvä tulehdustila voi pahentua pikaruuan ja runsaasti valkoista vehnäjauhoa, sokeria ja rasvaa sisältävän ruuan nauttimisen seurauksena. Näitä sisältäviä ruokaaineita olisi hyvä välttää. Yksipuolinen ruokavalio voi huonontaa ihon kuntoa. Psoriaatikon tulisi myös välttää tiukkoja dieettejä, koska ne voivat aiheuttaa stressiä. Stressi vaikuttaa taas niin ihon kuntoon kuin fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin negatiivisesti.

Liikunta ja psoriasis

Liikunta, kyky harrastaa liikuntaa ja hyvä fyysinen kunto edistävät fyysistä hyvinvointia. Psoriaatikoilla liikunnan harrastamiseen liittyy kuitenkin joitakin rajoitteita ja asioita, jotka tulee huomioida liikkuessa. Nämä rajoitteet ja huomioitavat asiat voivat vaikuttaa negatiivisesti fyysiseen hyvinvointiin, koska kaikenlainen liikunta ei sovi sairastuneille, ja tauti on huomioitava aina liikkuessa. Psoriasiksen näkyvät oireet kuten ihottumaläiskät ja näkymättömät oireet kuten kipu voivat luoda esteitä liikunnan harrastamiselle. Psoriaatikon on huomioitava liikuntamuodon valinnassa, että ihon suojeleminen on tärkeää. Siksi psoriaatikon tulisi välttää urheilulajeja, joissa ihovahinkojen riski on suuri. Tällaisia vältettäviä urheilulajeja ovat esimerkiksi kamppailulajit ja jalkapallo. Urheillessa on huomioitava sää, sillä kuiva ja kylmä ilma voivat pahentaa oireita. Runsasta hikoilua tulisi myös välttää.

Säännöllisellä liikunnalla on useita hyötyjä: se helpottaa stressiä ja vaikuttaa positiivisesti unen laatuun. Lisäksi liikunnalla voidaan ehkäistä esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteja, osteoporoosia, ylipainoa ja tyypin 2 diabetesta. Nämä ovat myös psoriasiksen liitännäissairauksia, joten liikunta on monella tapaa hyödyllistä.

Uni ja psoriasis

Nukkuminen on ihmiselle välttämätöntä, ja hyvä ja riittävä uni vaikuttaa positiivisesti hyvinvointiin. Unettomuus tarkoittaa kyvyttömyyttä nukkua riittävästi. Unettomuutta esiintyy psoriaatikoilla enemmän kuin terveillä ja niiden välillä on havaittu yhteys. Yksi syy unettomuuden taustalla on psoriasikseen liittyvä kutina. Noin 97 %:lla psoriasispotilaista esiintyy kutinaa ja heistä 30 %:lla voimakasta kutinaa. Psoriasista sairastavat kärsivät kutinasta enemmän kuin psoriasista sairastamattomat. Lisäksi uneen vaikuttavat psyykkisen hyvinvoinnin ongelmat kuten masennus ja ahdistuneisuus. Unettomuus aiheuttaa väsymystä ja heikentää vaativimpia aivotoimintoja. Univaje vaikuttaa negatiivisesti vastustuskykyyn ja aiheuttaa lihomista ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä.

Psoriasiksen liitännäissairaudet

Psoriasikseen liittyy useita liitännäissairauksia ja niillä on merkittävä vaikutus fyysiseen hyvinvointiin. Ne vaikuttavat ihmisen kokemukseen omasta terveydestä sekä fyysiseen kuntoon. Etenkin vaikeassa psoriasiksessa liitännäissairauksien esiintyvyys muuhun väestöön verrattuna on suurempi. Liitännäissairauksia ovat muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, sydän- ja aivoinfarktit ja niiden vaaratekijät kuten aikuisiän diabetes, ylipaino, alkoholin liikakäyttö, tupakointi, suurentuneet rasvaarvot, verenpainetauti ja rasvamaksa.

Psoriasista sairastavilla on kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Myös sydän- ja aivoinfarktin vaara on lisääntynyt. Riskit ovat suurempia vaikeassa psoriasiksessa. Psoriasista sairastavilla on enemmän sepelvaltimotaudin riskitekijöitä kuten diabetesta, hyperlipidemiaa ja tupakointia kuin terveillä. 58 % vaikeaa psoriasista sairastavista saavat todennäköisemmin merkittävän sydäntapahtuman ja 43 % heistä saa todennäköisemmin aivoinfarktin. Sydäninfarktin ilmaantuvuus terveillä on 3,58/100 000, kun taas vaikeaa psoriasista sairastavilla 5,13/100 000. Sydäninfarktin riski on suurin nuorilla psoriaatikoilla, joilla on taudin vaikea muoto. Kes-

kivaikeassa ja vaikeassa psoriasiksessa taudinkuvaan voi liittyä elimistön krooninen yleistulehdus, joka on sepelvaltimotaudin vaaratekijä. Sepelvaltimotauti selittää pääosin keskivaikeaan ja vaikeaan psoriasikseen liittyvän ylikuolleisuuden.

Psoriasista sairastavat ovat muuhun väestöön verrattuna todennäköisemmin ylipainoisia. Ylipaino on riskitekijä myös muihin psoriasiksen liitännäissairauksiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin. Lapsilla, joilla on psoriasis, on kohonnut riski ylipainoisuuteen, ja ylipaino 18 vuoden iässä altistaa nivelpsoriasikseen sairastumiselle. Ylipaino voi vaikuttaa oireiden voimakkuuteen ja esiintyvyyteen ja heikentää hoitojen tehoa. Siksi laihduttaminen voi vähentää oireita ja tehdä hoidoista tehokkaampia ja näin ollen vaikuttaa fyysiseen hyvinvointiin positiivisesti.

Psoriasista sairastavat kärsivät jonkin verran muuta väestöä useammin tulehduksellisista suolistosairauksista kuten Crohnin taudista. Psoriaatikoilla ja Crohnin tautia sairastavilla on samanlaisia geenimutaatioita. Noin 10 %:lle psoriasista sairastavista naisista kehittyy jokin tulehduksellisen suolistosairauden muoto.

Nivelpsoriasiksen riski psoriasista sairastavilla on noin 5,4 %. Keskivaikeassa ja vaikeassa psoriasiksessa nivelpsoriasiksen riski on huomattavasti suurentunut. Jos psoriasis vaatii hoidoksi biologista lääkehoitoa, kasvaa nivelpsoriasiksen riski 20–35 %:iin. Psoriaatikon riski sairastua nivelpsoriasikseen kasvaa sairausvuosien mukaan tasaisesti.

Lymfooman ja ihon keratinosyyttisyöpien riski on suurentunut vaikeassa psoriasiksessa. Lymfooman synnyssä mikään erityinen hoitomuoto ei lisää riskiä, kun taas yhdistelmähoito (metoksaleeni-tabletti-PUVA) lisää okasolusyövän riskin 6,5 kertaiseksi. Lisäksi sairaus itsessään nostaa syövän riskiä.

Psoriaatikoilla on kohonnut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Vaikeaa psoriasista sairastavat saavat 30 % todennäköisemmin tyypin 2 diabeteksen kuin psoriasista sairastamattomat. Lisäksi psoriasikseen liittyy kohonnut osteoporoosin riski. Vaikeaa psoriasista sairastavat saavat kaksi kertaa todennäköisemmin kroonisen munuaissairauden kuin lievää psoriasista sairastavat ja terveet.

Myös psoriasiksesta kärsivillä lapsilla on liitännäissairauksia. Yleisimpiä lapsipsoriaatikoiden liitännäissairauksia ovat silmän sisäinen tulehdus uveiitti, kohonnut verenpaine, lihavuus ja veren tavallista suurempi rasva-ainepitoisuus.

Liitännäissairaudet tulee huomioida psoriasispotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja seurannassa. Potilasta kannustetaan terveellisiin elämäntapoihin kuten normaalipainoon, säännölliseen liikuntaan, tupakoimattomuuteen ja alkoholin käytön rajoittamiseen.

Psoriasiksen hoitomuotoihin liittyvät riskit ja haittavaikutukset

Psoriasista hoidetaan sen vaikeusasteen ja oireiden mukaan. Hoitoihin ja käytettäviin lääkkeisiin liittyy riskejä ja mahdollisia haittavaikutuksia, jotka voivat vaikuttaa negatiivisesti fyysiseen hyvinvointiin.

Valtaosalle potilaista riittää paikallishoito ja laajassakin psoriasiksessa sitä käytetään muiden hoitojen tukena. Kortikosteroidivoiteiden mahdollisena haittavaikutuksena on korjaantumaton ihoatrofia, joka ilmaantuu usein viiveellä. Lisäksi kortikosteroidivoidehoito vähentää kollageenin tuotantoa ihossa ja voi aiheuttaa lisämunuaislamaa. D-vitamiinijohdosten tavallisin haittavaikutus on paikallinen ihoärsytys ja niiden liika-annostus saattaa aiheuttaa hyperkalsemiaa.

Valohoidon akuutti haittavaikutus on ihon punoitus, joka aiheutuu, kun annos ylittää punekynnyksen. Vielä ei ole tietoa, onko valohoidoilla ihosyöpäriskiä suurentava vaikutus. PUVA-hoito on lääke- ja valohoidon yhdistelmä ja sen pitkäaikaiseen käyttöön liittyy pysyvä suurentunut riski ihosyöpiin, erityisesti okasolusyöpään.

Tavallisimpia psoriasiksen hoidossa käytettäviä sisäisiä lääkkeitä ovat siklosporiini, asitretiini ja metotreksaatti. Siklosporiini heikentää immuunivastetta, voi aiheuttaa päänsärkyä, kohonnutta verenpainetta, ienhyperplastiaa, karvoituksen lisääntymistä, lihaskramppeja ja vapinaa. Lisäksi siklosporiini näyttää lisäävän riskiä ihon okasolusyöpään psoriasispotilailla. Siklosporiinin pitkäaikaiseen käyttöön liittyy munuaishaittavaikutuksia. Asitretiinilääkityksen haittavaikutukset ovat sikiövauriot lääkityksen aikana ja 3 vuoden ajan käytön jälkeen, ihon ja limakalvojen kuivuminen ja hiustenlähdön mahdollinen lisääntyminen. Lisäksi asitretiinilääkityksessä voi triglyseridien, kolesterolin ja maksan toimintakokeiden arvoissa esiintyä mahdollista suurenemista. Pahoinvointi, ripuli, luuytimen heikentynyt toiminta, maksan rasvoittuminen, maksavauriot ja interstitiaalinen keuhkoreaktio ovat metotreksaattilääkityksen mahdollisia haittavaikutuksia ja niitä lisäävät korkea ikä, hypoalbuminemia ja munuaisten toiminnan heikentyminen. Maksavaurion riskiä suurentavat alkoholinkäyttö, diabetes ja lihavuus. Apremilastilääkitys otetaan käyttöön,

kun muista sisäisistä lääkkeistä ei ole apua tai ne ovat vasta-aiheisia. Sen aloittamiseen liittyy 15–17 %:lla potilaista pahoinvointia tai ripulia.

Biologiset lääkkeet ovat myös sisäisiä lääkkeitä, mutta niitä käytetään harvemmin psoriasiksen hoidossa kuin tavallisimpia sisäisiä lääkkeitä ja paikallishoitoja. Niiden käyttöön liittyy useita haittoja kuten infektioriskin suureneminen. Infektioiden ilmaantuessa kuume voi puuttua ja oireet olla tavallista lievempiä. Latentin tuberkuloosin aktivoituminen ilmaantuu usein ensimmäisen puolen vuoden aikana lääkehoidon aloittamisesta. Asianmukaista seulontaa käytettäessä riski on kuitenkin pieni. Riski ihon tyvi- ja okasolusyöpiin on mahdollisesti hieman suurentunut biologisia lääkkeitä käytettäessä ja UV-valohoito voi suurentaa riskiä. Pistettäviin biologisiin lääkkeisiin liittyy haittavaikutuksena pistoskohtien lievät ihoreaktiot, ylähengitystieinfektiot, hiivainfektiot ja leukopenia. Infuusiona annettavien biologisten lääkkeiden haittavaikutukset ovat infuusioreaktiot, anafylaksia ja maksaentsyymiarvojen mahdollinen suureneminen.

Lopuksi

Psoriasiksella on suuri merkitys ihmisen fyysiselle hyvinvoinnille. Monet tekijät ovat yhteydessä toisiinsa, joten kokonaisvaltaisella hyvällä fyysisellä hoidolla on vaikutusta psoriasikseen.

On tärkeää huomioida, miten vahvasti uni, liikunta ja ruokailutottumukset vaikuttavat ihmisen fyysiseen hyvinvointiin. Vähäinen uni vaikuttaa jaksamiseen liikkua. Olisi hyvä, että psoriasispotilaita kannustettaisiin pitämään fyysisestä hyvinvoinnista huolta, sillä psoriasispotilailla esiintyy myös liitännäissairauksia ja etenkin vaikeaa psoriasista sairastavilla potilailla on suurempi riski sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen. Ylipaino on psoriasispotilailla merkittävämpi ongelma kuin muulla väestöllä, joten potilaille tulisi tarjota tietoa sairauden fyysisistä haittavaikutuksista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Fyysisen puolen lisäksi kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin vaikuttavat vahvasti myös psyykkinen ja sosiaalinen terveys. Nämä ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Hoitajien tulee ohjata potilaita jokaisella osa-alueella ja korostaa hoidon merkitystä.

Lähteet

Gelfand, JM; Dommasch, ED; Shin, DB; Azfar, RS; Kurd, SK; Wang, X. & Troxel, AB. 2009. The risk of stroke in patients with psoriasis. J Invest Dermatol 2009;129:2411-8. Viitattu 10.10.2017 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864921/

Gelfand, JM; Neimann, AL; Shin, DB; Wang, X; Margolis, DJ. & Troxel, AB. 2006. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. JAMA. 2006;296(14):1735-1741. Viitattu 10.10. 2017 https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/203598

Hannuksela-Svahn, A; Pukkala, E; Läärä, E; Poikolainen, K. & Karvonen, J. 2000. Psoriasis, its treatment, and cancer in a cohort of Finnish patients. J Invest Dermatol 2000;114:587-90. Viitattu 10.10.2017 http://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)40814-0/fulltext

Huttunen, M. 2016. Unettomuus. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.10.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534

Hyvärinen, H. 2017. Ruokavalio ja ihosairaus? Syö, älä välttele. Psoriasisliitto. Viitattu 12.10.2017 https://psori.fi/syo-ala-valttele/

Käypä hoito- suositus. 2012. Psoriaasi (iho ja nivelet). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.10.2017 http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50062

Partinen, M. 2009. Unesta terveyttä. Elämä pelissä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.10.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00112

Psoriasis. 2017. Comorbidities Associated with Psoriatic Disease. National Psoriasis Foundation/USA. Viitattu 12.10.2017 https://www.psoriasis.org/about-psoriasis/related-conditions

Quality care. 2014. Psoriasis ja urheilu. LEO Pharma Inc. Viitattu 12.10.2017 https://psoriasis.qualitycare.fi/omaqualitycare/artikkelit/elama-psoriasiksen-kanssa/psoriasis-ja-urheilu

Rantanen, T. 2016, Psoriaasi, Duodecim. Vol. 132, No 17, 1595-1598.

Remröd, C.; Sjöström, K. & Svensson, Å. 2015. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. Acta Derm Venereol. Vol. 95, No 4, 439-43. Viitattu 9.10.2017 https://www.medicaljournals.se/acta/content/html/10.2340/00015555-1975

Shutty, BG.; West, C.; Huang, KE.; Landis, E.; Dabade, T.; Browder, B.; O'Neill, J.; Kinney, MA.; Feneran, AN.; Taylor, S.; Yentzer, B.; McCall, WV.; Fleischer, AB. & Feldman, SR. 2013. Dermatology online journal. Vol. 19, No 5, 1. Viitattu 9.10.2017 http://escholarship.org/uc/item/0073r324

Tarnanen, K; Rauramaa, R. & Kukkonen-Harjula, K. 2016. Liikunta on lääkettä (Liikunta-suositus). Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.10.2017 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00077

Uskalla innostua.fi. 2017. Työkaluja ja valmennusta fyysiseen hyvinvointiin. Viitattu 12.10.2017 http://www.uskallainnostua.fi/fyysisen-hyvinvoinnin-ja-elinvoimaisuuden-kehittaminen/

Varhia, E. & Ylikylä, J. 2017. Psoriasiksen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavilla https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133470/Psoriasiksen%20vaikutus%20psyykkiseen%20hyvinvointiin1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ihomuutosten vaikutus elämänlaatuun

Essi-Lotta Tenhunen
Terveydenhoitaja

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Ihomuutoksilla tarkoitetaan tässä artikkelissa erilaisia luomia ja pigmenttihäiriöitä, jotka voivat olla joko hyvän- tai pahanlaatuisia. Pahanlaatuisilla ihomuutoksilla tarkoitetaan yleisesti ihosyöpiä. Hyvänlaatuiset ihomuutokset tarkoittavat tässä artikkelissa erilaisia syntymässä saatuja tai myöhemmin hankittuja luomia ja pigmenttihäiriöitä, jotka eivät sisällä syöpäsoluja, eivätkä näin ollen vaaranna kantajansa fyysistä terveyttä.

Ihomuutokset ja elämänlaatu

Terveyteen liittyvää elämänlaatua on tutkittu viimevuosina yhä enemmän, ja sen huomioiminen ihotautien hoidon yhteydessä on yleistynyt. Terveyteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan sitä, miten sairaus ja sen hoito vaikuttavat psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen sekä yksilön talouteen, yleiseen tyytyväisyyteen ja sosiaalisiin suhteisiin. Terveyteen liittyvää elämänlaatua voidaan terveystutkimuksissa mitata erilaisilla kyselyillä. Moniin sairauksiin on olemassa omanlainen kustomoitu kyselykaavake, jolla pyritään arvioimaan sairauden elämänlaadullisia vaikutuksia kunkin potilaan kohdalla. Suomeksi on käännetty muun muassa ihosairauksien elämänlaatukysely (Dermatology Life Quality Index) ja yleinen terveyskysely (RAND-36, eli SF-36).

Psyykkinen hyvinvointi on tärkeässä roolissa elämänlaatua tarkasteltaessa. Lisäksi ihon ja psyyken yhteys on todettu niin merkittäväksi, että sen tutkimiseen ja hoitamiseen on syntynyt oma lääketieteen alue: psykodermatologia. Psykodermatologia tutkii psyykkisten sairauksien vaikutuksia ihoon, sekä ihosairauksien vaikutuksia psyykkeeseen.

Hyvänlaatuiset ihomuutokset

Hyvänlaatuisilla ihomuutoksilla tarkoitetaan sellaisia luomia ja pigmenttihäiriöitä, jotka eivät aiheuta kantajalleen fyysisen terveyden heikkenemistä, eivätkä sisällä syöpäsoluja. Hyvänlaatuiset ihomuutokset voivat olla joko hankittuja tai synnynnäisiä. Ihomuutosten syntyyn vaikuttavat UV-altistus ja perimä.

Pigmenttihäiriöissä ihon melaniinin määrä on poikkeuksellinen. Pisamat ja kesakot ovat yleisesti tunnettuja pigmenttihäiriöitä, joissa melaniinintuotanto on lisääntynyt paikallisesti. Muita yleisiä pigmenttihäiriöitä ovat esimerkiksi maksaläiskät, maitokahviläiskät ja vitiligo eli valkopälvi.

Erilaisia luomia on olemassa yli 60, joista valtaosa on harvinaisia. Luomet voivat olla peräisin muun muassa lihassoluista, talirauhasista, hikirauhasista, verisuonista, hermoista ja hermotupista sekä rasvakudoksesta. Luomet jaotellaan niiden syntyperän mukaan. Yleisimmistä luomista pigmenttiluomia ovat rajaluomi, ihonsisäinen luomi ja yhdistelmäluomi. Verisuoniperäisiä ovat tuli-, portviini-, hämähäkki-, mansikka-, kirsikka-, sekä ontelomainen verisuoniluomi. Taliluomi ja komedoluomi ovat lähtöisin talirauhasista ja rasvaluomi rasvakudoksesta.

Rajaluomi, ihonsisäinen luomi, sekä yhdistelmäluomi koostuvat neevussoluista. Väriltään ne ovat ruskeita tai ihonvärisiä. Rajaluomi on iholla näkyvä tasainen pigmenttiluomi, jonka neevussolut sijaitsevat pieninä ryhminä orvaskeden ja verinahan rajalla. Ihonsisäinen luomi kohoaa usein puolipallon muotoisena ihon pinnasta. Sen neevussolut ovat syvemmällä verinahassa ja se voi olla väriltään ruskea, vaaleanpunertava tai ihon värinen. Yhdistelmäluomen neevussolut sijaitsevat sekä orvaskeden ja verinahan rajalla, että syvemmällä verinahassa. Yhdistelmäluomi muistuttaa ulkonäöltään ihonsisäistä luomea.

Mansikka- ja kirsikkaluomi ovat hiussuoniperäisiä luomia. Molemmat luomet ovat väriltään kirkkaanpunaisia ja kohoavat hieman ihosta. Mansikkaluomi on läpimitaltaan muutamasta millimetristä muutamaan senttimetriin, kun taas kirsikkaluomi on muutamasta millimetristä korkeintaan puoleen senttimetriin. Lisäksi erottamista helpottaa se, että mansikkaluomia esiintyy yleisemmin vastasyntyneillä ja lapsilla kun taas kirsikkaluomet ovat pääsääntöisesti keski-ikäisten ja ikäihmisten luomia.

Tuliluomi on verisuoniperäinen vaaleanpunertava luomi, joka sijaitsee yleensä lähellä keskiviivaa. Yleisimmin tuliluomi sijaitsee niskakuopassa tai takaraivolla, mutta joskus myös esimerkiksi silmäluomessa, suun seudussa tai otsassa. Tuliluomi vaalenee useimmiten ajan myötä. Tuliluomen toinen tummempi ja pysyvämpi muoto on portviiniluomi, joka on laaja tummanpunainen verisuoniperäinen luomi, jossa voi toisinaan esiintyä pieniä kyhmyjä. Portviiniluomi ei vaalene itsekseen kuten tuliluomi vaan pääsääntöisesti tummenee. Portviiniluomia voidaan vaalentaa värilaserilla, mutta menetelmällä ei aina saada aikaan haluttua hoitotulosta.

Pahanlaatuiset ihomuutokset

Pahanlaatuisilla ihomuutoksilla tarkoitetaan niitä ihomuutoksia, jotka sisältävät syöpäsoluja. Ihosyöpää ilmenee pääasiassa kolmena eri tyyppinä jotka ovat melanooma, okasolusyöpä ja tyvisolusyöpä, eli basaliooma. Nämä kolme ryhmää sisältävät 99 % kaikista ihosyövistä. Muita pahanlaatuisia ihokasvaimia ovat lymfoomat, sarkoomat, merkelinsolukarsinooma, ihon apuelinkasvaimet, Pagetin tauti ja syöpien metastaasit.

Basaliooma ja okasolusyöpä lähettävän hyvin harvoin metastaaseja. Suomessa metastasoineet basalioomat ovat yksittäistapauksia. Basaliooma on ihosyövistä yleisin ja vaarattomin, melanooma puolestaan vaarallisin. Vaaralliseksi melanooman tekee sen herkkyys lähettää etäpesäkkeitä, eikä metastasoituneeseen melanoomaan ole parantavaa hoitoa. Melanooman varhainen tunnistaminen ja leikkaus ovatkin ainoat parantavan hoidon mahdollistajat.

Tärkeimpänä syynä ihosyöpien puhkeamiseen pidetään liiallista kumulatiivista UV-altistusta. UV-altistuksen lisäksi ihosyöpien puhkeamiseen voivat vaikuttaa immunosuppressiivinen lääkitys sekä perimä, jonka vaikutus on kuitenkin vähäinen.

Ihomuutosten vaikutus elämänlaatuun

Kaikki ihomuutokset voivat vaikuttaa elämänlaatuun, ja usein ne vaikuttavat siihen heikentävästi. Vaikutukset ovat tosin yksilöllisiä. Ihomuutoksen laadusta riippumatta, kantaja voi kokea itsensä eri tavalla kuin ennen ihomuutoksen puhkeamista tai ihomuutoksen leikkaushoidon jälkeen.

Pahanlaatuisia ihomuutoksia käsittelevissä tutkimuksissa esille nousi ylivoimaisesti melanooma ja sen tuomat elämänlaadun muutokset. Melanooma lähettää herkästi etäpesäkkeitä, ja se on siksi vaarallisin ja vaikeahoitoisin ihosyöpä. Ymmärrettävästi melanooman tuomat elämänlaadun muutokset ovat suurempia kuin muissa ihosyövissä. Melanoomapotilaat kokivat useammin tarvitsevansa ammattihenkilön tukea sairautensa käsittelyssä kuin muut ihosyöpäpotilaat. Melanoomapotilaat kokivat myös psyykkistä ahdinkoa sekä kehonkuvan, identiteetin ja hyvinvoinnin muutoksia.

Vaikka ei-metastasoivat ihosyövät eivät ole hengenvaarallisia, niiden koettiin aiheuttavan kantajalleen ahdistusta. Ei-metastasoivista ihosyövistä kärsivät henkilöt olivat melanoomapotilaita useammin huolissaan muiden ihmisten mielipiteistä sekä arven näkyvyydestä ja tuntomuutoksista leikkauksen jälkeen. Myös psykososiaaliset vaikutukset olivat mahdollisia, eikä niitä pidä väheksyä ei-metastasoivien ihomuutospotilaiden kohdalla.

Kuten ei-metastasoivat ihomuutokset, myös hyvänlaatuiset ihomuutokset voidaan helposti jättää metastasoivien ihomuutosten varjoon niiden elämänlaadullisista vaikutuksista puhuttaessa. On kuitenkin tärkeää muistaa ihomuutosten psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset, joita löytyi molemmilta potilasryhmiltä. Hyvänlaatuiset ihomuutokset aiheuttivat kantajilleen runsaasti psyykkistä kuormitusta kuten ahdistusta, masennusta ja heikentynyttä itsetuntoa. Erityisessä riskiryhmässä näille elämänlaadun muutoksille olivat heikkotuloiset, vähän kouluttautuneet, nuoret ja avioitumattomat naiset. Lisäksi elämänlaadun muutoksiin vaikuttivat ihomuutoksen sijainti ja koko. Esimerkiksi käsivarsien ihomuutokset voidaan kokea kuormittavampina kuin kasvojen muutokset, koska kasvojen ihomuutoksia voidaan peittää meikillä ja se koetaan luonnollisena.

Hyvänlaatuisista ihomuutoksista ja niiden elämänlaadullisista vaikutuksista on tehty paljon tutkimuksia. Ehkä tutkituin ihosairaus tästä näkökulmasta on vitiligo. Vitiligon aiheuttama pigmenttikato on leviävä sairaus, jota ei osata toistaiseksi parantaa. Hyvänlaatuisuudestaan huolimatta vitiligopotilaat kokevat hyvin negatiivisia elämänlaadunmuutoksia kuten itsetuhoisuutta, masennusta, ahdistusta ja vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa.

Lapsien kohdalla hyvänlaatuiset ihomuutokset vaikuttavat iästä riippuen lapsen kokemaan elämänlaatuun vaihtelevasti. Mielenkiintoista on, että alle kouluikäisten lasten vanhemmat eivät koe ihomuutoksia lasten elämänlaatua heikentävinä, mutta kouluikäiset kokevat verrokkiryhmää enemmän kiusaamista, kiusallista tuijottamista ja syrjintää. Ihomuutoksilla ei kuitenkaan ole vaikutusta kavereiden löytymiseen vaan ystävystyminen on samanlaista verrokkiryhmän kanssa.

Lopuksi

Voisiko koulutus ja ihosairauksia koskevan tiedon lisääminen olla vastaus ihomuutoksista kärsivien ahdinkoon? Tieto sairauden puhkeamisen syistä tai tarttumattomuudesta voisi vähentää ennakkoluuloja ja syrjintää. Toistemme hyväksyminen sellaisena kuin olemme voisi kitkeä kiusaamista ja ulkonäköpaineita yhä kriittisemmäksi ja ulkonäkökeskeisemmäksi käyvästä yhteiskunnasta.

Ihmisten asenteiden vaikutus on yllättävän merkittävässä roolissa myös pahanlaatuisten ihomuutosten ehkäisyssä. Ihosyöpien tilastollinen kasvu on ollut huimaa, ja niiden lisääntyminen ei ole toistaiseksi hidastunut. Ruskettunut iho on edelleen tavoiteltava ominaisuus ja aurinkoa palvotaan hyvin tiedossa olevista riskeistä huolimatta. Ruskettunutta ihoa pidetään terveyden merkkinä, vaikka todellisuudessa vähemmän UV-valolle altistuneella henkilöllä on huomattavasti pienempi todennäköisyys saada ihosyöpä.

Ihmisten tietoisuus ja koulutus ovat avainasemassa, kun halutaan vaalia terveempiä, erilaisuutta hyväksyviä sekä tasa-arvoa ajavia asenteita. Edellä mainitut asenteet voisivat parhaimmillaan vaikuttaa ihosairauksien, mielenterveysongelmien, sekä ulkonäköön liittyvien paineiden vähenemiseen, ja sitä kautta myös mahdollisesti ehkäistä tulevaisuudessa ihosairauksia tai ihosairauksista aiheutuvaa elämänlaadun heikkenemistä.

Lähteet

Baxter, L.L.; Pavan, W.J.; 2013. The etiology and molecular genetics of human pigmentation disorders. Wiley interdisciplinary reviews. Developmental biology, 2:3. 379-392.

Buchhold, B.; Arnold, A.; Lutze, S.; Julich, A.; Winkler, M.; Bahlmann, J.; Eggert, C.; Junger, M.; Hannich, H.J.; 2017 Psychosocial distress and desire for support among inpatients with skin cancer. Journal of the German Society of Dermatology 15:8, 791-799.

Burdon-Jones, D.; Thomas, P.; Baker, R.; 2010. Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer. The British journal of dermatology, 162:1, 147-151.

Gaulin, C.; Sebaratnam, D.F.; Fernandez-Penas, P.; 2015. Quality of life in non-melanoma skin cancer. The Australasian Journal of Dermatology, 56:1, 70-76.

Hannuksela, M.; 2013. Värilliset luomet. Pigmenttiluomet, neevusluomet. Duodecim. Viitattu 23.1.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00973.

Hannuksela, M.; 2012a. Luomet ja ihon pigmenttimuutokset. Duodecim. Viitattu 23.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00447

Hannuksela, M.; 2012b. Punaiset luomet ihossa. Verisuoniluomet. Duodecim. Viitattu 23.1.2017, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00957#s4.

Hannuksela, M.; Peltonen, S.; Reunala, T.; Suhonen, R.; 2011. Ihotaudit. Duodecim.

Jafferany, M.; 2007. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 9:3, 203-213.

Kasparian, N.A.; McLoone, J.K.; Butow, P.N.; 2009. Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. Archives of Dermatology, 145:12, 1415-1427.

Nguyen, C.M.; Beroukhim, K.; Danesh, M.J.; Babikian, A.; Koo, J.; Leon, A.; 2016. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. Clinical, cosmetic and investigational dermatology, 9, 383-392.

Peltonen, S.; 2011. Ihotaudit. Melanosyyttiperäiset malignit kasvaimet. Duodecim.

Rhee, J.S.; Matthews, B.A.; Neuburg, M; Smith, T.L.; Burzynski, M.; Nattinger, A.B.; 2004. Skin cancer and quality of life: assessment with the Dermatology Life Quality Index. Dermatologic surgery: official publication for American Society for Dermatologic Surgery, 4:1, 525-529.

Roberts, N.; Czajkowska, Z.; Radiotis, G.; Körner, A.; 2013. Distress and coping strategies among patients with skin cancer. Journal of clinical psychology in medical settings, 20:2, 209-214.

Suominen, E.; Vihinen, P.; Pyrhönen, S.; 2013. Syöpätaudit. Ihosyövän yleisyys ja vaaratekijät. Duodecim.

Tenhunen, E. 2017. Ihomuutosten vaikutus elämänlaatuun. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Esteettinen hoitotyö

Non-operatiivinen esteettinen hoitotyö

Jenna Vapaavuori
Sairaanhoitaja

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Susanna Mört
TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Sosiaalisen median aikakautena ihmiset, etenkin nuoret, ovat alkaneet kiinnittää yhä enemmän huomiota ulkonäköönsä. Esteettinen kauneuskirurgia oli ennen vain varakkaiden etuoikeus, mutta nykypäivänä yhä useammalla on mahdollisuus esteettiseen kauneuskirurgiaan esimerkiksi erilaisten osamaksumahdollisuuksien myötä. Esteettisellä kauneuskirurgialla tarkoitetaan asiakkaan jonkin kehonosan muokkausta hänen haluamallaan tavalla.

Teknologian kehittyminen on kuitenkin tarjoamassa erittäin kilpailukykyistä vaihtoehtoa esteettiselle kauneuskirurgialle non-operatiivisten hoitomuotojen avulla. Non-operatiiviset hoitotoimenpiteet ovat nykypäivänä helposti ja nopeasti toteutettavissa ja ennen viikkoja kestävät sairauslomat kauneuskirurgisten toimenpiteiden jälkeen ovat vaihtuneet vain muutamaan päivään. Non-operatiiviset toimenpiteet saadaan nykyään tehtyä puudutuksessa tai kevyemmissä anestesiamuodoissa, mikä myös osaltaan on rohkaissut ihmisiä esteettisiin hoitotoimenpiteisiin. Etenkin ihmiset, joilla on kosmeettisia eli näkyvällä paikalla olevia traumoja tai ihosairauksia, esimerkiksi arpia palovammoista, aknearpia tai ruusufinniä, hyötyvät näistä hoidoista.

Esteettisiä non-operatiivisia hoitoja on nykyään tarjolla lukuisia, mutta tässä artikkelissa tarkastellaan pistoshoitoja, mikroneulausta sekä kemiallisia kuorintoja.

Pistoshoidot

Pistoshoitoja eli injektiohoitoja annetaan kasvoihin korjaamaan ihon omia juonteita tai tuomaan niihin täyteläisyyttä. Kasvojen injektiohoidot ovat huomattavasti kevyempiä toimenpiteitä kirurgiaan verrattuna. Toipumisajat ovat lyhyet ja hoidot ovat nopeasti ja helposti toteutettavissa. Injektointi voidaan tehdä ilman puudutusta tai kevyen paikallispuudutteen kanssa. Injektiohoidot jaetaan kahteen eri ryhmään neurotoksiineihin ja täyteaineisiin.

Neurotoksiineista vain yhtä neurotoksiinia käytetään pistoshoidoissa, botuliinitoksiinia, joka on paremmin tunnettu kauppanimellään Botox. Botuliinitoksiini ruiskutetaan useimmiten otsaan tai silmänympärysihoon, jolloin se lamaannuttaa kyseisten lihasten liikkuvuuden ja saa aikaan nuorekkaamman ilmeen kasvoille. Botuliinitoksiinilla ei kuitenkaan saada aikaan täyteläistävää vaikutusta kuten täyteaineilla. Neurotoksiinisia aineita saa injektoida ainoastaan botuliinin injektointiin koulutettu lääkäri tai sairaanhoitaja. Botuliinitoksiinia käytetään myös sairauksien hoidossa, kuten esimerkiksi dystonian eli lihasjäykkyyden hoidossa, liikahikoilun vähentämisessä sekä vaikean migreenin hoidossa.

Täyteaineita on sekä luonnollisia biohajoavia että synteettisiä. Luonnollisesti johdetuilla aineilla on pienempi riski aiheuttaa allergisia reaktioita. Tulokset ovat nähtävissä heti, mutta vaikutus kestää kuudesta kuukaudesta kahteen vuoteen aineen hajotessa ja poistuessa luonnollisesti kehosta aineenvaihdunnan mukana. Tulosten ylläpitämiseksi uutta ainetta tulisi ruiskuttaa silloin, kun vanha täyteaine alkaa hajota elimistössä eli keskimääräisesti kerran vuodessa. Synteettiset aineet eivät hajoa aineenvaihdunnan mukana kuten luonnolliset aineet. Niitä voidaankin kutsua pysyviksi täyteaineiksi, sillä rypyt alkavat palautua kasvoille vasta oman kehon luonnollisesti vanhetessa tai jatkuvan, ihoa vanhentavan auringonoton seurauksena. Suomessa käytetään ainoastaan luonnollisia biohajoavia täyteaineita, jotka hajoavat ja poistuvat kehosta tietyn ajan kuluessa. Nämä ovat turvallisempia kuin elimistöön jäävät aineet. Yleisin täyteaine on hyaluronihappo, jota ihmisen kudoksissa on jo valmiina.

Täyteainepistoshoitojen käyttöaiheita ovat esimerkiksi:

- aknen tai vesirokon jättämien arpien yms. korjaaminen.
- kasvojen syvien ryppyjen ja uurteiden pehmentäminen ja volyymin lisääminen
- ohuiden huulien täyttäminen ja huulirajojen pehmentäminen
- poskien täyttäminen tavoiteltaessa nuorekasta täyteläisyyttä
- silmänympärysjuonteiden täyttäminen.

Kaikkien injektoitavien täyte- tai botuliinitoksisten aineiden käyttöön liittyy riskejä. Suurimpia riskejä ovat hetkellinen tai pysyvä sokeutuminen ja muut näköhäiriöt, erilaiset infektiot ja tulehdukset, hermovauriot, herpes sekä tulehdukselliset allergiset reaktiot. Vaikka luonnolliset biohajoavat täyteaineet ovatkin injektoitavista aineista turvallisimpia käyttää luonnonmukaisuutensa vuoksi, on niillä myös edellä mainitut riskit. Allergiset reaktiot ovat mahdollisia vaikkakin riski on pieni. Täyteaineilla on myös riskinä niiden paakkuuntuminen ja siirtyminen eri paikkaan, johon aine oli tarkoitettu. Toisaalta haittavaikutukset eivät ole pysyviä, vaan ne häviävät samaan tahtiin kuin aine itsessään hajoaa elimistössä. Synteettisten aineiden riskit ovat muuten samat kuin luonnollisten aineiden, mutta koska ne ovat pysyvämpiä kuin biohajoavat, on haittoja myös vaikeampi korjata.

Mikroneulaus

Mikroneulaus, toiselta nimeltään dermaroller tai mesoterapia, tarkoittaa nimensä mukaisesti ihon neulausta. Ihoon syntyy rullaamalla pieniä reikiä, joiden kautta iholle levitettävät hoitoaineet (ravintoaineet) pääsevät ihon syvempiin kerroksiin silottaen juonteita ja tasoittaen ihon sävyä. Mikroneulauksen tavoitteena on saada iho pysymään nuorena tai näyttämään nuorelta. Tavoitteena voi olla myös arpien hoito. Mikroneulauksella pystytään kiihdyttämään ihon omaa kollageenin ja elastiinin tuotantoa. Kollageeni on ihon tukikerroksen tärkeää proteiinia, joka hajotessaan aiheuttaa ihon vanhenemista. Elastiini taas on proteiini, joka lisää kudoksen kimmoisuutta.

Mikroneulauksen käyttöaiheita ovat esimerkiksi:

- arpien silottaminen
- hiustenkasvun kiihdyttäminen
- maksaläiskien häivyttäminen
- ryppyjen, juonteiden ja ihon epätasaisuuden silottaminen
- vartalolle, esim. raskausarpien häivyttäminen
- veltostuneen ja vanhenevan ihon nuorentaminen.

Mikroneulaus tehdään rullalla, jossa on noin 500 pientä neulaa, joiden pituutta pystyy säätämään 0,2–3 mm välillä. Useimmat neulat on tehty kirurgin teräksestä. Neulaaminen ei revi ihoa, sillä neulat rullaavat ihon rei'ittäen kohtisuoraan. Hoito saattaa olla kivulias ja rullatuista ihokohdista saattaa vuotaa verta hoidon jälkeen, sillä neulat lävistävät ihon verinahkaan asti.

Sairaanhoitaja saa antaa hoitoa 0,2–0,5 mm neuloilla ja tähän ei tarvita puudutusta. Mikroneulausta voi antaa myös asiaan koulutettu kosmetologi, mutta kliinisessä ympäristössä hoito on aina steriilimpää, jolloin komplikaatioiden mahdollisuus pienenee. Kaikki syvemmät neulaukset ovat ihotautilääkärin puudutuksessa tekemiä toimenpiteitä. Rullauksen jälkeen iholle levitetään aina hoitoaineet, jotka rullauksen seurauksena syntyneiden neulakanavien ansiosta imeytyvät syvälle ihoon. Hoitoaine valitaan ihotyypin sekä tavoitellun tuloksen mukaan. Esimerkiksi pigmenttimuutosten ja maksaläiskien häivyttämiseen käytetään vaalentavaa ainetta, joka imeytyy neulakanavien kautta ihoon ja vaalentaa haluttuja kohtia. Tulokset näkyvät yleensä hitaasti, noin 4–6 viikon kuluttua hoidosta, ja parhaan tuloksen saavuttamiseksi suositellaan 3–6 hoitokertaa. Hoitokertojen välissä on oltava noin kuukauden väli, jotta iho ehtii parantumaan hoitojen välissä.

Mikroneulauksen vasta-aiheita ovat mm. ihottumat, kortisonin ja/tai akneläkkeiden käyttö, raskaus ja imetys, tulehtunut ja rikkinäinen iho, veren välityksellä tarttuvat taudit, verenohennuslääkkeet, sidekudos-sairaudet sekä hoitoalueen aktiivinen herpes. Neulattuun ihoon ei saisi koskea noin kuuteen tuntiin rullauksen jälkeen, sillä infektioriski on tällöin suurimmillaan.

Markkinoilla on myös teloja kotikäyttöön. Ihotautilääkärin tulisi suorittaa kaikki yli 0,5 mm syvyiset neulaukset. Mikäli ihoa neulotaan liian pitkillä neuloilla, on vaarana, että ihoon alkaa kehittyä arpikudosta kollageenin muodostumisen sijaan. Suurimmat riskit mikroneulauksessa ovat rullatun alueen infektoituminen, arpikudoksen muodostuminen sekä tietämättömyys. Mikäli kotiin tilataan oma rullaustela, ei välttämättä tutustuta vasta-aiheisiin ja iholle saadaan aikaan ainoastaan haittaa. Myöskään kosmetologisissa hoitoloissa, jotka tekevät mikroneulausta ei välttämättä tiedetä tarpeeksi esimerkiksi hoidon estävistä lääkkeistä. Turvallisin vaihtoehto mikroneulausta harkitsevalle on kliiniseen sairaalaympäristöön verrattavissa oleva tila, jossa hoitoja tehdään.

Kemialliset kuorinnat

Kemiallisen kuorinnan ideana on erilaisia happoja käyttäen kuoria ihon pintakerros pois, jolloin sen alta saadaan esiin uusi kuulaampi ihokerros. Kemiallisissa kuorinnoissa käytetään eri happojen ja hoitoaineiden yhdistelmiä, joilla saavutetaan haluttu syvyys ja tulos. Kuorintoja voidaan tehdä pinnallisina, keskisyvinä tai syvinä.

Kemiallisten kuorintojen käyttöaiheita ovat:

- aknearpien korjaaminen
- ihon heleyttäminen ja kirkastaminen
- ihon pigmenttimuutosten vaalentaminen
- ihosyövän hoitaminen (syvä kemiallinen kuorinta)
- ikääntymismerkkien korjaaminen.

Pinnallisia kemiallisia kuorintoja käytetään yleisesti ihon kirkastamiseen sekä pienten ikääntymisen merkkien korjaamiseen. Pinnallisia kuorintoja kutsutaan myös geelikuorinnoiksi, ja ne kuorivat ihon päällimmäisen kerroksen eli epidermiksen hellävaraisesti. Nämä sopivat lähes kaikille ihotyypeille. Pinnalliset hoidot eivät juuri vaadi toipumisaikaa. Parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi hoitokertoja tarvitaan kolmesta viiteen. Pinnallisiin kuorintoihin käytettävät hoitoaineet ovat luonnollisesti kuorivia aineita, joita esiintyy hedelmissä ja kasveissa. Ne kiihdyttävät myös vähän ihon oman kollageenin muodostumista.

Keskisyvä kuorinta kuorii sekä ihon päällimmäisen kerroksen eli epidermiksen sekä syvemmän kerroksen eli dermiksen. Keskisyvän kuorinnan jälkeen iho näyttää yleensä palaneelta ja turvonneelta 1–2 viikon ajan. Aknearpia ja syvempiä vanhenemisen merkkejä sekä auringon vahingoittamaa ihoa hoidetaan keskisyvällä kuorinnalla. Hoidossa käytetään erilaisia vahvempien happojen yhdistelmiä, minkä vuoksi hoito ei sovi kaikille ihotyypeille. Yleisesti keskisyvä kuorinta tehdään etikkahappoa käyttäen.

Syvä kemiallinen kuorinta ulottuu niin syvälle dermikseen että se vaalentaa ihoa, ja iho saattaa punoittaa jopa kolme kuukautta hoidon jälkeen. Tämän vuoksi sekä lääkärin että asiakkaan tulee harkita käyttöä tarkasti. Syvää kuorintaa on myös kuvailtu erittäin kivuliaaksi, ja sillä voidaan hoitaa ihon syvimpiä ryppyjä ja arpia. Tätä hoitomuotoa voidaan käyttää myös ihosyövän hoitona. Syvät kuorinnat ovat aina ihotauti- tai plastiikkakirurgin tekemiä, sillä niihin käytetään erittäin vahvoja happoja, kuten fenolia.

Happokuorinnoilla on aina riskinsä. Iho voi esimerkiksi tulehtua ja arpeutua. Kuorinnoista voi aiheutua myös pysyviä arpia sekä pigmenttihäiriöitä. Riski kasvaa, mitä syvemmälle ihoa kuoritaan. Syvissä kuorinnoissa riskinä on myös ihon pysyvä vaaleneminen sekä rusketusmekanismin häviäminen.

Lopuksi

Pistoshoidot, mikroneulaus sekä kemialliset kuorinnat ovat viiden suosituimman non-operatiivisen esteettisen hoitotyön joukossa Journal of Aesthetic Nursing-lehden mukaan. Esteettinen hoitotyö on hurjassa kasvussa sekä muualla maailmassa että Suomessa, ja non-operatiiviset toimenpiteet tulevat korvamaan jatkossa yhä enemmän kauneuskirurgiaa. Vaikka vaikutusmekanismit ovat näissä kolmessa non-operatiivisessa toimenpiteessä erilaisia on niille yhteistä se, että useimmiten niiden avulla pyritään ulkonäön esteettiseen parantamiseen asiakkaan oman näkemyksensä mukaiseen suuntaan. On muistettava, että näitä kaikkia hoitoja voidaan käyttää myös erilaisten sairauksien hoitoon.

Pistoshoitoja, mikroneulauksia sekä kemiallisia kuorintoja voivat suorittaa lääkärit, sairaanhoitajat sekä kosmetologit pois lukien botuliinitoksiini, jota saavat injektoida ainoastaan terveydenhuollon ammattilaiset. Kaikkiin non-operatiivisiin hoitoihin liittyy riskejä ja haittavaikutuksia, joihin tulee huolellisesti tutustua ennen hoitojen antamista.

Lähteet

Ahn, C. & Rao, B. 2014. The life cycles and biological end pathways of dermal fillers. J Cosmet Dermatol. 2014;13(3); 212–233.

Amini, D. 2011. SVT: Livsfarliga injektioner får ges av vem som helst I Sverige. Viitattu 26.5.2016.

Baker, Anna. 2016. The properties of skin peeling, Aesthetic journal, Feb2016. Viitattu 9.4.2016.

Channy, M.; Rosen, N.; Solish, N.; Bertucci, V.; Lupin, M.; Dansereau, A.; Weksberg, F.; Remington,BK.; & Swift, A. 2012. The evolving role of hyaluronic acid fillers for facial volume restoration and contouring: a Canadian overview. Clinical, Cosmetic, and Investigational Dermatology. 2012;10(5); 147–158.

Cityklinikka, 2015.

Clarke, S. 2014. Holistic microneedling- the manual of natural skin needling. Journal of the Australian Traditional-Medicine Society, vol. 20, no 1, Mar 2014.

Cohen, BE. & Elbuluk, N. 2016. Microneedling in skin of color: A review to uses and efficacy. American academy of dermatology. Feb2016. Viitattu 8.4.2016.

Coleman, KR.& Carruthers, J. 2006. Combination therapy with BOTOX and fillers: the new rejuvenation par- adigm. Dermatol Ther. 2006;19(3); 177–188.

Cushing, P. 2015. Journal of Aesthetic Nursing: Mesotherapy for facial rejuvenation: indications and injection techniques.

Devan, N. 2014. Journal of Aesthetic Nursing: Botox: more than glitz, glamour and the glabellar.

Estetic, Umea & Skellefteå, Estetic Walk-in Skellefteå. 2015. Viitattu 7.5.2016 http://www.estetic.se/

Finlex, Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskuksen päätös lääkeluettelosta. 2015. Viitattu 25.5.2016.

Funt, D. & Pavicic, T. Dermal fillers in aesthetics: an overview of adverse events and treatment approaches. Clin Cosmet Investig Dermatol; 2013;6; 295–316.

Gilbert, E.; Hui, A. & Waldorf, HA. The basic science of dermal fillers: past and present Part I: background and mechanisms of action. J Drugs Dermatol. 2012;11(9); 1,059–1,068.

Keddes, K. 2015. Journal of Aesthetic Nursing: Injecting hyaluronic acid dermal fillers to rejuve- nate and augment the lower face.

Kinnunen, N. 2009, Media Planet; Nopeat esteettiset hoidot yleistyvät Suomessa. Viitattu 2.3.2016.

Kunjur, J. & Witherow, H. Long-term complications associated with permanent dermal fillers. Br J Oral Maxillofac Surg. 2013 Dec;51(8); 858–862.

Mark Allen Group. 2016. Journal of Aesthetic nursing. Viitattu 12.4.2016. http://www.magonlinelibrary.com/journal/joan

Naish, John. 2012. How cosmetic fillers can destroy your looks; They can turn skin blue and lumpy, leave you blind, and experts warn they could be a bigger problem than faulty breast implants.

NordicSkin, NordicSkin koulutus. 2016. Viitattu 13.4.2016.

O'Mahony, M. 2012. Skin rejuvenation using mesotherapy: indications, techniques and ingredients. Dec2012-Jan2013. Journal of Aesthetic nursing.

Petticrew, Mark. 2001. Systematic Reviews from Astronomy to Zoology: Myths and Misconceptions. British Medical Journal 322: 7278, 98–101.
Ravichandran, S. 2016. Medium and Deep Chemical Peels. Aesthetic Journal. May 2016. Viitattu 12.4.2016.

Sairaalaneo, 2016. Mikroneulaus. Viitattu 9.4.2016.

Scanlon, C. 2015. Journal of Aesthetic Nursing: Lip augmentation, enhancement and volumisation with dermal fillers.

Schroderus, T. 2016. Kollageeni hidastaa ikääntymisen vaikutuksia. Viitattu 8.4.2016.
Sesderma koulutusmateriaali. 2016. Viitattu 8.4.2016.

Smith, S.R.; Jones, D.; Thomas, J.A.; Murphy, D.K. & Beddingfield, F.C. 2010. Duration of wrinkle correction following repeat treatment with Juvéderm hyaluronic acid fillers. Arch Dermatol Res. 2010;302(10); 757–762.

Solunetti, Jyväskylän yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Oulun yliopisto, Tampereen yliopisto, Turun yliopisto, Åbo akademi, 2016: Solubiologia, elastiini. 2016. Viitattu 8.4.2016.

Vapaavuori, Jenna. 2016. Non-operatiivinen esteettinen hoitotyö. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Von Sperling ML. 2014. The Last Word; The European Perspective. Aesthetics Journal. Oct 2014. Viitattu 12.4.2016.

Zeitter S.; Sikora Z., Jahn S., Stahl F., Strauss S., Lazaridis A., Reimers K., Vogt P.M. & Aust M.C. 2016. Elsevere Ltd and ISBI; Microneedling: Matching the results of medical needling and repetitive treatments to maximize potential for skin regeneration.

Sisällönanalyysi Journal of Aesthetic Nursing -julkaisun teemoista

Eveliina Pajunen
Sairaanhoitaja, Perusturvakuntayhtymä Akseli

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Tässä artikkelissa esitellään sisällönanalyysin tulokset esteettisen hoitotyön julkaisun teemoista. *Journal of Aesthetic Nursing* on ainoa esteettisille sairaanhoitajille tarkoitettu vertaisarvioitu aikakausjulkaisu. Sitä on julkaistu vuodesta 2012, kymmenen julkaisua vuosittain ja se sisältää ammattilaisten kirjoittamia artikkeleita, jotka keskittyvät non-operatiivisiin esteettisiin toimenpiteisiin.

Esteettisellä hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyötä, joka tarjoaa plastiikkakirurgisia, elektiivisiä sekä minimaalisen invasiivisia lääketieteellisiä toimenpiteitä muutoin terveille aikuisille edistämään heidän tyytyväisyyttään fyysiseen olemukseensa ja ulkonäköönsä.

Esteettiset hoitotoimenpiteet keskittyvät yleensä kasvojen, kaulan, käsien ja dekolteen alueille tehtäviin toimenpiteisiin. Iso-Britanniassa tavallisimpia sairaanhoitajien tekemiä esteettisiä toimenpiteitä ovat botuliini- ja täyteaineinjektiot, laserhoidot, mesoterapia, ihon kemiallinen kuorinta, radiofrekvenssihoidot, hiilidioksiditerapia sekä ihon lääketieteellinen hionta eli mikrodermabrasio. Lisäksi sairaanhoitajat tekevät suonikohjuihin, karvojen liikakasvuun, kaljuuntumiseen, liialliseen hikoiluun ja ylimääräiseen rasvakudokseen kohdistuvia toimenpiteitä.

Iso-Britanniassa sairaanhoitajien on mahdollista suorittaa kolmevuotinen yliopistotasoinen koulutus, jossa keskitytään non-operatiivisiin esteettisiin hoitotoimenpiteisiin. Yhdysvalloissa puolestaan edellytetään esteettisen sairaanhoitajan sertifikaattia, työskentelyä yhdessä sertifioidun lääkärin kanssa esteettiseen hoitotyöhön keskittyvässä toimipaikassa, vähintään kahden vuoden työkokemusta hoitotyöstä ja vähintään tuhannen työtunnin laajuista harjoittelua esteettisten toimenpiteiden parissa.

Esteettisten toimenpiteiden määrä on jatkuvassa kasvussa ja yhä useammalle asiakkaalle tehdään esteettinen toimenpide. Minimaalisen invasiiviset esteettiset toimenpiteet ovat tuoneet vaihtoehdon perinteiselle plastiikkakirurgialle, ja niitä tehdäänkin yhä enemmän. Esteettisten toimenpiteiden eduiksi luetaan myös niiden edullisuus plastiikkakirurgisiin leikkauksiin verrattuna sekä plastiikkakirurgisia operaatioita huomattavasti lyhempi toipumisaika.

Vuonna 2014 viisi suosituinta minimaalisen invasiivista esteettistä toimenpidettä Yhdysvalloissa olivat botuliini-injektiot, ihon täyteaineinjektiot, ihon kemialliset kuorinnat, laserhoidot liialliseen karvoitukseen sekä ihon lääketieteellinen hionta. Esimerkiksi Iso-Britanniassa sairaanhoitajat toteuttavat 54 % täyteaineinjektioista ja 52 % botuliini-injektioista. Vastaavasti lääkäreiden tekemä osuus kummastakin toimenpiteestä on vain 13 %.

Sisällönanalyysi toteutettiin kaikista saatavilla olleista numeroista (n = 36) koko julkaisun ilmestymisajalta eli neljältä vuosikerralta (2012–2015). Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tässä artikkelissa huolellista aineistoon tutustumista, sisällön järjestelyä ja jäsentämistä sekä aineistoa koskevaa pohdintaa. Periaatteena on luokitella analysoitava aineisto eri kategorioihin tietyn periaatteen pohjalta. Tavoitteena on järjestää tutkimuksen kannalta keskeiset asiat ja tiivistää tutkimusmateriaalin oleellinen anti. Sisällönanalyysissä vastattiin seuraaviin ohjaaviin kysymyksiin: 1. Mitä esteettisen hoitotyön teemoja Journal of Aesthetic Nursing -julkaisussa käsitellään? ja 2. Kuinka usein Journal of Aesthetic Nursing -julkaisussa näitä esteettisen hoitotyön teemoja käsitellään? Esteettisen hoitotyön teemoiksi valittiin jo etukäteen yleisimmät sairaanhoitajan tekemät esteettiset hoitotoimenpiteet, jotka olivat täyteaineinjektiot, botuliini-injektiot, laserhoidot, mesoterapia, ihon kemiallinen kuorinta, radiofrekvenssihoidot, hiilidioksiditerapia sekä ihon lääketieteellinen hionta.

Yleisimmät esteettiset hoitotoimenpiteet

Esteettisissä botuliini-injektioissa käytetään Clostridium botulinum -bakteerien tuottamaa toksista myrkkyä, tyyppiä A, halvaannuttamaan tilapäisesti kasvolihaksia. Tavallisesti sitä injektoidaan kosmeettisessa tarkoituksessa otsan alueen ilmejuonteisiin, glabellaarilinjoihin ja silmänympäryksiin. Botuliinin vaikutus kestää kahdesta kolmeen kuukautta. Neurotoksiinisia aineita saa injektoida ainoastaan siihen koulutettu lääkäri tai sairaanhoitaja, ja sitä käytetään usein myös eri sairauksien hoitoon.

Ihoon injektoitavia täyteaineita voidaan pitää yhtenä esteettisen hoitotyön kulmakivenä. Täyteaineita, kuten kollageenia tai hyaluronihappoa, injektoidaan kasvojen stabiileihin kasvolinjoihin ja -juonteisiin ohuilla neuloilla joko verinahkaan tai ihonalaiskudokseen täyteaineen koostumuksesta riippuen. Paksummat täyteaineet injektoidaan syvemmälle. Tavallisimpia injektoitavia kohtia ovat nenän ja suun ulkoreunojen väliin jäävät nasolabiaaliset juonteet ja marionettelinjat kohtisuoraan suun ulkoreunojen alapuolella.

Platelet-rich plasma (PRP) -hoitoa voidaan pitää myös yhtenä ihon täyteaineinjektiohoitona. Sillä tarkoitetaan sentrifugoidun verihiukkasrikkaan plasman injektoimista ihonalaiskudokseen. Hoidossa käytettävät verihiukkaset saadaan potilaalta otetusta verinäytteestä, josta ne sentrifugia apuna käyttäen erotellaan. PRP-hoidolla voidaan muun muassa edistää haavojen paranemista, täyttää ihon juonteita sekä nopeuttaa paranemista kirurgisten operaatioiden jälkeen. PRP:n teho perustuu verihiukkasten sisältämiin kasvutekijöihin.

Valtaosa laserhoidoista keskittyy iho-ongelmien, liikakarvoituksen tai tatuointien hoitoon. Laserhoitojen tarkkuuden ja non-invasiivisuuden vuoksi niitä pidetään myös non-operatiivisina. Laserhoitoja on tarjolla useita erilaisia, mutta ne kaikki perustuvat selektiiviseen valoimpulssitekniikkaan. Siinä haluttu kohde kuumennetaan, jolloin se tuhoutuu vahingoittamatta ympäröivää ihoa.

Mesoterapia on myös non-operatiivinen ja minimaalisen invasiivinen toimenpide. Siinä käytetään laimennettuja luonnollisia kasviuute-, hormoni-, vitamiini- ja entsyymi-injektioita, jotka injektoidaan suoraan verinahkaan tai ihonalaiskudokseen. Mesoterapian tarkoituksena on pyrkiä säilyttämään ihon nuorekkuus ja jäntevyys.

Injektioiden teho perustuu fibroplastien biosynteettisen kyvyn stimulointiin ja solujen keskinäisen reagoimisen helpottamiseen, jolloin saadaan aikaan lisääntynyt kollageenin tuotanto.

Ihon kemiallista kuorintaa voidaan käyttää niin kosmeettisena toimenpiteenä korjaamaan kasvojen hienojakoisia ryppyjä kuin myös erilaisten ihosairauksien, kuten aknen, pigmenttihäiriöiden ja arpien, hoitoon. Kemiallisella kuorinnalla pyritään vaikuttamaan ihon orvasketeen ja verinahan ylempiin osiin siten, että kudosten kollageenisäikeet supistuvat ja aikaansaavat sileämmältä ja nuoremmalta näyttävän ihon. Ihon kemialliseen kuorintaan käytettäviä kemikaaleja on tarjolla neljää eri tyyppiä, alfahydroksyyli-, glykoli-, trikloorietikka- ja fenolihappoa. Sairaanhoitajien tekemissä kuorinnoissa käytetään alfahydroksyylihappoa (AHA), joka on kemialliseen kuorintaan käytettävistä aineista miedoin ja siinä on pienin happopitoisuus.

Radiofrekvenssihoito perustuu lämpövaikutukseen sähkövirran avulla ja tällöin se ei vahingoita hoidettavaa kudosta. Radiofrekvenssihoito edistää kollageenin synteesiä ja sen tavoitteena on hoitaa kimmoisuutensa menettänyttä ihoa. Tavallisimpia käyttöaiheita ovat veltto iho poskissa, vatsassa, reisissä ja käsivarsissa sekä rypyt ja selluliitti.

Hiilidioksiditerapialla tarkoitetaan ihoon injektoitavaa lääketieteellistä hiilidioksidia, jota käytetään kroonisten haavojen hoitoon. Se aiheuttaa kudoksessa hapenpuutetta, joka stimuloi fibroblastien kollageenituotantoa johtaen esimerkiksi kroonisen haavan nopeampaan paranemiseen. Esteettisenä toimenpiteenä hiilidioksidi injektoidaan orvasketeen tavoitteena edistää ihon kimmoisuutta.

Ihon lääketieteellisellä hionnalla eli mikrodermabrasiolla tarkoitetaan ihon orvaskeden mekaanista hiontaa käyttämällä yleensä tietyntyyppistä metallilankaharjaa, hiekkapaperia tai hiomapaperia. Tavoitteena on edistää ihon epiteelisolujen uudistumista ja tasoittumista hoidettavan ihoalueen kohdalta. Tavallisimmin ihon mikrodermabrasio kohdistuu suuta ympäröiviin juonteisiin tai muihin kasvojen alueen ryppyihin, paitsi silmäluomien alueelle. Ihon lääketieteellistä hiontaa voidaan myös käyttää muun muassa ihosiirteiden sekä akne- ja traumaperäisten arpien tasoittamiseen.

Sisällönanalyysin tulokset

Tuloksissa analysoitiin 36 Journal of Aesthetic Nursing -julkaisun numeroa vuosikerroilta 2012–2015. Numeroissa oli yhteensä 547 artikkelia. Valittuja esteettisen hoitotyön teemoja käsiteltiin 71 artikkelissa, mikä vastaa 13 % kaikista artikkeleista.

Taulukossa 1 esitetään valittuja esteettisiä hoitomuotoja käsitelleiden artikkeleiden lukumäärät sekä prosenttiosuudet artikkeleista. Eniten käsitelty esteettisen hoitotyön teema oli ihon botuliini-injektiot. Niistä oli kirjoitettu 23 kertaa, joka vastaa 32,4 % esteettisen hoitotyön artikkeleista. Kaikista artikkeleista botuliini-injektioiden osuus oli 4,2 %.

TAULUKKO 1.
Esteettisen hoitotyön teemojen osuus prosentteina Journal of Aesthetic Nursing -julkaisussa.

Esteettinen hoitotoimenpide	Artikkeleiden lukumäärä	Prosenttiosuus kaikista artikkeleista	Prosenttiosuus esteettisen hoitotyön artikkeleista
Botuliini-injektiot	23	4,2 %	32,4 %
Täyteaineinjektiot	18	3,3 %	25,4 %
Laserhoidot	14	2,6 %	19,7 %
Mesoterapia	6	1,1 %	8,5 %
Ihon kemiallinen kuorinta	5	0,9 %	7,0 %
Radiofrekvenssihoidot	3	0,5 %	4,2 %
Hiilidioksiditerapia	1	0,2 %	1,4 %
Mikrodermabrasio	1	0,2 %	1,4 %
Yhteensä	**71 kpl**	**13,0 %**	**100,0 %**

Toiseksi yleisin esteettisen hoitotyön teema oli täyteaineinjektiot, joista oli kirjoitettu 18 artikkelia. Tämä vastaa 25,4 % kaikista esteettisen hoitotyön toimenpiteitä käsittelevistä artikkeleista, mutta vain 3,3 % kaikista artikkeleista. Kolmanneksi eniten käsiteltiin laserhoitoja. 14 laserhoitoa käsitellyttä artikkelia vastaa 19,7 % esteettisen hoitotyön artikkeleista ja 2,6 % kaikista artikkeleista.

Mesoterapia oli neljänneksi eniten käsitelty teema. Sitä käsittelevien kuuden artikkelin osuus esteettisen hoitotyön artikkeleista oli 8,5 % ja kaikista artikkeleista 1,1 %. Ihon kemiallista kuorintaa käsiteltiin puolestaan viiden artikkelin verran. Tämä vastaa 7 % esteettisen hoitotyön julkaisuista sekä 0,9 % kaikista julkaisuista.

Radiofrekvenssiterapiasta oli kirjoitettu kolmen artikkelin verran. Se vastaa 4,2 % esteettisen hoitotyön julkaisuista ja 0,5 % kaikista artikkeleista. Sekä hiilidioksiditerapiasta että ihon lääketieteellisestä hionnasta oli kirjoitettu ainoastaan kerran. Yksi artikkeli vastaa 1,4 % esteettisen hoitotyön teemoja käsittelevistä artikkeleista sekä 0,2 % kaikista julkaistuista artikkeleista.

Esteettisten hoitotyön teemojen lisäksi muita teemoja olivat esimerkiksi kosmeettisiin toimenpiteisiin keskittyvän klinikan perustaminen, lisäkouluttautuminen esteettisen hoitotyön alalle, esteettiseen hoitotoimenpiteeseen tulevan potilaan kohtaaminen ja hoito sekä asiakaspalvelu. Lisäksi julkaisussa käsiteltiin myös eri ihosairauksien, kuten aknen, hoitoa ja esteettisen hoitotyön nykytilannetta kansainvälisestä näkökulmasta.

Lopuksi

Tulosten perusteella voidaan todeta, että ainakin Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa sairaanhoitajien tekemien esteettisten hoitotoimenpiteiden määrä on suuri ja toimenpiteiden kirjo laaja. Lisäksi esteettisten toimenpiteiden määrä on jatkuvassa kasvussa.

Esteettisten hoitotoimenpiteiden vaativuutta ei tule missään nimessä väheksyä. Sairaanhoitajien peruskoulutus antaa hyvät tiedot muun muassa aseptiikasta ja kudosten sekä ihon toiminnasta. Myös esimerkiksi kosmeettisissa toimenpiteissä usein käytetty injektoiminen on yksi sairaanhoitajan perustaidoista. Näitä taitoja voidaan pitää välttämättöminä esteettisiä toimenpiteitä tehtäessä. Suomessa sairaanhoitajan

(AMK) tutkinto-ohjelmaan ei tällä hetkellä sisälly esteettisen hoitotyön koulutusta. Ala on kuitenkin kasvava, ja estetiikan parissa työskentelee sairaanhoitajia niin julkisella kuin yksityisellä puolella Suomessa. Esteettiseen hoitotyöhön ei ole olemassa myöskään korkeakoulutasoista täydennyskoulutusohjelmaa. Toivottavaa siis on, että korkeakoulutasoinen esteettinen hoitotyön koulutus leviäisi Suomeenkin. Täten voitaisiin olettaa, että potilasturvallisuus paranisi ja siihen liittyvät riskit pienenisivät, kun esteettisen toimenpiteen suorittaisi riittävän koulutettu terveydenhuollon ammattilainen.

Lähteet

American Society of Plastic Surgeons. 2014. Plastic Surgery Procedural Statistics. Viitattu 6.1.2016. http://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics/2014-statistics.html.

British Association of Cosmetic Nurses. 2016. Aesthetic Nursing. Viitattu 4.1.2016. http://www.bacn.org.uk/about-us/public-information.

El-Domyati, M.; El-Ammawi, T.; Moawed, O.; El-Fakahany, H.; Medhat, W.; Mahoney, M. & Uitto, J. 2012. Efficacy of mesotherapy in facial rejuvenation: a histological and immunohistochemical evaluation. International Journal of Dermatology. 51(8):913-9.

Finnström, B. 2010. Estetisk plastikkirurgi – en verksamhet som växer. Barnbladet 4. 16-7.

Harward Women's Health Watch. 2008. Dermal fillers: caulking the lines of time. Viitattu 5.1.2016. http://www.health.harward.edu/newsletter_article/Dermal_fillers_Caulking_the_lines_of time.

Karimipour, D.J.; Karimipour, G. & Orringer, J.S. 2010. Microdermabrasion: an evidence-based review. Plastic and reconstructive surgery. 125(1):372-7.

Kim, E.K.; Hovsepian, R.V.; Mathew, P. & Paul, M.D. 2011. Dermabrasion. Clinics in Plastic Surgery. 38(3):391-5.

Langdon, R. 2004. Understanding cosmetic laser. Jackson: University Press of Mississippi. 3-9.

Mansouri, Y. & Goldenberg, G. 2015. Update on Hyaluronic Acid Fillers for Facial Rejuvenation. Cutis. 96(2):85-8.

Mark Allen Group. 2016. Journal of Aesthetic Nursing. Viitattu 4.1.2016. http://www.magonlinelibrary.com/journal/joan.

Marx, R.E. 2004. Platelet-rich plasma: evidence to support its use. Clinical Controversies in Oral and Maxillofacial Surgery. 62(4):489-96.

Nigam, P.K. & Nigam, A. 2010. Botulinum toxin. Indian Journal of Gerontology. 55(1):8-14.

Nordic Skin 2016. Koulutus.

Nordström, R.E.A. 2001. Esteettinen kirurgia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pajunen, E. 2016. Sisällönanalyysi Journal of Aesthetic Nursing- julkaisusta. 2016. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Pinheiro, N.M.; Crema, V.O.; Millan, B.M.; Carvalho, F.A. & Mendonca, A.C. 2015. Comparison of effects of carboxytherapy and radiofrequency on skin rejuvenation. Journal of Cosmetics and Laser Therapy. 17(3):156-61.

Plastic Surgical Nursing Certification Board. 2016. Certified aesthetic nurse specialist exam. Viitattu 4.2.2016. http://psncb.org/cans-exam.cgi.

Ryan, F. & La Fourcade, C. 1995. Skin care, chemical face peeling and skin rejuvenation. Plastic surgical nursing. 15(3):167-71.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 7.1.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/.

Salam, A.; Dadzie, O.E. & Galadari, H. 2013. Chemical peeling in ethnic skin: an update. British Journal of Dermatology. 169(3):82-90.

Savoia, A.; Landi, S. & Baldi, A. 2013. A new minimally invasive mesotherapy technique for facial rejuvenation. Dermatologic Therapy. 8(3):83-93.

Sinozic, T. & Kovacevic, J. 2013. Carboxytherapy – supportive therapy in chronic wound treatment. Acta Medica Croatica. 67(1):137-41.

Small, R. 2009. Aesthetic Procedures in Office Practice. American Family Physician. 80(1):1231-7.

Tukiainen, E.; Kuokkanen, H.; Suominen, S. & Rautio, J. 2010. Esteettinen kirurgia. Teoksessa Alhava E.; Höckerstedt K.; Leppäniemi A. & Roberts P. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim.

University of Central Lancashire. 2016. Non-surgical facial aesthetics for registered healthcare professionals. Viitattu 4.2.2016. http://www.uclan.ac.uk/cources/msc_pgdip_nonsurgical_facial_aesthetics_for_registered_healthcare_professionals.php.

Eettisyys esteettisessä hoitotyössä – täydellisen ulkomuodon pakkomielle

Eveliina Nieminen
Terveydenhoitajaopiskelija, Turun ammattikorkeakoulu

Anniina Suoyrjö
Terveydenhoitaja

Susanna Mört
TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Esteettisten hoitojen yleistyessä on tärkeää punnita hyvin kriittisesti niiden tarpeellisuutta jokaisen asiakkaan kanssa yksilöllisesti. Asiakkaan taustat, esimerkiksi sairaudet, lääkitykset ja aikaisemmat non-operatiiviset hoidot, tulisi selvittää huolellisesti. Non-operatiivisia esteettisiä hoitoja antavalla henkilöllä tulisi olla vahva eettinen asenne omaan työhönsä, erityisesti pistoshoidoissa. Olemme median kautta nähneet henkilöitä, jotka yrittävät muokata itseään ja ulkonäköään menemällä äärimmäisyyksiin saakka. Tässä artikkelissa keskitytään dysmorfiseen ruumiinkuvan häiriöön, sen oireisiin ja hoitoon. Artikkelin tavoitteena on esimerkkisairauden avulla herättää tietoisuutta ja ajatuksia eettisyydestä ja sen tärkeydestä esteettisessä hoitotyössä.

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö lyhennetään kirjaimin BDD. Lyhenne tulee sairauden englannin kielisestä nimestä Body dysmorphic disorder. BDD on vakava mielenterveydenhäiriö, jota sairastava henkilö on vakuuttunut ulkonäkönsä vialli-

suudesta tai epämuodostumasta. Omaan ulkonäköön liittyvä epäily tai huoli voi kohdistua mihin tahansa ruumiinosaan, yhteen tai useampaan. BDD:tä sairastavan henkilön ulkonäössä ei kuitenkaan ole todellista fyysistä vikaa. Yleisimpiä ahdistuneisuutta aiheuttavia ruumiinosia sairastavilla henkilöillä ovat esimerkiksi iho, nenä, vatsa ja lihaksikkuus. BDD:tä sairastava henkilö voi kokea esimerkiksi kulmakarvojensa olevan vääntyneet tai nenänsä liian pieneksi ja oireilee tämän johdosta erilaisin tavoin.

BDD:tä sairastavalle on tyypillistä hakeutua useita kertoja esimerkiksi kampaajalle tai kirurgiseen hoitoon muuttaakseen ulkonäköään. Olisi tärkeää saada sairastava henkilö ymmärtämään, ettei näistä ole ollut juuri apua ja ongelma on edelleen olemassa käynneistä huolimatta. BDD:tä sairastavan henkilön olisi ymmärrettävä, että hän tarvitsee ammattiapua psyykkiseen ongelmaan.

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö

BDD on melko tuntematon sairaus Suomessa, eikä sen yleisyydestä ole varmaa tietoa. Erään tutkimuksen mukaan Yhdysvalloissa BDD:n yleisyys on noin 2,4 %. Saksassa sairauden yleisyys oli tehdyn tutkimuksen mukaan 1,7 %. BDD on lähes yhtä yleinen miehillä ja naisilla. Naisilla sairaus on hieman yleisempi. Sairautta voi esiintyä kaikenikäisillä.

Sairaus voi esiintyä lievänä tai hyvinkin vakavaa. Vakava BDD voi aiheuttaa henkilölle vaikeaa toimintakyvyttömyyttä, ja hän saattaa esimerkiksi eristäytyä kotiinsa. Sairauden oirekuva on hyvin laaja. BDD:ssä korostuu potilaan yksilöllisyys, sillä jokainen sitä sairastava henkilö oireilee eri tavoin. Kaikkia BDD:tä sairastavia henkilöitä kuitenkin yhdistää tuntemus oman ulkonäkönsä viallisuudesta ja siitä aiheutuvasta ahdistuneisuudesta.

Yleisin ja näkyvin oire on pakonomainen käyttäytyminen. BDD:tä sairastavalla henkilöllä saattaa olla erilaisia käytösmalleja, joita hän toistaa pakonomaisesti, jopa useita kertoja päivässä. Pakkotoiminnot saattavat väliaikaisesti helpottaa BDD:tä sairastavan oloa tai vastakohtaisesti pahentaa sitä. Pakkotoimintoja voivat olla esimerkiksi peiliin katselu, itsensä vertaaminen muihin, naamioituminen, liiallinen siistiytyminen, ihon nyppiminen, rauhoittelun ja hyväksynnän hakeminen, plastiikkakirurgiseen hoitoon hakeutuminen sekä rusketuksen tavoittelu. Näitä käyttäytymismalleja on hyvin paljon ja ne vaihtelevat henkilöstä riippuen. Pakkotoimin-

not häiritsevät niitä tekevän henkilön elämää. BDD:tä sairastava henkilö suorittaa pakonomaisia toimintoja esimerkiksi tarkastellakseen, peittääkseen tai muuttaakseen olettamaansa vikaa ulkonäössään. Pakkotoimintojen avulla sairastava voi vältellä negatiivisia tunteita tai välttää pelätyn asian tapahtumista, esimerkiksi muiden kritisoinnin kohteeksi joutumista. BDD:tä sairastavalla henkilöllä on useita riskitekijöitä kuten huono itsetunto, masennus tai ahdistuneisuus, jotka saattavat johtaa itsetuhoiseen ajatteluun tai jopa itsemurhaan. Lisäksi BDD:tä sairastava henkilö saattaa oireilla käyttäytymällä aggressiivisesti joko itseään tai muita kohtaan. BDD:n ohella henkilöllä voi olla myös liitännäissairauksia, joita ovat esimerkiksi masennus ja syömishäiriöt.

BDD:tä sairastavalla henkilöllä saattaa olla ongelmia ihmissuhteissa, sosiaalisissa tilanteissa tai päihteiden käytössä. BDD:tä sairastava henkilö saattaa esimerkiksi vältellä tilaisuuksia, joissa on paljon ihmisiä tai joissa joutuu itse muiden nähtäville. Oireena voi olla myös harhaluuloisuus. Tällöin BDD:tä sairastava ei usko hänellä olevan sairautta ja kokee ulkonäkönsä fyysisesti epämuodostuneeksi tai vialliseksi. Jos BDD:tä sairastava henkilö on harhaluuloinen, hän ei pysty yhdistämään ulkonäköhuoliaan psyykkiseen sairauteen.

Dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön tunnistaminen

BDD:n tunnistamisessa tärkeintä on sairauden ymmärtäminen ja oirekuvan laajuuden hahmottaminen. Sairaus voidaan tunnistaa potilaan haastattelun ja olemuksen perusteella. BDD:n tunnistamiseen on kehitetty myös erilaisia mittareita.

- BDDQ (body dysmorphic questionnaire) on kehitetty häiriön seulomista varten.
- COPS (cosmetic procedure screening) on kehitetty BDD:n seulomisen tueksi ja tämän lisäksi mittarilla voidaan todeta häiriötä sairastavan henkilön oireiden muutoksia.
- BDD-YBOCS (Yale-brown obsessive-compulsive scale modified for body dysmorphic disorder) on tarkoitettu arvioimaan BDD:n vakavuutta.

Mittareiden lisäksi on kehitetty neljä kriteeriä BDD:n tunnistamiseksi, ja nämä löytyvät DSM-5 (the diagnostic and statistical manual fifth edition) -teoksesta. Ensimmäisen kriteerin mukaan BDD:tä sairastavalla tulee olla ulkonäköön liittyvä päähänpinttymä. Toisen kriteerin mukaan päähänpinttymän on vietävä huomattavan paljon huomiota ja pakkotoiminnot ovat toistuvia. Kolmannen kriteerin mukaan ulkonäön on aiheutettava BDD-potilaalle merkittävää ahdistusta tai ongelmia toimintakyvyssä. Neljännen kriteerin mukaan BDD on erotettava muista mielenterveyden häiriöistä. Jotta BDD voidaan todeta, tulee henkilön täyttää nämä neljä kriteeriä.

Usein BDD:tä sairastava henkilö on niin ahdistunut ja häpeissään ulkonäöstään, ettei kerro tuntemuksistaan kenellekään. Oireiden salaamisen vuoksi BDD:tä sairastava ei useinkaan hakeudu hoitoon. BDD:tä sairastava henkilö voi pelätä, ettei tule ymmärretyksi ja ettei häntä oteta vakavasti. Lisäksi BDD on vielä melko tuntematon ja siihen saattaa liittyä liitännäissairauksia kuten masennusta. Näiden takia BDD saatetaan diagnosoida joksikin toiseksi psyykkiseksi sairaudeksi ja itse BDD jää huomaamatta.

Dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön hoito

BDD on hyvin yksilöllinen sairaus ja tämän takia myös hoito ja sen sisältö voivat vaihdella paljon. Jokaisen potilaan hoitosuunnitelma täytyy tehdä yksilöllisesti ja hänen tarpeitaan vastaavaksi. Hoidon laatuun ja toimivuuteen voi vaikuttaa paljon BDD:tä sairastavan asenteet ja motivoituneisuus hoitoon. Lisäksi BDD:tä sairastavan läheisillä voi olla suuri vaikutus hoidon onnistumiseen. BDD-potilas saattaa tarvita paljon tukea sairaudesta parantumiseen ja arjesta selviämiseen. Ammattilaisen on pystyttävä muokkaamaan hoitoa BDD:tä sairastavan henkilön tarpeiden mukaisesti. Yleisimmin BDD:n hoitoon käytetään SSRI-lääkitystä (selektiiviset serotoniin takaisinoton estäjät) sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa.

Hoidon tehoamisen kannalta on tärkeää aluksi tunnistaa sairaus ja BDD:tä sairastavan henkilön on tärkeä itse ymmärtää, että hän on psyykkisesti sairas. Hänen täytyisi ymmärtää, että murehtii ulkonäöstään liikaa ja juuri murehtiminen on hänen ongelmansa, ei ulkonäkö. BDD:n hoito voi olla pitkä prosessi, jonka onnistumiseen vaikuttaa sairastavan henkilön sairaudentunto. BDD:tä sairastavan henkilön on hyväksyttävä sairautensa. Hänen on saatava tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, jotta hän

pystyy ymmärtämään omaa sairauttaan ja käsittelemään sitä. BDD:tä sairastavan on hyvä ymmärtää, että BDD on sairaus siinä missä muutkin sairaudet eikä hänen tarvitse tuntea asiasta häpeää, vihaa tai syyllisyyttä.

Hoitomuodon valintaan voivat vaikuttaa useat eri asiat. BDD:n vakavuusaste on merkittävää hoidon kannalta, mutta myös oireiden vakavuus ja esiintyminen vaikuttavat hoitomuotoon. Hoitomuodon valinnassa on huomioitava, onko henkilö itsetuhoinen tai onko hänellä muita sairauksia, joihin hän tarvitsee hoitoa. Potilaan oma motivaatio hoitoon ja toive hoitomuodosta on otettava myös huomioon. On selvitettävä, onko potilas käyttänyt aiemmin jotakin hoitomuotoa ja jos on, kuinka se on toiminut hänen kohdallaan. Yksilöstä ja lääkäristä riippuen voidaan hoito aloittaa lääkehoidolla tai kognitiivisella käyttäytymisterapialla tai näiden molempien yhdistelmällä.

BDD:hen yleisimmin käytetty lääkehoito on SSRI-lääkitys, joka on tunnettu masennuslääkkeenä. SSRI-lääkkeet ovat eniten tutkittuja BDD:n hoitoon käytettävistä lääkkeistä. SSRI-lääkkeet vahvistavat serotoniinin vaikutuksia keskushermostossa. SSRI-lääkettä käytetään BDD:n hoidossa, koska sairaudella on hyvin paljon samankaltaisuuksia kuin pakko-oireisessa oireyhtymässä, sosiaalisten tilanteiden pelossa ja masennuksessa, joiden hoidossa SSRI-lääkitys toimii usein hyvin. SSRI-lääkkeen vaikutus aivoissa voi vaikuttaa BDD:tä sairastavan käytökseen ja siihen, miten BDD:tä sairastava henkilö näkee itsensä. Lääkitys voi parantaa BDD:tä sairastavan henkilön päivittäistä toimintakykyä. Myös antidepressantteja, bentsodiatsepaamia, litiumia, metyylifenidaattia ja neuroleptejä voidaan käytttää BDD:n hoidossa. Psyykkisen sairauden lääkehoito on hyvin vaativaa sen yksilöllisyyden vuoksi. Voi olla, että ensimmäinen kokeiltu lääke ei tehoa toivotulla tavalla, jolloin lääkettä täytyy vaihtaa. Lääkehoidossa on hyvä huomioida, että lääkkeen vaikutuksen alkamiseen voi mennä jonkin aikaa, joten vaikka lääke ei heti alkaisi vaikuttaa toivotulla tavalla, olisi hyvä käyttää sitä riittävän pitkään. BDD:tä sairastavalle voi olla hyvin rankkaa ja turhauttavaa, jos lääkehoito ei tehoa kuten on toivottu. Tällöin ammattihenkilön on pystyttävä motivoimaan ja kannustamaan sairastavaa henkilöä jatkamaan hoitoa.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on eniten tutkittu terapiamuoto, jonka on todettu toimivan valtaosalla BDD:tä sairastavista. Kognitiivinen käyttäytymisterapia voi auttaa myös masennusoireisiin. Lisäksi terapia voi parantaa sairastavan henkilön

kehonkuvaa, itsetuntoa ja toimintakykyä sekä vähentää sosiaalista ahdistuneisuutta. Terapiassa keskitytään muuttamaan ongelmallista ajattelua ja käyttäytymistä. Terapiassa on tärkeää keskittyä BDD:tä sairastavan oireisiin. Terapiaistuntojen määrä, pituus ja aikataulutus vaihtelevat potilaasta riippuen. Kognitiivinen käyttäytymisterapia koostuu eri osa-alueista, joissa edetään yksilön ja tämän sairauden vaatimaan tahtiin.

Terapian ensitavoitteena on kehittää potilaalle helpottavia ajatusmalleja hänen omasta ulkonäöstään. Lisäksi pyritään siihen, että BDD:tä sairastava henkilö ymmärtäisi, että hänen uskomuksensa omasta ulkonäöstään ei ole totta. Kognitiivisen käyttäytymisterapian toisen osan tavoitteena on lopettaa BDD:n oireista joutuvien tilanteiden välttely sekä opetella kokemaan olonsa mukavammaksi aiemmin ahdistaneissa tilanteissa. Kolmannessa tavoitteessa keskitytään lopettamaan pakonomaiset käyttäytymismallit aloittaen pakkotoiminnoista, joiden lopettaminen voi onnistua helpommin. Lopulta tavoitteena on myös vaikeampien pakkotoimintojen rajoittaminen ja hallitseminen. Seuraavassa osa-alueessa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa opetellaan kehittämään terveellinen suhde itsensä peilaamiseen. Tavoitteena on, että BDD:tä sairastava henkilö ei peilaisi itseään liiallisesti ja pakkomielteisesti tai vastakohtaisesti välttelisi peilejä. BDD:tä sairastavan henkilön kanssa harjoitellaan peilin edessä olemista konkreettisesti. Viimeisessä terapian osa-alueessa valmistaudutaan terapian päättymiseen. Tavoitteena on, että BDD-potilas osaa ylläpitää itsenäisesti hoidon aikana opittuja taitoja ja ajatusmalleja sekä kykenisi ehkäisemään sairauden oireiden uusiutumisen. Vaikka kognitiivinen käyttäytymisterapia on jaettu osa-alueisiin, voidaan terapiaistunnoissa käsitellä usean eri osa-alueen asioita.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla BDD:n oireet vähenevät merkittävästi, vaikka osalla potilaista voi olla oireita vielä vuoden jatkuneen terapian jälkeen jonkin verran. Tutkimukset osoittavat kuitenkin myös sen, että suurimmalla osalla oireet eivät lopu kokonaan. Pitkäaikaisseurannasta näyttäisi olevan hyötyä BDD:tä sairastaville potilaille.

Lopuksi

Tässä artikkelissa nostettiin esille yksi esimerkkisairaus, BDD, joka voi aiheuttaa henkilön hakeutumisen esimerkiksi pistoshoitoihin liian useasti ja kerta toisensa jälkeen annosta lisäten. On tärkeää, että hoitoja antavat henkilöt ymmärtävät ja tunnistavat erilaisia sairauksia, jotka saattavat vaikuttaa esteettisiin hoitoihin hakeutumiseen. Kuten dysmorfisessa ruumiinkuvan häiriössä, potilaat tulisi ohjata heidän tarpeitaan vastaavaan hoitoon. Esteettiset hoidot voivat jopa haitata heidän sairauttaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöt osaavat parhaiten tunnistaa erilaisia sairauksia ja ymmärtää sairauksien, lääkitysten ja hoitojen vaikutukset ihmisen terveyteen.

Esteettisen hoitojen eettisyyteen kuuluu myös monia muita huomionarvoisia asioita, joita tässä artikkelissa ei nostettu esille. Esimerkiksi sosiaalisen median paineet voivat aiheuttaa ulkonäköpaineita, jotka eivät ole realistisia. Esimerkiksi huulten täyteläisyys on nyt vallalla oleva muoti-ilmiö varsinkin nuorilla naisilla. Miehillä taas esimerkiksi kulmikkaat kasvot tuovat lisää miehisyyttä. Kasvojen muotoakin voidaan siis muokata täyteaineiden avulla. Jokainen haluaa varmasti olla esteettisesti miellyttävän näköinen, mutta on tärkeää miettiä missä menee raja esteettisyyden ja turvallisuuden ja terveyden välillä. Voimmekin pohtia, onko täyteaineiden haittavaikutuksista riittävästi tieteellistä näyttöä pitkällä aikavälillä tarkasteltuna?

Esteettisen hoitotyön eettisiä asioita tulisi tarkastella huolellisesti ja sitä kautta luoda näitä hoitoja antaville henkilöille eettiset ohjeet. Kysymyksessä on iso bisnes, joka ei saisi koskaan mennä ihmisten terveyden edelle.

Lähteet

Buhlmann, U.; Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J.M., Wilhelm, S., Brähler, E. & Rief, W. 2010. "Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey", Psychiatry Research, vol. 178, no. 1, pp. 171-175.

Dziegielewski, S.F. 2014. DSM-5 in Action, Wiley, pp 285-286.

Grant, J.E. & Phillips, K.A. 2005. "Recognizing and treating body dysmorphic disorder", Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, vol. 17, no. 4, pp. 205-210.

Huttunen, Matti 2016. Ruumiinkuvahäiriöt (dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö). Viitattu:4.10.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00364

Koran, L.M.; Abujaoude, E., Large, M.D. & Serpe, R.T. 2008. "The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population", CNS spectrums, vol. 13, no. 4, pp. 316-322.

Krebs, G.; de la Cruz, Lorena Fernández, Monzani, B., Bowyer, L., Anson, M., Cadman, J., Heyman, I., Turner, C., Veale, D. & Mataix-Cols, D. 2017. "Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Body Dysmorphic Disorder", Behavior Therapy, vol. 48, no. 4, pp. 462-473.

Nieminen, E. & Suoyrjö A. 2017. Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö – oirekuva ja tunnistaminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Phillips, K. 2009, Understanding Body Dysmorphic Disorder, Oxford University press, pp. 15 – 239.

Phillips, K.A. & Menard, W. 2006. "Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study", The American Journal of Psychiatry, vol. 163, no. 7, pp. 1280-1282.

Phillips, K.A.; Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C. & Stout, R.L. 2006a. "Delusional versus non-delusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness", Journal of Psychiatric Research, vol. 40, no. 2, pp. 95-104.

Phillips, K.A.; Pagano, M.E. & Menard, W. 2006. "Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: treatment received and illness severity", Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, vol. 18, no. 4, pp. 251-257.

Schneider, S.C., Turner, C.M., Mond, J. & Hudson, J.L. 2016. "Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents", Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.

Vashi, N.A. 2016. "Obsession with perfection: Body dysmorphia", Clinics in Dermatology, vol. 34, no. 6, pp. 788-791.

Veale, D.; Ellison, N., Werner, T.G., Dodhia, R., Serfaty, M.A. & Clarke, A. 2012. "Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder", Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, vol. 65, no. 4, pp. 530-532.

Veale, D.; Miles, S. & Anson, M. 2015. "Long-Term Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Body Dysmorphic Disorder: A Naturalistic Case Series of 1 to 4 Years After a Controlled Trial", Behavior Therapy, vol. 46, no. 6, pp. 775-785.

Esteettisen hoitotyön koulutuskysymyksiä

Jenna Vapaavuori
Sairaanhoitaja

Maika Kummel
FT, TtM, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Susanna Mört
TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu

Esteettiset hoitotoimenpiteet (mm. pistos- ja radiofrekvenssihoidot) ovat tuoneet vaihtoehdon perinteiselle plastiikkakirurgialle ja niiden määrä onkin jatkuvassa kasvussa. Ihmiset ovat yhä enenevässä määrin kiinnostuneita esteettisistä hoidoista ja sijoittavat varojaan niihin. Esteettisiä toimenpiteitä tarjoavilla yksityisillä klinikoilla ei ole velvollisuutta ilmoittaa tekemiensä esteettisten toimenpiteiden määriä ja siksi tarkkoja lukuja Suomesta on vaikea saada. Arvioidaan, että Euroopassa Suomi on kuitenkin alalla vielä paljon jäljessä esimerkiksi Norjaa ja Ruotsia, joissa on niin sanottuja ”walk-in” -klinikoita, joihin asiakas voi ilman ajanvarausta mennä ottamaan esimerkiksi täyteaineita. On kuitenkin myös hyvin mahdollista, että tulevaisuudessa ”walk-in” -klinikat leviävät niin Suomeen kuin muualle Eurooppaan.

Alalla kuitenkin liikkuu kaikenlaisia toimijoita. Esteettisen hoitotyön korkeakoulutasoista koulutusta ei ole tarjolla Suomessa ja erittäin vähäisissä määrin muualla Euroopassa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa tunnistetaan esteettisen hoitotyön erityisala ja järjestetään terveydenhuollon ammattilaisille korkeakoulutasoista koulutusta. Valvira myöntää, että esteettisten toimenpiteiden valvonnan säädökset vaatisivat täsmennyksiä. Tällä hetkellä Suomessa suositellaan, että esimerkiksi esteettisiä pistoshoitoja antaisivat vain terveydenhuollon ammattilaiset. Laki

ei kuitenkaan kiellä ketä tahansa antamasta pistoshoitoja eikä kukaan valvo terveydenhuollon ulkopuolisia pistäjiä. Tämä saattaa aiheuttaa riskin potilasturvallisuudelle haittatapahtumien muodossa. Tällaisissa haittatapahtumissa potilaat hakeutuvat useimmiten hoitoon julkiseen sektoriin, joka puolestaan kuluttaa yhteiskunnan varoja.

Suomalaiseen sairaanhoitajan (AMK) koulutusohjelmaan ei tällä hetkellä sisälly esteettisen hoitotyön opetusta. Ala on kuitenkin kasvava ja Suomessa yksityisellä sektorilla työskentelee sairaanhoitajia estetiikan parissa nimikkeellä ”estetiikkahoitaja”. Esteettiseen hoitotyöhön ei Suomessa myöskään ole korkeakoulutasoista täydennyskoulutusta, jonka avulla alalle voisi suuntautua. Suomesta ei ole kerätty tutkimusnäyttöä esteettiseen hoitotyöhön kouluttautumisesta eikä sen hoitotyöstä.

Non-operatiiviset esteettiset hoidot ovat steriiliydeltään turvallisempia terveydenhuoltoalan ammattilaisen tekeminä ja olisi suositeltavaa, että vain terveydenhuollon ammattilaiset antaisivat pistoshoitoja. Lain mukaan kuitenkaan tätä ei ole määrätty, joten tämä mahdollistaa lähes kenen tahansa tekevän non-operatiivisia esteettisiä hoitoja. Poikkeuksena tähän on kuitenkin botuliinitoksiini, joka on lueteltu Suomen lain mukaan lääkeaineeksi, jota saavat pistää ainoastaan terveydenhuollon ammattilaiset. Mikäli sairaanhoitajan tutkintoon sisällytettäisiin tai lisättäisiin täydennyskoulutuksena esteettinen hoitotyö, tulisi ala turvallisemmaksi.

Esteettisiin hoitoihin suuntautuvia koulutuksia Suomessa järjestävät hoitoalan ammattilaisille yleisesti aineiden ja koneiden maahantuojat. Koulutukset ovat yleensä 1–2 päivän pituisia, jonka suorittamisen jälkeen voi saada CCAAM-koulutustodistuksen tai sertifikaatin. (CCAAM on Helsingissä sijaitseva esteettisen lääketieteen koulutuskeskus, joka palvelee terveydenhuollon ammattilaisia.) Lyhyiden koulutustilaisuuksien jälkeen sairaanhoitaja on kuitenkin valmis pistämään botuliinia ja täyteaineita sekä antamaan mikroneulausta sekä kemiallisia kuorintoja. Kaikkiin hoitoihin on omat koulutuksensa, jotka kaikki maksavat erikseen. Hinnat vaihtelevat koulutuksesta riippuen sadasta viidestäkymmenestä noin kahteentuhanteen euroon.

Ruotsissa ja Norjassa esteettisen hoitotyön koulutus on vastaavassa tilanteessa kuin Suomessa. Sairaanhoitajien on itse koulutettava itsensä samalla periaatteella kuin Suomessa, ja koulutusten hinnat ovat samaa luokkaa kuin Suomessa. Ruotsissa pistoshoitoja annetaan eniten Pohjoismaista. Suomeen verrattuna Ruotsin esteettisessä hoitotyössä eroavaa sekä huolestuttavaa on se, ettei täyteaineiden tai botuliinien

pistäjiltä vaadita minkäänlaista koulutusta. Aineita saa pistää kuka tahansa ilman koulutusta kasvojen ja kaulan alueen anatomiaan tai hermoratoihin.

Tanskassa on määrätty tarkasti kuka saa suorittaa mitäkin leikkauksia ja toimenpiteitä, ja miten ne tulee tehdä. Vuonna 2007 Tanskassa asetettiin voimaan säädös, jonka mukaan non-operatiivisia toimenpiteitä saavat tehdä ainoastaan rekisteröidyt terveydenhuollon ammattilaiset. Joka kolmas vuosi maan terveyslautakunta tarkastaa, että kaikki kosmeettiset klinikat ja alaa harjoittavat toimijat ovat rekisteröityneitä. Sairaanhoitaja saa Tanskassa pistää botuliinitoksiinia, antaa täyteaineinjektioita sekä tehdä mikroneulauksia ja kemiallisia kuorintoja vain, jos lääkäri näin määrää. Tanskan vuoden 2007 säädöksen mukaan maassa on nykyään pakollista dokumentoida potilaasta kuva, jossa näkyy tämän lähtötilanne ennen esteettistä hoitoa. Esteettisen hoitotyön harjoittajien on vuosittain rekisteröitävä tekemiensä toimenpiteiden määrät.

Iso-Britanniassa estetiikan alan nouseva kasvu ja kysyntä on huomioitu, ja maassa on mahdollista kouluttautua esteettiseksi sairaanhoitajaksi yliopistotasolla. Tämän koulutuksen hinta tulee sairaanhoitajan tutkinnon hinnan lisäksi, ja maksu määräytyy opiskeluvuosien mukaan riippuen siitä, miten korkealle sairaanhoitaja haluaa itsensä kouluttaa estetiikan alalla. Vuoden opiskelun jälkeen on mahdollista valmistua sertifioiduksi esteettiseksi sairaanhoitajaksi ja kahden vuoden opiskelulla esteettisen hoitotyön diplomaatiksi. Kouluttautuminen esteettisen hoitotyön maisteriksi kustantaa tämän sairaanhoitajakoulutuksen lisäksi noin 13 000 euroa Northumbria University Newcastlessa.

Lopuksi

Estetiikan ala on kasvussa, ja Iso-Britanniassa tämä on jo otettu huomioon kehittämällä yksityiskohtaiset koulutusohjelmat tälle erikoisalalle. Suomen laissa ei ole määritelty kuka hoitoja saa tehdä, poislukien botuliinitoksiini. Oletettavaa ja toivottavaa on, että estetiikan alan kasvaessa ja non-operatiivisten hoitojen ja toimenpiteiden yleistyessä myös Suomeen tullaan tulevaisuudessa saamaan tarkemmat määräykset siitä, kuka hoitoja saa antaa. Suomessa ja muualla Eurooppassa sairaanhoitajan opintoihin olisi hyvä sisällyttää esteettisen hoitotyön opetusta tai ottaa käyttöön esimerkiksi esteettiseen hoitoyöhön suuntaava täydennyskoulutus. Myös Tanskan jo käyttöön ottama malli esteettisten hoitojen valvomisesta mitä luultavimmin tulee käyttöön myös muualla Euroopassa. Alati kehittyvään ja laajenevaan hoitotyön

osa-alueeseen tarvitaan myös tieteellistä tutkimusta ja näyttöön perustuvaa koulutusta ja osaamista. Aineiston kerääminen ja tutkimusnäyttö esteettisestä hoitotyöstä puuttuvat Suomesta. Kouluttamalla hoitotyön ammattilaisia esteettiseen hoitotyöhön heidän erikoisosaamisensa ja työnkuvansa täydentyisivät. Yksityiset kauneuskirurgiaa tarjoavat yritykset saisivat koulutettuja ja asiantuntevia huippuammattilaisia työntekijöikseen, jotka osaisivat työskennellä potilasturvallisuutta edistävästi myös esteettisten hoitojen saralla.

Lähteet

Amini D. 2011. SVT: Livsfarliga injektioner får ges av vem som helst I Sverige. Viitattu 26.5.2016

Cityklinikka, 2015. Viitattu 25.5.2016

Clarke, S. 2014. Holistic microneedling- the manual of natural skin needling. Journal of the Australian Traditional-Medicine Society, vol. 20, no 1, Mar 2014.

Estetic Umea & Skellefteå, Estetic Walk-in Skellefteå 2015. Viitattu 7.5.2016 http://www.estetic.se/

Finlex, Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskuksen päätös lääkeluettelosta. 2015. Viitattu 25.5.2016

NordicSkin, NordicSkin koulutus. 2016. Viitattu 13.4.2016

Vapaavuori, J. 2016. Non-operatiivinen esteettinen hoitotyö. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Von Sperling ML., 2014. Aesthetics Journal: The Last Word; The European Perspective.