

# PAKSUSUOLIAVANNEPOTILAS

Opas hoitajille potilaan kohtaamiseen tehostetussa palvelu-  
asumisyksikössä

Sanna Majamaa

Opinnäytetyö, Kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Majamaa, Sanna. Paksusuoliavannepotilas, opas hoitajille potilaan kohtaamiseen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Pieksämäki, kevät 2017, sivumäärä 35, kaksi liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitoalan koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda opas paksusuoliavannepotilaan hoitamiseen sekä ohjaamiseen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Opinnäytetyön aineisto on kerätty alan kirjallisuutta sekä julkaisuja hyödyntäen.

Työelämän yhteistyökumppanilta tuli opinnäytetyön aihe, joka palvelee heidän tarvetta. Kävi ilmi, että hoitajilla oli paksusuoliavanteeseen liittyvä ohjaus, tieto sekä hoidon taito vähäistä. Opinnäytetyön aiheeseen päädyttiin siksi, että paksusuoliavannepotilaiden hoitoon saadaan yhtenäinen ohjeistus ja toimintamalli nyt ja jatkossa. Lisäksi tarkoituksena oli lisätä avannepotilaan kokonaisvaltaista hoidon tietämystä.

Kohderyhmänä oppaalle olivat osaston hoitajat sekä hoitoalan opiskelijat. Opas on helppolukuinen ja informatiivinen niin, että siinä esiintyvät keskeisimmät asiat paksusuoliavannehoidosta ja potilaan ohjaamisesta hoitotyön näkökulmasta. Tarkoituksena oli tehdä opas hoitajille, mistä löytyy ajankohtainen tieto avannepotilaan hoidosta sekä ohjauksesta, mitä on helpompi toteuttaa työssä. Oppaaseen on tehty selkeät ohjeet muun muassa siitä, miten avannesidoksen vaihto ja ravitsemusohjaus suoritetaan sekä potilaan voimavarojen ja henkisestä tukemisesta.

Oppaan arviointi tapahtui ensisijaisesti työntekijöiden puolesta anonyymein kyselylomakkein. Lomakkeissa arvioinnin kohteena oli muun muassa työn visuaalisuus sekä informatiivisuus. Kyselylomakkeiden analysointi tapahtui laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Työtä pidettiin osastoa palvelevana sekä hyödyllisenä työvälineenä nyt ja tulevaisuudessa. Lisäksi oppaasta koettiin saavan uutta tietoa. Avanteen hoidosta on tehty suhteellisen vähän tutkimuksia, mikä näkyi muun muassa heikkona tieteellisten lähteiden saatavuutena. Työelämänyhteistyökumppanille luovutetaan opas sekä raportti, joita jatkossa voidaan käyttää ammatillisen osaamisen tueksi paksusuoliavannepotilaan hoidossa.

Asiasanat: avanne, oppaat, paksusuoli, potilasneuvonta

## ABSTRACT

Majamaa, Sanna. Colostomy patient, guide for nurses who work in an intensified service housing unit. Pieksämäki spring 2017, number of pages 35, number of appendices 2. Diaconia University of Applied Sciences, Degree Program in Nursing, Degree: Bachelor of Nursing.

The main objective in this thesis was to create a guide for nurses about caring and counselling colostomy patients in an intensified service housing unit. This thesis is a functional study. The method of this study was a practice-based thesis. Data is gathered from many different sources, such as literature and publications.

The topic of this thesis came from a partner in a working life. We discussed different possible subject areas which would serve their needs. It turned out that nurses lack the instruction, knowledge, information and expertise associated with the caring of colostomy patients. The topic was decided on to get a coherent instruction and operational model for the caring of colostomy patients for the present and the future. In addition, the purpose was to increase the comprehensive knowledge about the caring of colostomy patients.

The target group for the guide are nurses and nursing student. The guide is informative and easy to use as support for caring colostomy patients. It presents the essential matters concerning colostomy treatment and patient instruction. The goal is to provide nurses with current information about treating and instructing a colostomy patient in practical way. The guide includes for example, explicit instructions on how to change a colostomy bag, nutrition and moral support.

The guide was evaluated by using a qualitative questionnaire for the partner and the employees in an intensified service housing unit. The questionnaire evaluated for example, the visual and informational aspects of the thesis. Relatively few researches have been made out about colostomy. That was seen as poor availability of scientific sources. The guide and this thesis is given to the partner to be used as a supportive tool in working life in caring colostomy patients.

Keywords: stoma, guides, colostomy, patients counselling

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	3
3 PAKSUSUOLIAVANTEEN VAIKUTUS POTILAASEEN .....	5
3.1 Paksusuoliavanne .....	7
3.2 Paksusuoliavanteiden eri tyypit .....	8
3.3 Paksusuoliavanteeseen sopeutuminen .....	9
3.4 Paksusuoliavannepotilaan arjen haasteet .....	11
4 PAKSUSUOLIAVANNEPOTILAAN OHJAUS JA HOITO .....	13
4.1 Ravitseminen .....	13
4.2 Avannesidoksen vaihto .....	15
4.2.1 Ihonhoito .....	18
4.2.2 Ihonhoidon komplikaatioita .....	18
4.3 Henkinen tuki .....	20
5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS .....	22
5.1 Toimintaympäristön kuvaus .....	22
5.2 Opinnäytetyön toteutus .....	23
5.2.1 Suunnittelu .....	23
5.2.2 Toteutus .....	24
5.2.3 Arviointi .....	25
6 POHDINTA .....	26
6.1 Työn eettisyys sekä luotettavuus .....	26
6.2 Palautteen tarkastelu .....	28
6.3 Johtopäätökset .....	29
LÄHTEET .....	32
LIITE 1 .....	36
LIITE 2 .....	38

## 1 JOHDANTO

Vuosittain Suomessa leikataan noin 1000 avannepotilasta, ja näistä yleisin on paksusuoliavanneleikkaus (Heinonen, 2016; Finnilco, i.b). Toimenpide on siis hyvinkin yleinen, mutta silti esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa hoitajat kohtaavat avannepotilaita suhteellisen vähän (Päivi Kallio, henkilökohtainen tiedonanto 3.3.2017). Tämä osaltaan tuo haasteita avannepotilaan hoitamiseen. Avannesidosten vaihto on puutteellista, jolloin iho-ongelmat lisääntyvät. Hoitajien vähäinen tietämys lisää potilaan epätietoisuutta omasta tilastaan, sillä hoitoa ei toteuteta yhtenäisesti, oikeaoppisesti ja toisaalta on vaikea ohjata potilasta, sillä osaamista ei ole. (Päivi Kallio, henkilökohtainen tiedonanto 3.3.2017.) Avanteen hoitamisen lisäksi tulee koko hoidon olla kokonaisvaltaista.

Avanneleikkaukseen johtavia yleisimpiä syitä ovat paksusuoli- sekä peräsuolisyövyt. Tulehdukselliset suolistosairaudet esimerkiksi haavainen paksusuolitulehdus tai Crohnin tauti voivat myös johtaa avanneleikkaukseen. Suolen perforaatio ja divertikuloosin aiheuttamat fistelit voivat myös olla syitä, jotka johtavat avanneleikkaukseen (Kivijärvi 2012, 2). Myös tapaturmasta aiheutunut vamma tai synnynnäinen epämuodostuma voivat olla syitä avanneleikkaukseen (Sirviö 2014, viitattu 12.3.17).

Kuten kaikilla, hyvä ravitsemus on myös avanneleikatun potilaan kulmakiviä. Ruoan nautittavuus, kohtuus, tasapuolisuus sekä monipuolisuus ovat tärkeitä hyvän ruokavalion toteuttamisessa. Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen on tärkeää muistaa, sillä muun muassa suolitukoksen vaara lisääntyy aina vatsan alueelle kohdistuneiden leikkausten jälkeen (Finnilco 2013). Edellä mainitun lisäksi muun muassa ilmavaivat, ripuli, ummetus ja hajuhaitat voivat muodostua ongelmaksi. Ravitsemusohjaus onkin monitahoinen asia, johon vaikuttaa moni eri tekijä. Avanneleikatun potilaan ruokavalio voikin olla suhteellisen normaali, mutta silti hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa mahdolliset ongelmat, niiden aiheuttajat sekä myös osata auttaa niissä ja motivoida potilasta. (Hyvärinen 2012, 42–49.)

Tutkimusten mukaan avanneleikattujen henkinen hyvinvointi sekä elämänlaatu ovat parempaa, kun he saavat hoitajilta emotionaalista tukea. Keskustelu asioista auttaa potilasta selkeyttämään ajatuksiaan sekä hallitsemaan negatiiviset tunteet, jotka luonnollisesti häiritsevät elämää (Tiirinen 2006, 6). Hoivatyö onkin monen eri ammattiryhmän tekemää ihmissuhdetyötä, jota tekniikan sekä ammattitaidon ohella tulisi tehdä työntekijän omalla persoonalla (Palmunen 2011, 5). Potilaan ohjauksessa tärkeää on siis henkinen, emotionaalinen tuki sekä ymmärrys. Yleisesti on uskomus, että avannehoito kuuluu erikoissairaanhoidolle. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkansa, vaan perusterveydenhuollolla on myös vastuu avannepotilaan ohjauksesta, jotta hoito saa jatkumoa ja on tavoitteellinen. (Havholm 2012, 143.)

Aihe opinnäytetyöhön tuli työelämän yhteistyökumppanilta, Tammenlehväkeskukselta. Tehostetun palveluasumisen osaston hoitajat saivat uuden potilaspauksen. Potilaalla oli paksusuoliavanne, sigmoidostooma. Ilmeni, että usealle hoitajalle avannepotilaan hoito sekä ohjaus olivat vierasta. Vähäisten ohjeiden sekä osaamattomuuden vuoksi oli vaikeaa toteuttaa konkreettisesti avanteeseen liittyvää oikeaoppista ja yhtenäistä hoitoa. Tieto oli vähäistä muun muassa avannesidoksen vaihtamisessa, ihosuojalevyn reiän oikean koon tekemisessä, avannepussin pysyvyydessä sekä avanteen ympärillä olevan ihon hoitoon liittyvässä osaamisessa.

Tämä opinnäytetyö käsittelee paksusuoliavannepotilaan ohjaamista sekä hoitoa tehostetussa palveluasumisessa. Opinnäytetyöni koostuu raportista ja oppaasta. Raportissa syvennyn aiheisiin, joita tuon oppaassa esille. Oppaassa on käytännönläheisesti asiat joita avaan muun muassa kuvin. Raportti sekä opas jäävät työelämän yhteistyökumppanille, Tammenlehväkeskukselle vapaaseen käyttöön hoitohenkilökunnan tiedon tukemiseksi ja ohjaamiseen.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas, jolla lisätään tehostetun palveluasumisyksikön hoitajien tietoisuutta paksusuoliavanteesta. Oppaassa käsittelen muun muassa paksusuolen toimintaa osana ruoansulatusjärjestelmää sekä paksusuoliavannetta. Keskeisimpinä asioina ovat kuitenkin paksusuolipotilaan avannesidosten oikeaoppinen vaihtaminen sekä ravinto, mikä muun muassa tukee avanteen toimintaa. Tärkeänä osa-alueena nostan esiin myös potilaan henkisen tukemisen. Tavoitteena on, että hoitajat saavat oppaasta tietoa toimintansa tueksi sekä opiskelijoille helposti ymmärrettävää ja lähestyttävää asiaa paksusuoliavanteesta tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Tavoite on, että opas on helposti luettava ja ymmärrettävä sekä hoitajien helposti saatavilla, vapaasti luettavissa oleva tietopaketti paksusuoliavannepotilaan hoidosta ja ohjauksesta. Myös raporttiosan jää työyhteisön käytettäväksi. Ajatus on, että opinnäytetyö kokonaisuudessaan palvelee nyt ja tulevaisuudessa osaston henkilökuntaa. Työyhteisön hoitoideologia on vahvasti asukkaiden omavaraisuuden tukemisessa eli kuntouttavassa työotteessa, siksi opas onkin suunniteltu kuntouttavan työotteen kautta. Työelämän yhteistyökumppani on Tampereella sijaitseva Tammenlehväkeskus, palveluasumisen yksiköt.

Työni arvioin laadullisen tutkimuksen kautta, tehden osastolla oppaaseen liittyvän kyselyn. Kyselyssä pyydän väljää numeraalista (1–3) arviota, antaen painoarvon vastaajan omalle sanalle. Vastaukset puran loogisesti laskien keskiarvon sekä keskityn vastaajan omasanaiseen palautteeseen, minkä myötä pystyn kehittämään opasta. Palautteen pyydän anonyymisti, jonka koen olevan oleellinen asia, jotta palaute on mahdollisimman monipuolista ja rakentavaa. Toisaalta myös ajankäytön puolesta kirjallinen palaute palvelee enemmän osaston sykkiiä, jolloin työntekijä ei ole sidoksissa minun aikatauluuni.

Tämän produktion myötä oman ammatillisen kasvun tavoite on oppia paksusuoliavannepotilaan hoitamisesta ja kohtaamisesta. Oppimani perusteella pystyn jatkossa kehittämään omaa sekä työyhteisön toimintamalleja osastolla

avannepotilaan hoitamisessa. Tavoite on, että minulla on valmiudet kohdata avannepotilas kokonaisvaltaisesti. Aihetta sekä opasta ajatellen pyrin valitsemaan keskeisimmät asiat, mitkä palvelevat työelämän yhteistyökumppania.

Opinnäytetyöt ovat tarkoitettu julkaistaviksi, jolloin niiden tutkimuksista sekä tuloksista voidaan saada hyötyä jatkossa. Raportin laatiminen ja tämän jälkeen sen esitarkastukseen jättäminen sekä valmiin työn esitys julkistamisseminaarissa tulevat olemaan osa opinnäytetyön julkistamista (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010 47, viitattu 9.10.2016). Raportin jäsentelen loogisesti. Aihe etenee aihe-alueittain niin raportissa, kuin oppaassa. Vaihtoehtona oli myös Powerpoint-esitys, mutta kirjallisen, konkreettisen oppaan muodossa se saavuttaa paremmin lukijansa osastolla.



### 3 PAKSUSUOLIAVANTEEN VAIKUTUS POTILAASEEN

Jotta avannepotilas ymmärtää avanteen toimintaa sekä sen mukana tuomia uusia muutoksia, niin on perusteltua, että ruoansulatuselimistön toiminta selvitetään hänelle. Ruoansulatuksessa ravintoaineet muokkautuvat elimistölle sopivaan muotoon, jolloin ne imeytyvät elimistöön. Ruoansulatusjärjestelmän tehtävänä on esimerkiksi immunitteettireaktioihin osallistuminen, kuona-aineiden poisto sekä hormonien tuottaminen. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 18.) Tässä kappaleessa on käsitelty ruoansulatusta painottaen ohut- ja paksusuolen toimintaa, sillä suolistoavanteita tehdään molempiin.

Ruoansulatusjärjestelmä on laaja prosessi, johon kuuluu monia elimiä. Ruoansulatuselimiä ovat suuontelo, nielu, ruokatorvi, maha, sappirakko, umpilisäke, -suoli, nouseva, poikittainen ja laskeva paksusuoli, sigmasuoli, pohjukais-, ohut- ja paksusuoli sekä peräaukko. Ruoansulatuskanavaan kuuluvat myös lisäksi apuelimet, joita ovat hampaat, kieli, suuret sylkirauhaset, haima ja maksa, joka esimerkiksi varastoi ravintoaineita. Ruoansulatuskanavassa limakalvo on sisimpänä seinämässä ja herakalvo ulkopinnalla. Herakalvo on yhtenä osana laajaa vatsakalvoa (peritoneum), joka vähentää kitkaa, minkä suoliston liikkeet aiheuttavat. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 18.)

Ruoansulatuskanavan seinämissä on pieniä rauhasia, jotka erittävät ruoansulatusnesteitä sekä limaa. Ruoansulatuskanavassa on kahdenlaista liikettä: eteenpäin vieviä sekä sekoittavia. Edellä kuvatulle peristalttisille liikkeille on ominaista seinämälihasten supistusrenkaan siirtyminen eteenpäin, jolloin se siirtää myös ruokaa eteenpäin. Täyttö- ja tyhjennysrefleksejä esiintyy sekä alussa ja lopussa, kuten nielemisessä, ulostamisessa ja oksentamisessa. Ruoansulatuskanavan yläosan varastopaikka on mahalaukku (ventriculus), mistä sopivina annoksina oleva ruokamassa siirtyy ohutsuoleen. Vuorokaudessa mahalaukkuun syntyy 2–3 litraa mahanestettä, mikä sisältää sivusolujen erittämää limaa. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 18–20.)

Muokkautunut ruokasula kulkeutuu mahalaukusta ohutsuoleen. Ohutsuoli lähtee näin ollen mahalaukusta ja on noin 5-7 metrin pituinen. Duodenum, ileum ja jejunum ovat ohutsuolen kolme osaa. Paksusuoleen pääosin avautuvan ohutsuolen ohut läppä (valvula Bauhini) estää paksusuoleessa olevan sisällön pääsyn ohutsuoleen. Päivittäin suolistoon kulkeutuu noin puolitoista litraa ruokaa ja nesteitä sekä noin 8,5 litraa ruoansulatuskanavan nesteitä ja sylkeä. Suurin osa näistä imeytyy ohutsuolessa ja noin litran verran kulkeutuu paksusuoleen ileokekaaliläpän kautta. (Berndtsson ym. 2000, 11–12; Holmia ym. 2004, 449.)

Ohutsuoli muuttuu vatsaontelon alaosassa paksusuoleksi. Niiden välillä oleva sulkijalihas säännöstelee sulamattoman aineksen paksusuoleen. Ennen kaikkea paksusuoli onkin varastopaikka ohutsuoletta kulkeutuvalla ainekselle. Se on järjestäytynyt kolmeksi eri pitkittäisnauhaksi, jossa se poimuttuu pussimaisiin pullistumiin. Peräaukkokanavassa, mihin maha-suoli kanava päättyy, sijaitsee peräaukon sisemmät sekä ulommat sulkijalihakset. (Leppäluoto, Lätti, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri & Vierimaa 2015, 251.)

Noin 1,4 metriä pitkä oleva paksusuoli kulkeutuu ensiksi ylöspäin, jonka jälkeen muuttuu poikittain kulkeväksi vatsan yläosassa oikealta vasemmalle. Lopuksi paksusuoli laskeutuu alaspäin. Pääasiallinen tehtävä paksusuolella on, että se imeyttää veden ruokasulasta, kuljettaa suolensisältöä, toimii säiliönä sekä poistaa kaasun ja ulosteen. Anaerobi-bakteereja suolistossa on varsin paljon muiden bakteerien lisäksi. Ruoansulatuskanavan eli suusta peräaukkoon sijaitsevan matkan pituudeksi tulee kaiken kaikkiaan noin kahdeksan metriä. (Berndtsson ym. 2000, 14–15; Holmia ym. 2004, 449.)

Suolikaasua on aina jonkin verran suolistossa. Sen arvellaan syntyvän muun muassa bakteerien aineenvaihdunnasta ja osittain vereen liuenneiden kaasujen erittymisestä suoleen. Pääosin mahalaukussa oleva kaasu on kuitenkin nieltyä ilmaa. Paksusuoleessa suolikaasuja on enemmän ohutsuoleen verrattuna. Kaasun poistuminen tapahtuu pääasiassa vereen siirtymällä ja siitä hengitysilmaan ja vähäisemmin peräaukon kautta flatuksena eli pieruna. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 23.)

### 3.1 Paksusuoliavanne

Avanne, myös stoomana tunnettu käsite on kirurgisella toimenpiteellä vatsanpeitteiden alueelle tehty aukko, joka sijaitsee virtsateiden tai suoliston alueella. Stoma on Kreikan kielestä ja se tarkoittaa suuta tai aukkoa. Avanteesta puhuttaessa kyseessä on aina epäluonnollinen kehonaukko, joten se mahdollisesti aiheuttaa potilaalle psykososiaalisia ongelmia ja elämänmuutoksia. Sopeutuminen avanteeseen voi siis viedä aikaa. Avanteet voidaan jakaa kahteen pääryhmään: virtsa-avanteisiin (urostoomiin) tai suoliavanteisiin (enterostoomiin). Tyyppisimmät suolistoavanteet ovat paksusuolen loppuosan avanne (sigmoideostooma), poikittainen paksusuoliavanne (transversostooma) sekä ohutsuoliavanne (ileostooma). (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård, 2016, 298; Berndtsson, Hultén & Palsenius 2000,4.)

Paksusuoliavanne on joko tilapäinen tai pysyvä. Tilapäisessä tapauksessa avanne suljetaan noin kolmen kuukauden jälkeen primaarileikkauksesta ja pysyvässä tapauksessa peräaukon sulkijalihakset poistetaan, jolloin avanne jää potilaalle pysyvästi. Pysyvään avanteeseen päädytään usein peräsuolen syövän vuoksi, mitä ei kirurgisesti voida poistaa ilman sulkijalihasten poistoa. Ohutsuoliavanne voi olla myös väliaikainen tai pysyvä ja sen syitä voivat olla muun muassa perinnöllinen paksusuolen polyypitauti, haavainen paksusuolitulehdus tai Crohnin tauti. (Alila ym. 2013, 211; Sirviö 2014, viitattu 12.3.2017.)

Avanteen teko on kuvattu ensimmäisen kerran ranskalaislääkäri Pilloren toimesta jo vuonna 1776. Kirurgia alkoi kehittyä aseptiikan, antiseptiikan ja narkoosin kehityksen myötä 1800-luvun lopussa. Näin suunniteltujen avanteiden tekeminen voitiin suorittaa onnistuneesti muun muassa synnynnäisten epämuodostumien tai perä- ja paksusuolen tukkeumien vuoksi. Kuitenkin 1940-luvulle asti avannesidokset olivat alkeelliset. Usein potilas joutuikin itse ratkomaan ongelman mihin hän suolensisällön keräisi. Niin kutsuttu König Rutzen-sidos vuonna 1944 oli käännteentekevä, mutta vuodot, iho-ongelmat sekä hajuhaitat olivat tuolloin ongelman aiheuttajia. Myöhemmin Squibb-lääkeyrityksen johtava tutkija kehitti Stomaheshive-ihonsuojalevyn. (Berndtsson, Hultén & Palsenius 2000,5-8.)

Avanteiden tekeminen tekniikan puutteesta johtuen aiheutuikin usein komplikaatioita. Alkuperäisen tekniikan mukaan paksu- ja ohutsuoliavanteissa leikkaushaava jätettiin niin sanotusti kypsymään, mistä johtuen limakalvo kääntyi itsellään arpeutuen ja ahtautuen. Kirurgi Brooke kuvasi vuonna 1952 uuden tekniikan tehdä ohutsuoliavanne, millä oli mullistava vaikutus avanteen hoitoon. Uuden tekniikan myötä muun muassa komplikaatiot vähenivät sekä avanteen hoito helpottui. (Berndtsson, Hultén & Palsenius 2000,6.)

### 3.2 Paksusuoliavanteiden eri tyypit

Pelkästään jo ulosteinkontinenssilla (ulosteen pidätysongelma) on negatiivinen vaikutus elämään tuoden itsetunnon menetystä ja häpeää. Joidenkin tutkimusten mukaan se huonontaa elämän laatua jopa enemmän, kuin jotkin krooniset sairaudet. Se voi olla jopa henkisesti traumatisoivampi kuin syöpä. Monia helpottaakin jo pelkästään ongelman ääneen sanominen, jolloin ulosteinkontinenssin hoitopolkua voidaan alkaa suunnitella. Jos sulkija- ja lantiopohjalihashampa, neurostimulaatiot tai huuhteluavanne eivät tehoa ulosteinkontinenssiin, päädytään viimeisenä vaihtoehtona paksusuoliavanteeseen. (Kuosmanen & Lehtinen 2012, 109–113.)

Paksusuoliavanteet voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin; transversostoma, appendikostooma ja sigmoidostooma. Kun potilas kärsii vakavasta ummetuksesta, anaalisesta inkontinenssista tai hänellä on tyhjentämishvaikeuksia, voidaan päätyä appendikostoomaan. Syitä voivat olla muun muassa sulkijalihaksen vauriot, suolen toiminnan vakavat häiriöt tai selkäydintyrä. Tässä vaihtoehdossa vesi viedään suoraan avanteeseen paksusuolen huuhtelua varten. Appendikostooma tehdään vatsan oikealle puolelle, bikinilinjan alapuolelle ja se voi olla vaihtoehto myös sigmoidostoomalle. (Andersson & Forsström 2004, 7, 11–12.)

Transversostoomaa käytetään usein tilapäisenä ratkaisuna, kun leikkaus on tehtävä nopeasti. Syitä leikkaukseen voivat olla akuutti paksusuolen fisteli tai perforaatio, suolen kiertymä tai kasvaimen aiheuttama suolen tukkeuma. Trans-

versostooma on loop-avanne eli kaksipiippuinen ja laajempi kuin tavallinen kolostooma. Myös transverstooma sijoitetaan oikealle puolelle, mutta navan yläpuolelle, rintakehän alapuolelle. Koska jäljelle jäävä toimiva paksusuoli on suhteellisen lyhyt, niin toiminta ei ole enää normaalia. Uloste on nestemäistä sekä kaasua syntyy paljon, mikä poistuu avanteen kautta. Erityisesti ruokailujen yhteydessä suolesta valuu eritettä. (Andersson & Forsström 2004, 10.)

Sigmoidostooma eli kolostooma sijaitsee vatsan vasemmalla, alapuolella napa-lonkkaluulinjaa tai sen keskellä. Sigmoidosuolet nostetaan ihon yläpuolelle vähintään senttimetrin verran, mutta toimivuuden kannalta toivottavammin 2-3 senttimetriä. Syitä kolostoomaan voivat olla erilaiset tulehdukset, kuten divertikuliitti tai syöpä. Myös sädehoitovauriot, krooninen ummetus sekä synnynnäiset epämuodostumat ovat harvinaisempia syitä avanteen tekoon. Vaikeiden kirurgisten toimenpiteiden jälkeen voidaan myös käyttää sigmoidostoomaa suolen rauhoittamiseksi. Tällöin käytetään helposti poistettavaa, väliaikaista avannetta. (Andersson & Forsström 2004, 8–9.)

Koska ravintoaineet imeytyvät ohutsuolen ylemmässä osassa, niin kolostooma ei vaikuta kovinkaan paljoa ravintotasapainoon. Jäljelle jäävä paksusuoli toimii aiemman lailla, joten se riittää suolet ja veden imeytymiseen. Uloste on kiinteää, jos ravitsemus on tasapainossa. Jos avannesidokset ovat oikein asetettu, niin suolen sisällön joutuminen iholle on epätodennäköistä. Suolen toiminnan vakiintuessa leikkauksen jälkeen, useimmilla suolen tyhjennystä tapahtuu 1-2 kertaa vuorokaudessa. Ulosteen haju sekä kaasun muodostuminen ovat tavanomaisia. (Andersson & Forsström 2004, 8–9.)

### 3.3 Paksusuoliavanteeseen sopeutuminen

Jos ihminen kohtaa uuden sairauden tai vammautumisen, se aiheuttaa henkistä kuormittumista. Tämä taas osaltaan tuo elämän uudelleen rakentamista. Kuntouttavaa työtä tehdessä voi potilaissa huomatakin kahden saman sairauden erilaiset kuntoutumisen tulokset. Yhtenä syynä pidetäänkin potilaan henkistä kuormittumista. Merkittävä vaikutus onkin, kuinka potilas uuteen sairauteen

asenoituu eli kuinka hän muun muassa hyväksyy sairautensa. (Niemi & Sarajärvi 2014, 18.)

Kun potilaalle tehdään suunnitellusti avanne, niin tähän päädytään yleensä pitkään jatkuneiden vaivojen sekä sairauden vuoksi. Uuteen tilanteeseen on mahdollisesti ollut aikaa sopeutua, ja tässä vaiheessa tieto tulevasta yleensä parantaa elämänlaatua. Toisaalta valmistautumiseen ei ole aikaa, jos avanne joudutaan tekemään nopeiden johtopäätösten perusteella. Tällöin mukana saattaa sairauden tai onnettomuuden saattamana tulla epävarmuus tulevasta, johon liittyy kriisi. Tunteiden läpikäyminen on kuitenkin luvallista ja se edistää selviytymistä. Väliaikainen itsetunnon lasku kuuluu siis prosessiin. (Suomen avannehoitajat ry i.a; Finnilco i.a.)

Leikkauksen jälkeen on hyvä alkuun välttää raskaiden, noin kahden kilon painoisten tavaroiden nostelua sekä äkillistä ponnistamista. Näillä toimenpiteillä pyritään ehkäisemään tyrän puhkeamista. Ulostetta suolesta kertyy yksilöllisesti noin yhdestä kolmeen kertaan vuorokaudessa, ja uloste kerääntyy iholle kiinnitettyyn avannepussiin. Avannepussia tyhjennetään tai vaihdetaan tarvittaessa. Suolen toiminta säännöllistyy ajan kanssa, jolloin myös avannepotilas oppii tuntemaan suolen toimintansa. Avannepotilas voi syödä useampia eri ruoka-aineita, kun vain muistaa kohtuuden. (Finnilco 2013, viitattu 3.3.2017.)

Liikunta ja muunlainen normaali elämä on siis sallittua. Liikunta jo pelkästään fyysisen kunnon ylläpitämiseksi on suositeltavaa. Leikkauksen ei kuulu passivoitua potilasta. Leikkauksen jälkeen avannehoitaja ensisijaisesti opastaa sopiviin avannesidoksiin sekä tarvittaessa muihin apuvälineisiin, kuten tukihousuihin tai -vyöhön. Edellä mainittuja voidaan käyttää esimerkiksi erilaisiin liikuntatilanteisiin. (Suomen avannehoitajat ry i.a.)

Avannesidosten kanssa voi käydä saunassa. Kuumissa löylyissä avanne on silti hyvä suojata kuumuudelta. Jos sidoksen kanssa käy saunassa, niin on syytä muistaa, että kuumuus pehmittää pohjalevyä, jolloin se takertuu tiukemmin ihoon. Pohjalevyn poistossa on tällöin oltava erityisen varovainen ihorikkojen välttämiseksi. Suihkun jälkeen avannetta ympäröivälle iholle voi antaa ilmakyl-

pyä ja se on kuivattava erityisen hyvin taputtelemalla esimerkiksi harsoilla. Ei hankaamalla. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 86.)

Kela korvaa avannepotilaan lääkärinpalkkioista 60 prosenttia ja tutkimuksista sekä kiinteän omavastuun osan ylittävistä hoidosta 75 prosenttia. Myös osa lääkärin määräämistä lääkkeistä sekä kliinisistä ravintovalmisteista kuuluu Kelan korvauspiiriin edellyttäen, että lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut kohtuullisen hinnan lääkkeille. Usein niin sanotuista itsehoitolääkkeistä korvausta ei makseta, vaikka ne olisivat lääkärin määräämiä. Avannepotilaan on hyvä keskustella sosiaalityöntekijän kanssa kartoittaakseen mahdolliset tuet sekä palvelut, jotka hänelle kuuluvat. Esimerkiksi vammaistukea ja eläkettä saavan hoitotukeen on oikeutettu, jos vamma tai sairaus on heikentänyt toimintakykyä vähintään vuoden verran. (Kansaneläkelaitos i.a, viitattu 4.3; Finnilco i.a, viitattu 4.3.2017.)

### 3.4 Paksusuoliavannepotilaan arjen haasteet

Kuten mainittu, sopeutuminen uuteen tilanteeseen tuo suurimman haasteen avanneleikatulle potilaalle. Avanne voi tuoda aluksi pelkoa ja sen pelätään vaikuttavan sosiaaliin tilanteisiin, sillä potilaan kehonkuva on muuttunut. Jos ulkonäkö on ollut ennen leikkausta hyvinkin keskeinen asia, niin potilas voi kokea itsensä vastenmieliseksi (Hokkanen, Liukkonen 2003,108). Sen olemassa oloa ei tahdota tuoda tietoisuuteen. Myös avanteeseen liittyviä iho-ongelmia potilas saattaa kokea, näistä yleisimpänä mekaaninen vaurio sidoksen vaihdoksen yhteydessä, ihottumat sekä infektio. (Isoherranen 2015, 14.)

Ravitsemusasiat saatetaan kokea myös ongelmalliseksi. Eri ruoka-aineet vaikuttavat suolen toimintaan erilailla, joka vaatii opettelua. Avannepotilaat toivovatkin, että he saisivat enemmän tietoa muun muassa ravinnon imeytymisestä, kivennäisaineiden sekä vitamiinien tarpeesta. Myös ilmavaivat, ripuli sekä hajuhaitat koetaan ongelmallisiksi (Hyvärinen 2012, 44–46). Potilaat kokevat avanteenhoidon yhtenä isoimpana ongelmana, sillä se on kuitenkin elämänmuutos (Tiirinen 2006, 33). Sairastuessaan ihmiselle ei ole keskeisintä se, mitä hän sai-

rastaessaan menettää. Jäljelle jäävä toimintakyky sekä terveys ja hänelle itselleen tärkeiden asioiden tekemisen mahdollisuus on tärkeää. (Huttunen, Pelkonen & Saarelma 2013, 13.)

Seksuaalisuus on moniulotteinen asia, mikä käsittää muun muassa hellyyttä, itsetuntoa, yhteenkuuluvuutta, avoimuutta, kumppanuutta ja rakkautta. Siihen liittyvät yksilön tunteet ja persoonallisuus sekä vaikuttavat yhteiskunnalliset, ekonomiset tekijät kulttuuri muun muassa. Kun yksilö hyväksyy itsensä ollen itseensä tyytyväinen, niin tasapainoinen seksuaalisuus saavutetaan. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 106.)

Avanteen jälkeen seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat hyvinkin tavallisia. Sairastumisen myötä minäkuva saattaa muuttua, jolloin voi tulla myös ongelmia seksuaalisuuteen tai parisuhteeseen. Yksilö saattaa olla hyvinkin ulkonäkökeskeinen, jolloin avanteeseen sopeutuminen voi olla vaikeaa. Sen fyysisillä ominaisuuksilla nähdäänkin olevan yhteys psyykkisiin vaikutuksiin. Jos avanne on vaikeasti hoidettava tai se ei ole teknisesti onnistunut, niin sen psyykkiset vaikutukset ovat erilaiset, kun onnistuneen, helppohoitoisen avanteen. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 106.)

Hyvällä ohjauksella voidaan ehkäistä seksuaaliongelmien syntyä. Potilaan yksilölliset tarpeet tulee olla lähtökohta ohjaukselle, sillä ne ovat hyvin erilaisia jokaisella. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus keskustella avanteen mukana tuomista muutoksista. Potilaan on helpompi puhua, kun hoitohenkilökunta on avoin kysymyksille ja keskustelulle. Seksuaalisuus voi olla hyvinkin arka aihe potilaalle, jolloin hänelle voi antaa esimerkiksi kirjallista materiaalia. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 107.)



## 4 PAKSUSUOLIAVANNEPOTILAAN OHJAUS JA HOITO

Hoitajalla on keskeinen rooli, jotta avannepotilaan sopeutuminen päivittäisiin toimiin sekä arkeen onnistuisi mahdollisimman luontevasti. Keskeisiä asioita ovatkin tukeminen, ohjaaminen sekä avanteen mukana tuomat ongelmien ratkaisu. Avanne ei estä potilasta elämästä miltei normaalia elämää, joten hoitajalla on olla tarjottavana erilaisia ratkaisuja sekä ajatuksia arjesta suoriutumiseen. (Henttonen, Ojala ym.2016, 299.)

Avannepotilaan elämäntilanteeseen on syytä perehtyä aina kokonaisvaltaisesti. Avanteesta keskustellaan potilaan odotusten mukaisesti sen vaikutuksesta arkeen, hoidosta, ravitsemuksesta ja ylipäättänsä mikä avanne on. Lähtökohtaisesti potilasta tuetaan hoitamaan itse avanne, mutta fyysisiä rajoitteita on huomioitava, kuten hienomotoriikan heikentyminen tai huono näkö. (Elomaa, Eloranta, Johansson, Rasmus & Vähätalo. 2010, 5.)

### 4.1 Ravitseminen

Hoitajan rooliin kuuluu ohjata potilasta ravitsemuksessa sekä siihen liittyvissä ongelmissa. Monella potilaalla voi olla jo ennen leikkausta huono ravitsemustila sairauden, välinpitämättömyyden tai tiedonpuutteen vuoksi. Siksi asiantunteva ravitsemusohjaus on hyvin tärkeää. Avanneleikattu voi juoda ja syödä yleensä hyvinkin normaalisti huomioiden muut mahdolliset rajoitukset. Moni leikattu avannepotilas kokeekin helpottavana, että tutuista, mielekkäistä ruoista etsitään sopivia vaihtoehtoja sopeutumisajalle. Lähtökohtana ohjaukselle tulee olla potilaan tottumukset sekä hänen elämäntilanteensa. (Hyvärinen 2012, 41-42.)

Kaikilla avanneleikatuilla potilailla on oikeus hyvään ravitsemusohjaukseen. Sopeutuminen leikkauksen jälkeen vie useammin enemmän aikaa, kun potilas osaa odottaa, joten kannustaminen ja motivointi ovat tärkeitä. Tiedon jakaminen on tärkeää, sillä Kuopion yliopiston tutkimuksen mukaan kaksi kolmesta avanneleikatusta potilaasta toivoi saavansa lisää ruokavalio-ohjausta. He halusivat

saada tietoa muun muassa tukkeutumisen ja ilmavaivojen ehkäisystä, avanteen toiminnasta ja toimintatiheydestä sekä esimerkiksi kasvisten ja kuitujen turvallisuudesta käytöstä. (Hyvärinen 2012, 44.)

Ruokavalio on hyvin yksilöllinen paksusuoliavannepotilailla; jokin ruoka toiselle sopii ja toiselle taas ei. Potilas voikin yksitellen lisätä ruoka-aineen ruokavalioonsa. Näin hän huomaa heti, mikä hänelle sopii ja mikä ruoka-aine tuo ongelmia. Leikkauksen jälkeen tulee kokeilla mietoja ruoka-aineita. Heti leikkauksen jälkeen jokin ruoka ei sovi, mutta myöhemmin sopiikin nautittavaksi. Karkeakuituisia kasviksia, suuria siemeniä, sitkeitä kalvoja ja kuoria sisältäviä ruokia olisi hyvä välttää. Ruoka on tärkeä pureskella aina huolella, jotta mahalaukusta suolistoon siirtyvä ruokasula olisi mahdollisimman pilkkoutunut. Kuitupitoiset ruoat auttavat ummetukseen. Näitä ovat muun muassa kasvikset, hedelmät, täysleipä sekä puurot. Myös runsas juominen on suositeltavaa. (Hokkanen, Liukkonen 2002, 88–89.) Oppaassa (LIITE 1) olevasta kaaviosta, osiossa ravitsemus, voi tutustua suositeltuihin sekä mahdollisesti ruoansulatusvaivoja aiheuttaviin eri ruoka-aineisiin.

Yksi suoliavanteisiin liittyvä ongelma on suolen tukkeuma. Riski tukkeumaan on suurin leikkauksen jälkeen ensimmäisinä kuukausina, mutta se ei häviä koskaan. Tukkeuman aiheuttaa muun muassa suolisaumassa oleva turvotus leikkauksen jälkeen, jolloin se jää joustamattomaksi. Pureskelematon ruoka saattaa tällöin tarttua sulosaumaan. Leikkauksesta aiheutuu myös vatsan alueelle kiinnikkeitä, jotka edesauttavat tukoksen syntyä. Oireita voivat ovat pahoinvointi, turvotus, kipu sekä oksentelu. (Hyvärinen 2012, 43.)

Tukkeumariskiä voivat vähentää tai sen voivat ehkäistä seuraavat asiat:

- rauhallinen ruokailu, jolloin ruoka pureskellaan kunnolla
- oikeanlainen, riittävä nesteensaanti kuivumisen varalta
- juoman juominen vasta, kun suu on tyhjä
- vaikeasti sulavien elintarvikkeiden kokonaan välttäminen
- hyvin kypsennetty liha ja kala sekä kasvikset (mielellään soseutettuna)
- riittävä liikunta (Hyvärinen 2012, 43.)

Ummetus on etenkin sigmoidostooma-potilaiden ongelma. Ummetusta voi ehkäistä samalla tavalla kuin tukkeumaa. Luumun, kuidun sekä runsaan veden nauttiminen hoitavat ummetusta. Ripulista sekä nestetasapainon vaihtelusta kärsivät enemmän ohutsuoliavannepotilaat, mutta myös paksusuoliavannepotilaat. Kuitenkin antibiootit, suolen sopeutumattomuus tai vääränlainen ravinto voivat myös lisätä ripulia ja näin heikentää nestetasapainoa. Ripulia lisäävät muun muassa raakakasvikset, alkoholi, kahvi sekä runsas sokeri. Sitä taas vähentävät puurot, kuitulisä, valkoinen tai täysjyvävilja sekä kasvien, hedelmien ja marjojen kypsyttäminen. Vaikeissa ripulitilanteissa voi käyttää apteekin tai kotitekoista ripulijuomaa. (Hyvärinen 2012, 44–47.)

Jos kaasua muodostuu reilusti, niin se aiheuttaa kipua erityisesti leikatussa vatsassa, vaikka se kulkisi suolessa. Kaasun purkautumista avannepussiin ei voi hallita, joten myös kaasun purkautuminen voi lisätä käyttäjälle epämiellyttävää tunnetta. Juominen aterian yhteydessä saattaa lisätä kaasua suolistossa, kun samalla niellään ilmaa. Vaikka kuitupitoista ruokaa tulisi suosia paksusuoliavannepotilaan ruokavaliassa, voi tämä kuitenkin lisätä potilaan ilmavaivoja. Erityisesti tuore ruisleipä, herneet, sipuli, lanttu, kaali ja raaka omena lisäävät suoliston kaasuja. Edellä mainitut lisäävät myös avanteeseen hajuhaittoja. Myös antibiootit, kala, kananmuna, voimakkaat mausteet sekä erilaiset kivennäis- ja vitamiinivalmisteet voivat aiheuttaa pahaa hajua. (Hyvärinen 2012, 45–46; Hokkanen & Liukkonen 2002, 88–89.) Oppaassa (LIITE 1) voi tutustua tarkemmin ruoka-aineisiin, jotka saattavat aiheuttaa ravitsemusongelmia paksusuoliavannepotilaalle.

#### 4.2 Avannesidoksen vaihto

Avannesidoksen vaihdossa tulee huomioida monia eri tekijöitä. Avannelevyn reikä tulee leikata oikean kokoiseksi suolen pään koko huomioiden. Avannelevyistä löytyy myös valmiilla aukolla olevia, mutta vastaleikatulle potilaalle valmisreikäistä avannelevyjä ei voi käyttää, sillä avanteen koko muuttuu vielä muun muassa suolenpään turvotuksen vähentyessä. (Päivi Kallio, henkilökohtai-

nen tiedonanto 3.3.2017). On siis suositeltavaa, että avannetta mitataan säännöllisesti. Leikkauksen jälkeen avanne turvotusten jälkeen pienenee. Mittaus onnistuu muun muassa sidoslaatikoiden mukana olevalla avannemitalla. Eritteen aiheuttamilta vaurioilta säästyy oikean kokoisella ihosuojalevyn aukolla. Sidosten optimaalinen vaihtoväli, johon tulisi pyrkiä, on kaksi tai kolme kertaa viikossa. (Isoherranen 2015,15.)

Jos kuitenkin eritettä pääsee sidoksen pohjalevyn alle, levyn aukko on leikattu liian isoksi tai pieneksi avanteen kokoon nähden, niin on syytä vaihtaa avannesidos. Myös ihon kutinan tai kirvelyn vuoksi on syytä vaihtaa sidokset. Suolieritettä kertyy aamulla vähiten, joten tällöin on helpoin aika tehdä sidoksen vaihdos tai muutama tunti ruokailun jälkeen. Potilaan kunnon huomioiden sidoksen vaihdon voi tehdä joko potilaan sängyssä tai vessassa. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 72; Andersson & Forsström 2004, 21–22.)

Avannesidosta vaihtaessa tulee ensimmäiseksi varata kaikki tarvittavat välineet lähettyville. Näitä ovat avanteeseen käytettävä sidos pusseineen, kynä, sakset, mallilevy, ihonhoitoaineet, roskapussi vanhan sidoksen hävittämiseen, puhdistamiseen ja kuivaamiseen harsotaitoksia tai pehmeää paperia (Hokkanen & Liukkonen 2003, 72). Sidoksen pussi voi olla joko kertakäyttöinen, mikä on tarkoitettu kiinteälle ulosteelle tai tyhjennettävä pussi, mikä taas on tarkoitettu löysälle ja puolikiinteälle ulosteelle (Andersson & Forsström 2004, 24).

Avannesidos poistetaan hellävaraisesti, sillä nopea kiskaisu voi ärsyttää ihoa. Poistaminen tapahtuu ylhäältä alaspäin ihoa tukien toisella kädellä. Avannepus- sissa oleva uloste tyhjennetään wc-pyttyyn ja sidokset voidaan hävittää sekajät- teiden mukana. Uutta sidosta laittaessa ihon tulee olla kuiva sekä karvaton mi- hin pussi kiinnitetään. Jos potilaalla on karvoja kiinnitysalueella, niin ne tulee ajaa pois myötäkarvaan. Kiinnitysalueen ihoa tulee käsitellä varoen ja sitä ei saa hangata. Sen voi puhdistaa ihonlämpöisellä vedellä ja mahdolliset pastan tai pohjalevyn liiman jäänteet tulee poistaa varovasti esimerkiksi siihen tarkoite- tulla liimanpoistoaineella tai miedolla saippualla. Iho kuivataan esimerkiksi har- soilla taputtelemalla ja annetaan kuivua. Ihon kunto tarkistetaan. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 73.)

Kun avanneaukko on mitattuna, niin on hyvä leikata esimerkiksi pahville malli- aukko. Mittaamiseen voi käyttää läpinäkyvää muovia, joka asetetaan avanteen päälle ja piirretään ääriviivat. Tämän jälkeen, kun malli on sopiva, se siirretään pahville, josta on helppo katsoa seuraavan vaihdon yhteydessä taas pohjalevyn aukon koko. Jos avanne on epäsymmetrinen, niin on hyvä merkata jollain kuvi- olla vaikka aukon yläpuoli. On muistettava, että avanne saattaa muuttua varsin- kin leikkauksen jälkeen turvotusten vähentyessä, joten sidostenvaihdon yhtey- dessä on aina tarkistettava mallipahvia. Jos esimerkiksi ihoa jää näkyviin, niin mallikappaletta tarvitsee pienentää. Mallikappaleen avulla piirretään pohjalevyl- le mitatun avanteen ääriviivat, johon leikataan käyrillä saksilla aukko. Pohjale- vyn reunoja voi pyöristää sekä pehmentää sormilla pyörittämällä. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 74–75.)

Avannesidoksia on kahdenlaisia: yksiosaisia sekä kaksiosaisia. Molemmissa vaihtoehtoissa pussi on joko tyhjennettävä tai kertakäyttöinen. Yksiosaisessa järjestelmässä pohjalevyyn on pussi kiinnitetty. Tällöin sidosta vaihdettaessa vaihdetaan kokonaan sidos, mutta jos pussi on tyhjennettävä, niin sidos voi olla paikoillaan tarvittavan ajan. Yksiosaisen pohja on joustava, mutta vuotoja voi tulla enemmän kaksiosaiseen verrattuna. Kaksiosaisessa taas pussi ja pohjale- vy ovat erillään eli pussin voi vaihtaa ilman pohjalevyn irrottamista. Jokaisessa tapauksessa pussi on kuitenkin aina vaihdettava tai tyhjennettävä, kun se on 2/3 täynnä. (Andersson & Forsström 2004, 25–26.)

Kun sidosta kiinnitetään iholle, niin pohjalevyä tulee ensiksi lämmittää esimer- kiksi käsissä, sillä sen liima kiinnittyy helpommin ruumiinlämmössä. Levystä poistetaan suojapaperi, jonka jälkeen avanne asetetaan alkaen alapuolelta, jon- ka jälkeen se painellaan tasaisesti ihoa vasten avanteen juureen asti. Jos ky- seessä on kaksiosainen sidos eli levy ja pussi ovat erillään, niin tässä vaihees- sa kiinnitetään ulosteen keräyspussi. Kun sidos ja pussi ovat paikoillaan, niin avanteen pussia nostellaan varoen, jolla varmistetaan kiinnittyminen. (Anders- son & Forsström 2004, 23; Hokkanen & Liukkonen 2003, 75).

#### 4.2.1 Ihonhoito

Ihonhoito on keskeinen osa avannepotilaan hoitamista. Tutkimuksissa on tullut esille, että avannepotilaat pitävät tärkeänä hallita avanteen hoito. Vaikka he eivät itse hoitoa tekisi, niin tuki ja tieto avanneleikkauksen jälkeen koetaan tärkeäksi selviytymisen kannalta (Elomaa ym. 2010, 7). Iho-ongelmat ovat hyvinkin yleisiä avanneleikatuilla potilailla. Potilaat eivät kuitenkaan aina tiedosta iho-ongelmiaan ja toisaalta he myös tottuvat niihin sekä luulevat niiden kuuluvan asiaan, vaikka näin ei pitäisi olla. (Järvi 2012, 75.)

Ihon hoito on tärkeää, sillä avannetta ympäröivän ihon kunto vaikuttaa sidoksen pysyvyyteen. Jos sidos poistetaan liian kovakouraisesti, niin tämä saattaa kuoria ihoa aiheuttaen haavaumia ja punoitusta. Tällöin on suositeltavaa käyttää kaksiosaista sidosta, jolloin tiheiltä sidosvaihdoilta vältytään ja iho pääsee lepäämään. Avanteen ympäröivä iho puhdistetaan, kuten muualtakin haalealla vedellä. Liian lämmin vesi poistaa ihon luonnollista rasvakerrosta kuivattaen ihoa, mikä taas heikentää ihon omaa puolustusmekanismia. Mietoa saippuaa voi käyttää iholle. Avanne on tunnoton, joten veden lämpötilaa tulee tarkkailla suihkuttamisen yhteydessä. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 85.)

Avanteen limakalvon väriä sekä vitaalisuutta tulee tarkkailla. Liian vaalea väri voi kertoa matalasta hemoglobiinista ja tummanpunainen taas verenkiertohäiriöstä. Myös muotoon tulee kiinnittää huomiota: kuinka paljon avanne on pullistunut ulospäin sekä mahdollinen tyrän muodostuminen avanteen ympärille. Ihon, erityisesti avanteen ympärillä olevan, tarkkailu on tärkeä osa avanteen hoitamista. (Alila ym. 2013, 212). Jotta iho pysyisi hyvässä kunnossa, niin sidoksen vaihdon yhteydessä on hyvä antaa ilmakyppyä avannetta ympäröivälle iholle sekä tarkistaa ihon kunto (Hokkanen & Liukkonen 2003, 72.)

#### 4.2.2 Ihonhoidon komplikaatioita

Kolmasosa avannehoitajan luona tapahtuvista käynneistä koskevat avanteen ympärysihon ongelmia. Ympärysihon ongelmien on raportoitu olevan jopa 60

prosentin luokkaa. Iho-ongelmat tuovatkin ongelmia avanteen hoitoon. Ne muun muassa estävät kiinnityslevyn tarttumisen, jolloin eritettä vuotaa iholle. Tämä taas pahentaa iho-ongelmaa. On hyvä muistaa, että psoriaasi, atooppinen ekseema, seborroinen ekseema tai mikä tahansa ihosairaus voi esiintyä avanteen ympärillä. Sidosten vaihdon yhteydessä voi tapahtua myös mekaaninen vaurio, joka saattaa johtua esimerkiksi sidosten vaihdon väärästä tekniikasta tai liian tiheästä vaihtovälistä. (Isoherranen 2015, 14–16.)

Ärsytysihottuma on ylivoimaisesti yleisin syy avannetta ympäröivän ihon vaurioitumiseen. Se ilmenee kutinana, ihon punoituksena, hypergranulaationa tai rikkoutumisena. Allergisesta kosketusihottumasta sitä on vaikea kliinisesti erottaa. Avanteen vuodon korjaaminen on usein riittävä hoito ärsytysihottumaan, mutta vaikeaan ihottumaan voi hyvä olla käyttää myös liuosmaista kortikosteroidia. Voidemaisten valmisteiden käyttö vaikeuttaa sidosten tarttumista ihoon. (Isoherranen 2015, 14.) Sieni-infektio esiintyy iholla punoittavana sekä kutisevana ihottumana. Pitkään jatkuneessa sieni-infektiossa voi näkyä iholla myös rupeutumista sekä hilseilyä. Diagnoosi varmistetaan sieniviljelyllä ja sen hoitoon käytetään puuterimaisia sienilääkevalmisteita. Vaikeissa tapauksissa myös suun kautta otettavaa lääkitystä voidaan harkita. (Isoherranen 2015, 15.)

Ihoinfektioita aiheuttavat tyypillisimmin bakteerit tai hiiva. Karvatupen tulehdus eli folliculiitti on bakteerin aiheuttama ja se ilmenee karvatuppien pieninä märkärakkuloina tai haavoina. Bakteerit aiheuttavat märkärupea, mikä eroaa tavallisesta märkäruvesta niin, että avannesidokset vievät mukanaan tyypillisen keltaisen eritteen sekä märkärakkulat. Tällöin iholla voi olla ihorikkoa, yksittäisiä pusteleita tai punoitusta. Jos tulee bakteeriepäilyä, niin on suositeltavaa bakteeriviljelyn herkkää ottamista. Hoitona käytetään antibioottia voiteena sekä mahdollisesti myös suun kautta otettavana. Oikeanlainen karvanpoistomenetelmää (partahöylällä karvankasvun suuntaisesti) on tärkeä toteuttaa tai vaihtoehtoisesti potilaan kunnan huomioiden opettaa potilaalle. (Isoherranen 2015, 15.)

### 4.3 Henkinen tuki

Avannepotilaan elämänlaatua edistää hyvä hoitaja-potilasyhteistyösuhde. Tutkimusten mukaan avannepotilas pitää tärkeänä saada tietoa arkielämästä selviytymiseen sekä sitä rajoittavista tekijöistä. Tutkimuksessa haastatellut potilaat pitivät tärkeänä sitä, että avannehoitajat rohkaisivat normaaliin elämään avanteen kanssa sekä tulevaisuuden suhteen. Ravitsemusasiat nousivat myös keskeisiksi eli tieto ruoka-aineista ja vältettävistä ruoka-aineista, jotka aiheuttavat muun muassa ummetusta. Pelko ja huoli omasta tilanteesta sekä tulevaisuudesta olivat yleisin tunne muiden tunteiden ohella kokemuksellisella osaluueella. (Elomaa ym. 2010, 6–7.)

Kehonkuva muuttuu usein avanneleikkauksen myötä, mikä vaikuttaa potilaan minäkuvaan. Jatkuva stressi ja jännitys, seksuaalinen epävarmuus, itsetunnon heikkeneminen sekä hallinnan tunteen menettäminen voivat tulla potilaalle kehonkuvan muutoksen myötä. Ohjatessa hoitajan on siis tärkeä rohkaista potilasta kertomaan vaikeista aiheista sekä tunteista. Potilaan jännityksen rauhoittamista sekä omatoimisuutta voidaan edistää voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus tarkoittaa tiedostavan potilaan terveyden tukemista hoitoon liittyvissä ongelmissa sekä hallinnassa. Se edistää potilaan tiedonsaantia, jonka hoitohenkilökunta välittää ja tarkistaa. Tällä ohjaustavalla potilaan mahdollisuudet osallistua hoitoon sekä päätöksentekoon vahvistuvat. (Elomaa ym. 2010, 5.)

*Vaikka jokainen meistä on luovalla tavalla osallisena elämäntarinansa muokkaamisessa, emme kuitenkaan voi täysin vapaasti valita tai muuttaa tarinaamme. Jokaisen ihmisen elämäntarinassa on tiettyjä reunaehtoja, joihin ei voi vaikuttaa. Näitä reunaehtoja ovat muun muassa sairaus... (Mäkisalo-Ropponen 2011, 191.)*

Potilaan ohjausta ja sen tavoitetta voidaan määritellä monella tavalla, kuten traditionaalisenä tai potilaskeskeisenä, mutta päätavoitteena voidaan kuitenkin pitää potilaan voimavarojen tukemista ohjauksen avulla. Ohjaaminen on keskeisiä hoitotyön toimintoja, ja hoitotyön etiikan oleellisimpia asioita on ohjauksen etiikka. Yksi etiikan tärkeimmistä piirteistä on tiedottaminen: potilaalla on



oikeus tietää hänen hoidosta sekä terveydestä (Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 4–5). Aito läsnäolo on tärkeintä kriisissä olevan ihmisen kohtaamisessa, ja sen tulee perustua rehellisyydelle. Lohdutus on hyvä, mutta sen tarkoitus ei saa olla potilaan tunteiden (suru, pelko, viha) kadottaminen. Tunteiden tukahduttaminen uuvuttaa ja potilaan on vaikea lopulta kohdata ne. (Mäkisalo-Roponen 2011, 199.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KUVAUS

### 5.1 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyö on opas sekä raportti yhteistyökumppanille tehostetun palveluasumisen yksikköön Tammenlehväkeskukseen, joka käsittää kahta 15 asiakaspaikkaista osastoa. Koska kyseessä on avopalvelu, tehostettu palveluasumisyksikkö, niin tuotetut hoivapalvelut ovat ympärivuorokautisia. Lähtökohta osastolle siirtymiseen on asukkaiden psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn aleneminen niin, etteivät he selviydy kotona asumisesta itsenäisesti, omaisten tai kotihoidon turvin. Asuminen pyritään luomaan mahdollisimman kodinomaiseksi asukkaan ja hänen lähiomaisten kanssa. Hoitoon osallistuu aktiivisesti asukkaiden itsensä lisäksi myös pääsääntöisesti heidän omaiset, joita informoidaan tarvittaessa. (Tammenlehväkeskus Oy, i.a).

Osastolla olevat asiakkaat ovat iältään 85–98-vuotiaita kotona pärjäämättömyyden vuoksi palveluasumisyksikköön muuttaneita miehiä sekä naisia. Asiakkaat ovat monisairaita, pääsääntöisesti muistamattomia. Asukkaat ovat Tampereen kaupungin asiakkaita, jotka ohjautuvat kaupungin toimesta osastolle. Tammenlehväkeskukseen kuuluu myös palvelukoteja, missä palvelut tuotetaan veteraaneille ja heidän puolisoilleen kotihoitona klo 07-22. Myös tästä asumismuodosta siirtyy paljon tehostetun palveluasumisen piiriin asukkaita kotona pärjäämättömyyden vuoksi. (Kaija Majamaa, henkilökohtainen tiedonanto 4.3.2017.)

Työyhteisö on moniammatillinen, missä hoitohenkilökuntaan kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, hoiva-avustaja, tarvittaessa fysioterapeutti sekä palveluesimies. Osaston oma lääkäri käy kerran kahden viikon aikana paikan päällä, mutta on tavoitettavissa virka-aikana maanantaista perjantaihin kello 8-16. Sairaanhoitaja on paikalla arki-aamuisin. Kyselyyn vastaajat ovat osastolla työskenteleviä hoitajia.

## 5.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä raportin sekä oppaan muodossa. Tuotoksen tarkoituksena on käsitellä asiaa hoitotyön näkökulmasta huomioiden potilaan henkiset voimavarat. Työn tekemisen aloitin syksyllä 2016. Aihetta rajattiin lopulliseen muotoon alkuvuodesta 2017. Rajauksen jälkeen aloin tekemään opasta miettien tekstiä sekä kuvitusta siihen. Valmiin tuotoksen arvioivat työyhteisön työntekijät avoimin kyselylomakkein. Palautteen analysoin laadullisen tutkimuksen kautta.

### 5.2.1 Suunnittelu

Aihetta vielä sen enempää varmistamatta oli lähtökohtana se, että se olisi luonnollisesti työelämän yhteistyökumppania palveleva. Kun löytyi työelämän yhteistyökumppani, niin aloimme rajata eri vaihtoehtoja mahdollisesta aiheesta. Työ rajattiin lopulta raportiksi ja oppaaksi paksusuoliavannepotilaan ohjaamisesta sekä hoidosta. Tämä palvelisi osaston sen hetken sekä tulevaa tarvetta, sillä erikoissairaanhoidosta siirtyvä avannepotilas on nykyään useimmiten monisairas ikäihminen (Havholm 2012, 143). Koska hyvä suunnittelu ja valmistelu ovat onnistuneen potilasohjauksen keskeisiä asioita, pitää suunnittelu aloittaa jo tavoitteiden asettamisesta ja tarpeista (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 26–27).

Kirjoittamisen etenemisen kannalta pidin hyvänä keinona otsikoida kappaleet valmiiksi ennen varsinaista kirjoittamista. Kirjoittamista ennen hankin mielestäni mahdollisimman monipuolisesti lähteitä, joiden kautta sain ajatuksen työn kululle. Aihe minulla oli jo, mutta lähteitä tutkimalla sain näkökulmaa aiheellisiin osioihin. Myös Dansacin aluepäällikkö listasi oman näkökulmansa mukaan tärkeitä asioita, joita avanteenhoidossa olisi osastolla työskentelevän hoitajan hyvä huomioida. Lähtökohtana pidin kuitenkin työyhteisön tarvetta, joka määritteli myös raportin sekä oppaan osa-alueita. Tarkoituksena oli molempien sekä raportin, että oppaan luovuttaminen työyhteisön käyttöön. Työn etenemiseen vaikutti myös ohjaavan opettajan näkökannat.

### 5.2.2 Toteutus

Toiminnallisena opinnäytetyönä voidaan pitää erilaisia produktioita, kuten ta-  
pahtumaa, näyttelyä, opasta tai vastaavaa. Kuitenkin yhteisenä tekijänä toteu-  
tustavasta huolimatta toiminnallisen opinnäytetyön ilme luodaan viestinnällisin  
ja visuaalisin keinoin. Funktion on, että produktio palvelee kohderyhmää tar-  
koituksenmukaisesti sekä opasta lukevia ohjaajia, että ohjattavaa (Airaksinen  
& Vilka 2003, 51). Oppaasta löytyy muun muassa tietoa Kelan  
sosiaaliturvaeduista, sillä tehostetussa palveluasumisessa asukkaat maksavat  
kaiken itse. Mielestäni on tarkoituksen mukaista mainita myös näistä, että  
ohjattava avannepotilas on tie-toinen hänelle kuuluvista eduista.

Koska tarkoituksenani oli tehdä informatiivinen ja ytimekäs opas, niin painoar-  
voa asetin sille, että valikoidut teksti sekä kuvat ovat harkittuja oppaassa. Luet-  
tavuuden kannalta oleellisia ohjeissa ovat otsikot, väliotsikot sekä kuvat, sillä  
esimerkiksi kuvat herättävät parhaimmillaan mielenkiintoa ja helpottavat luke-  
mista (Heikkinen ym. 2002, 39–40). Asian tulee olla helposti luettavaa sekä  
sa-malla informoivaa.

Kirjoitusasu on tärkeä hallita, mutta myös tekstin tulee olla tarkoituksenmukaista  
ja toimivaa (Airaksinen & Vilka 2004, 83). Tästä johtuen työssä on tietyt aihe-  
alueet, kuten muun muassa ravitsemus, ruoansulatusjärjestelmä ja avan-  
nesidosten vaihto. Niin kuin raportista jo aiemmin selviää, niin oikeanlainen ra-  
vitsemus on tärkeää avanteen hoidossa sekä ruoansulatusjärjestelmän ymmär-  
täminen. Työelämäyhteistyökumppanin puolesta taas korostettiin muun muassa  
avannesidoksen vaihtoa, sillä se ei ollut yhtenäinen osastolla.

Myös työyhteisön eri piirteitä, kuten työntekijöiden ikää, asemaa sekä aiempaa  
tietämystä aiheesta tulee myös huomioida opasta tehdessä (Airaksinen &  
Vilka 2003, s.129). Työtä tehdessä tulee siis huomioida, että lukija voi olla  
uralla pitkään ollut hoitaja tai vasta-alkanut opiskelija. Tämä on yksi syy,  
minkä takia tekstin ymmärrettävyyden tärkeys korostui.

Oppaan tulee siis olla ymmärrettävä, mutta myös mielekkään näköinen. Tämän huomioon oppaan visuaalisessa puolessa. Kuvat joita oppaassa esiintyy, ovat itse ottamia tai Dansacin verkkosivuilta. Lupa kuvien käyttöön on kysytty Dansacin Suomen aluepäälliköltä. Oppaan sivujen koko on A4. Sivut laminoin ja ne ovat kaksipuoleisia. Sivut tulevat kansioon. Sivut ovat irrotettavissa, jos sivuja halutaan ottaa hoitotapahtuman tueksi, kuten ruokailun yhteyteen tai avanesidosten vaihdon yhteyteen. Koska sivut ovat laminoitu, niin niitä pystyy pyyhkimään muun muassa hoitotilanteen (ruokailu, sidosten vaihto) jälkeen. Kustannuksia kertyy vähän. Tulostamisen, sivujen laminoimisen sekä kansion saan työelämän yhteistyökumppanin puolesta. Valmiin tuotoksen eli raportin sekä oppaan jätän työyhteisön luettavaksi.

### 5.2.3 Arviointi

Työni arviointi tapahtui luonnollisesti koulun puolesta, mutta myös monen muun tekijän kautta ennen julkaisua, kuten työelämäyhteistyökumppanin, työntekijöiden sekä oman arvioinnin kautta. Opinnäytetyön tekemisen prosessin aikana arvioin jatkuvasti itse työtäni, mutta myös työntekijöiltä sekä työelämäyhteistyökumppanilta saamani palaute toi uusia näkökantoja työhöni. Heiltä sain muun muassa visuaalisesta puolesta sekä asiasisällöstä palautetta.

Työn arvioin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Laadulliseen tutkimusmenetelmään päädyin siksi, että tarkoituksena oli saada suuntaa antavaa tietoa muun muassa työntekijöiden kokemuksia oppaasta (visuaalisuus, informatiivisuus, osastolla toimivuus). Arvioinnin pyysin anonymisti kirjallisin lomakkein. Kaikilta haastateltavilta on kysytty samat kysymykset. Sillä, että kysely tapahtui anonymisti, uskoin olevan myönteinen vaikutus. Läsnäoloni ei mahdollisesti vaikuttanut vastauksiin. Kysymykset oli muotoiltu niin, että sain vastauksia opasta koskeviin palautteisiin, kuten juuri informatiivisuus sekä oppaan visuaalisuus. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 63.) Kyselyn toteuttamiseen pyysin tehostetun palveluasumisen yksikön palveluesimieheltä luvan.

Koska pääasiallinen käyttäjä oppaalle tulee olemaan työyhteisö, niin pyysin heiltä kirjallista palautetta, sillä opas palvelee heidän tarvetta ja käyttötarkoitusta tulevaisuudessa. Arviointi tapahtui työyhteisön puolesta kyselylomakkeiden (Liite 1) avulla, jotka työntekijät palauttivat anonymisti. Ajatuksena oli, että palaute olisi mahdollisesti helpompi antaa ilman läsnäoloani. Lomakkeissa kysyin muun muassa ammattia, jonka avulla pystyisin mahdollisesti kartoittamaan eri ammattien välillä ajatusta oppaan informatiivisuudesta. Kyselylomakkeessa tiedustelin lisäksi oppaan ulkonäköä, ymmärrettävyyttä sekä hyödyllisyyttä osastolla.

## 6 POHDINTA

Usein opiskelijoiden oletuksena on, että toiminnallinen opinnäytetyö on helpompi verraten esimerkiksi tutkimukselliseen opinnäytetyöhön. Kuitenkin lähestymistapa toiminnalliseen opinnäytetyöhön tulee olla tutkiva, sillä työtä tehdessä pitää olla aineiston suhteen valikoiva, tarkasteleva sekä perusteleva. (Airaksinen & Vilkka 2003, 154.)

### 6.1 Työn eettisyys sekä luotettavuus

Opinnäytetyön eettisyyttä kuvatessa tulee huomioida monia eri tekijöitä, jotka vaikuttivat eettisyyteen. Opinnäytetyön raportointi sekä analysointi tulee pohjautua rehellisyyteen. Etiikka on oppia väärästä sekä oikeasta ja sen avulla pystytään esimerkiksi miettimään mikä hoitotyössä on oleellista. Raporttia ja tutkimusta tehdessä oli tärkeää, että on huomioitu halutun tiedon saavuttaminen eettisin menetelmin. Tämän opinnäytetyön eettisiin tekijöihin voidaan luetella muun muassa ammattietiikka ja eri lait, jotka määrittelevät toimintaa sekä omat ja tutkittavan kohteen eettisyys. (Lahtinen 2006, 6–7; Juvakka & Kylmä 2007, 146–147.) Asiat on käyty työssä niin läpi, että kenenkään henkilöllisyys ei paljastu. Työn tekemisessä yleisenä periaatteena toimii toisen kunnioitus ja korrek-

tius sekä osaston konkreettinen tarve oppaalle yhtenäisen hoidon ja potilaan ohjauksen saamiseksi.

Työn sisältö perustuu harkittuihin lähteisiin. Lähteissä pitää olla kriittinen, joten mahdollisuuksien mukaan työhön on valikoitunut tutkittua tietoa alan lehdistä sekä kirjallisuudesta. Avannetta ja siihen liittyvää hoitoa on tutkittu niukasti, mikä näkyi vähäisenä lähteiden saatavuutena. Kuitenkin avanteeseen liittyviä ilmiöitä, kuten minäkuvan muutosta ja jaksamista on tutkittu hieman, joita pystyi hyödyntämään työssä. Kyselyyn osallistuneet henkilöt ovat osastolla työskenteleviä, joten juuri heille teetettynä kysely oli palautteen puolesta työn arviointia palveleva.

Oppaassa on tuotu esille esimerkiksi avannepotilaan kohtaaminen, koska sillä saattaa olla keskeinen vaikutus hoitoon. Potilas voi kokea, että hänen hoitoonsa puututaan tai toisaalta häntä ei huomioida tarpeeksi. Hoitajan tulee ymmärtää potilaan taustat ja potilaan tulee ymmärtää hoidon lähtökohdat ja periaatteet miksi toimitaan näin. Potilasohjaus ja sen toimivuus ovat sidoksissa molemminpuoliseen ymmärrykseen. Terveystieteiden eettinen neuvottelukunta on listannut eri terveydenhuollon tehtävät. Ne ovat kärsimyksen lievittäminen, sairauksien ehkäisy sekä terveyden edistäminen. Eettisiä periaatteita terveydenhuollossa ovat: oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeus, keskinäinen arvonnanto, ihmisarvon kunnioitus, ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja oikeudenmukaisuus. (Lahtinen 2006, 6–7).

Jotta toiminta ja ohjaus olisivat mahdollisia hoitoalalla, niin toiminnalle pohjan ja velvoitteen luovat yleiset normit sekä erityisesti lait. Esimerkiksi hoitajan toimintaa määrittelee laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Se takaa muun muassa potilaalle ammattitaitoista hoitoa sekä velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä huomioimaan toiminnassaan potilaalle koituvan hyödyn, mutta myös haitan. Hoitaja onkin velvollinen toimimaan koulutuksensa mukaisesti sekä pyrittävä jatkuvasti täydentämään niitä jatkuvasti kehittyvässä terveydenhuollossa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994; Lahtinen 2006, 6.)

Potilaan asemaa määrittelee muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista, mikä oikeuttaa kaikille Suomessa asuville hyvän hoidon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) sekä kansanterveyslaki, jonka myötä määritellään sairauksien ehkäisy ja terveyden edistäminen (Kansanterveyslaki 1972). Potilaan asemaa edistävät myös tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslaki, jotka edistävät yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa (Yhdenvertaisuuslaki 2014; Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 1986). Lakeja tulee siis huomioida muun muassa potilaan ohjauksessa ja näin ollen hoidon tulee olla aina kunnioittavaa potilaan ihmisarvoa sekä oikeuksia kohtaan (Lahtinen 2006, 6–7).

## 6.2 Palautteen tarkastelu

Palautteiden analysointi tapahtui laadullisena tutkimuksena. Vastauksia tuli viisi kappaletta ja kaikki vastaajat olivat joko perus- tai lähihoitajia. Näin ollen en saanut vastausta, että kokeeko tietty ammattikunta oppaasta puuttuvan jotain oleellista tai olevan liikaa asiaa aiheeseen liittyen. Tarkoituksena oli saada myös näkökulmaa opiskelijan sekä sairaanhoitajan näkökulmasta. Kyselyssä oli oppaaseen liittyen viisi väittämää, joihin kaikkiin vastaaja vastasi numeroin yhdestä kolmeen. Yksi tarkoitti eri mieltä, kaksi osaksi samaa mieltä ja kolme samaa mieltä. Lisäksi vastaajan oli mahdollista avata vastausta myös sanallisesti. Palautteen purku tapahtui laskemalla vastausten keskiarvo väittämäkohtaisesti sekä analysoimalla sanallinen palaute.

Ensimmäinen kohta ”Opas oli informatiivinen”-osioon keskiarvo vastauksilla oli kolme. Tässä osiossa hain palautetta oppaan sisällöstä eli kuinka relevanttia ja opettavaista teksti on. ”Opas oli helposti luettava”-osiossa keskiarvo oli 2,8. Tarkoituksena oli saada palautetta tekstin jäsentelystä sekä tekstin ymmärrettävyydestä. Kolmannessa kohdassa ”Visuaalisesti opas oli hyvä” osiossa työntekijät antoivat keskiarvoksi kolme. Tämän kohdan tarkoituksena oli saada palautetta muun muassa oppaan ulkonäöstä, kuvista ja tekstin asettelusta ulkonäöllisesti. ”Pystyn hyödyntämään opasta työssäni jatkossa paksusuoliavannepotilaan kanssa”-kohdassa keskiarvoksi tuli kolme, kuten myös kohtaan ”Sain uutta tietoa paksusuoliavannepotilaan hoidosta”. Näissä osioissa tarkoitus oli



saada hoitajilta palautetta oppaan sisällöstä ja siitä, kuinka se palvelee heidän mielestään osaston tarvetta.

Kyselyiden yhteenvetona palaute oppaasta oli hyvä. Vastaajat kokivat sen informatiivisena eli tietoa oli hyvin ja se oli johdonmukaista. Visuaalisesti vastaajat myös kokivat oppaan hyväksi ja erityisesti kuvien käyttöä tekstin tukena pidettiin positiivisena. Opasta pidettiin hyödyllisenä osastolla, sillä kyseisestä asiasta ei paljon tietoa ollut. Monia asioita tuli vastaajille uutena, kuten avanteen eri kohdat sekä esimerkiksi avannepotilaan ravitsemukseen liittyviä asioita, kuten oikeanlainen pureskelu sekä oikeaoppinen nesteiden juominen. Vapaaehtoista palautetta vastaajat antoivat niukasti. Alla on lueteltuna lainauksia vastaajien antamista vapaaehtoisista palautteista:

- *Asiatietao ja opastusta oli hyvin käytetty oppaassa.*
- *Hyvä, sain uutta tietoa.*
- *Opas tarttui suoraan asiaan, eikä selitetty aiheen vierestä.*
- *Selkeä ja helppo lukea.*
- *Osa tekstistä piti lukea kahteen kertaan, että ymmärsin.*
- *Sopivissa määrin tekstiä.*
- *Hyvin tiivistetty asia ja ohjeet selkeitä.*

Olisin toivonut enemmän ja monipuolisemmin sanallisia vastauksia, mutta toisaalta ajattelin tehdä kyselylomakkeen mahdollisimman helpoksi niin, ettei se vie vastaajalta paljon aikaa. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteinä on muun muassa vähäinen osallistujia määrä, mutta kuitenkin painoarvoa annetaan myös

### 6.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tekemisen aloittaminen oli ajoittain hankalaa. Lopulta, kun pääsin vauhtiin työssäni, niin ongelmaa ei ollut enää työn tekemisessä tai jatkossaan aloittamisessa. Sain ohjaavalta opettajalta ajatusta työhön, minkä jälkeen pystyin rajaamaan työn lopulliseen muotoon eli potilaan ohjaamiseen ja hoitamiseen osastotyössä. Alun perin ajattelin keskittyä paksusuolen ongelmiin vielä

tarkemmin, mutta työ ei välttämättä olisi ollut enää johdonmukainen, vaan lähtenyt laajenemaan kohtuuttomasti. Aiheen myötä työ rajautui sopivaksi.

Kun aloitin työtä, niin oli tarkoitus keskittyä oppaassa avannehoidon toiminnalliseen osaan eli selviin ohjeisiin sidosten vaihdosta sekä ravitsemuksesta. Tarkoituksena oli, että oma ottamien kuvien avulla selvitän oppaaseen avanesidoksen vaihdon, mutta potilas valitettavasti menehtyi alkuvuodesta. Kuitenkin aineistoa selatessani päädyin myös painottamaan myös henkistä tukemista. Aineistoa selatessani potilaan kokemuksellinen sekä eettinen osa-alue nousivat myös hyvin keskeiseksi asiaksi avannepotilaiden hoidossa. Avannepotilaiden määrä tulee lisääntymään suolistosyöpien lisääntyessä (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Vartonen 2004, 501), joten tutkittu tieto avanteesta ja siihen liittyvästä hoidosta olisi mielestäni perusteltua laadukkaana hoidon takaamiseksi.

Raportti sekä opas onnistuivat hyvin. Raportin jäsentelin loogisesti, kerronnallisesti loogisessa järjestyksessä. Aloin kertoamaan ruoansulatuselimistä, sitten siirryin avanteeseen ja siitä varsinaiseen aiheeseen paksusuoliavannepotilaan ohjaukseen. Palaute oppaasta oli kiitettävää. Työyhteisö koki oppaan tarpeelliseksi sekä informatiiviseksi ja nämä olivatkin keskeiset tavoitteeni työlle. Sain palautetta, että työssä oli kohtia, jotka piti kahteen kertaan lukea. Tämä oli hyvä palaute, sillä itse sokeuduin tekstilleni ajoittain, joten jäsentely ei ollut ehkä niin loogista. Parantelin opasta vielä, jäsensin tekstiä ja korjailin kohtia, jolloin siitä tuli vielä mielekkäämpi ja helppolukuisempi. Toisaalta vastaajien tietämys ei välttämättä ollut tarpeeksi laaja avannepotilaan hoidosta, jolloin kehittämisideaa oppaan informatiiviseen osioon oli vaikea antaa. Tämän vuoksi olisin toivonut monipuolisempaa otantaa vastaajiin, jolloin palautteisiinkin olisi mahdollisesti tullut erilaisia näkökantoja. Opas oli ajankohtainen sekä palveli osaston tarvetta. Hoitajien tietämys avanteen hoidosta ei ollut kokonaisvaltaista ja hoidon toteutus ei ollut yhtenäistä. Opas herätti keskustelua hoitajien kesken. Aiheeseen tutustuttua nousi muun muassa ajatuksia, mitä asioita olisi pitänyt ja voinut tehdä toisin avannepotilaan hoidon suhteen.

Opinnäytetyön tekeminen oli kaikin puolin opettavaista. Tiedon hakeminen, asioiden organisointi ja aineistosta relevantin tiedon valitseminen harjaantui koko

ajan työn edetessä. Avanteesta opin itse paljon uutta. Merkittävintä opinnäytetyön tekemisessä on ollut oppi siitä, mitä voin tehdä käytännössä erilaisilla avannepotilaan hoitotyössä. Myös potilaan henkisen tuen merkitys korostui. Työn myötä tuli ajatus omasta toiminnasta ja potilaan tukemisesta avannepotilaan hoitotyössä. Avannepotilasta hoidettaessa suurin voimavara keskittyy usein juuri sidosten vaihtoon ja siihen liittyviin konkreettiseen tekemiseen. Koska avanteella on niin suuri vaikutus minä-kuvaan, niin potilaan henkistä tukemista ei tule jättää toissijaiseksi.

Haasteelliseksi työn tekemisen teki se, että tutkittua tietoa ei kovinkaan paljoa löytynyt potilaan ohjauksesta tai paksusuoliavanteen hoitamisesta. Käytin aktiivisesti kirjastonpalveluja, niin kaupungin kuin eri koulujen, joista oli suuri apu. Toiveena oli, että opinnäytetyön loppua korostaa monen sivun lähdeluettelo. Kuitenkin piti olla kriittinen ja valikoiva lähteiden suhteen. Esimerkiksi muuttaman lähteen kohdalla kävi niin, että tutustuttuani tekstiin paremmin kävi ilmi, että ne perustuivat 2010 Tutkivan hoitotyön artikkeliin, johon olin jo viitannut tekstissäni. Tämä vähensi omia lähteitäni, mutta toisaalta vahvisti harmillista faktaa, että avannetta ja siihen liittyvää hoitoa on tutkittu liian vähän.

## LÄHTEET

- Airaksinen, Tiina & Vilkka, Hanna 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Airaksinen; Tiina & Vilkka; Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Alila, Anja; Matilainen, Elina; Mustajoki, Marianne; Pellikka, Minna & Rasimus, Mirja 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Andersson, Eva & Forsström, Åsa 2004. Avanhoidon käsikirja. Vaasan keskussairaalan hoitohenkilöstölle tarkoitettu käsikirja.
- Berndtsson, Ina; Hultén, Leif; Palsenius, Inger 2000. Avanteenhoito- teoria ja käytäntö. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Viitattu 28.2.2017. Verkkojulkaisuna: <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkiva%20ammattikäytänää.pdf>.
- Elomaa, Leena; Eloranta, Sini; Johansson, Kirsi; Rasmus, Mari; Vähätalo, Mervi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva hoitotyö 8 (1), 4-11
- Finnilco 2013. Tietoa avanteesta. Viitattu 3.3.2017. Verkkojulkaisuna: <http://finnilco.fi/wp-content/uploads/2015/03/Tietoa-avanteesta-2013.pdf>
- Finnilco i.a. Sosiaaliturvaetuudet. Viitattu 4.3.2017. <http://finnilco.fi/tietoa/sosiaaliturva/>
- Finnilco i.b. Tietoa paksusuoliavanteesta, Viitattu 3.3.2017. Verkkojulkaisuna: <http://finnilco.fi/tietoa/paksusuoliavanne/>
- Havholm, Marita 2012. Avannepotilaan hoito ja ohjaus perusterveydenhuollossa. Teoksessa Mäkeläinen, Paula (toim.) Avanneleikatun hoito ja ohjaus - Konkretiaa ammattilaisille. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 143–155.

- Heikkinen, Helena; Tiainen, Sirkka; Torkkola, Sinikka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväiksi, opas potilasohjeiden tekemiseen. Tampere: Tammi.
- Heinonen, Ansa 2016. Avannepotilas uskaltaa puhua rohkeasti intiimeistä asioista. Savon Sanomat 30.9., Verkkojulkaisuna:  
<http://www.savonsanomat.fi/savo/Avannepotilas-uskaltaa-puhua-rohkeasti-intiimeist%C3%A4-asioista/846601>
- Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja; Rautava-Nurmi, Hanna; Vuorinen, Sinikka & Westergård, Airi 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki : Sanoma Pro Oy.
- Hokkanen, Ulla; Liukkonen, Kirsi 2003. Avanne. Mikkeli: Elinkeinoyhtymä Ulla Hokkanen ja Kirsi Liukkonen.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele; Valtonen, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo : WSOY Bookwell Oy.
- Hupli, Maija; Rankinen, Sirkku; Virtanen, Heli (toim.) 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A63.
- Huttunen, Matti O.; Pelkonen, Risto; Saarelma, Kaija 2013. Sairaus ja toivo. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hyvärinen, Anne 2012. Keskeisiä asioita avanneleikatun ravitsemusohjauksessa. Teoksessa Mäkeläinen, Paula (toim.) Avanneleikatun hoito ja ohjaus - Konkretiaa ammattilaisille. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 41–50.
- Isoherranen, Kirsi 2015. Avanteen ympärysihon ongelmat. Haava, Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 18 (2), 14-16.
- Juvakka, Taru & Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Järvi, Mari-Maija 2012. Iho-ongelmien seuraaminen avanneleikatulla. Teoksessa Mäkeläinen, Paula (toim.) Avanneleikatun hoito ja ohjaus - Konkretiaa ammattilaisille. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 75–80.
- Kallio, Päivi 2016. Suomen aluepäällikkö, Dansac & Hollister Scandinavia Inc. Tampere. Henkilökohtainen tiedonanto 3.3.2017.

- Kansaneläkelaitos. Terveys- ja kuntoutusesite. Viitattu 4.3.2017. Verkkojulkaisu:  
[http://www.kela.fi/documents/10180/0/Terveys\\_ ja\\_kuntoutus\\_esite\\_Kela.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/0/Terveys_ ja_kuntoutus_esite_Kela.pdf)
- Kansanterveyslaki 1972/66, 28.1.1972. Viitattu 12.4.2017.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Kivijärvi, Kirsi Marja 2012. Fast track–Avannepotilaan hoito vuodeosastolla. Teoksessa Mäkeläinen, Paula (toim.) Avanneleikatun hoito ja ohjaus - Konkretiaa ammattilaisille. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 1–8.
- Kuosmanen, Riikka & Lehtinen, Tiina 2012. Ulosteykontinenssin vaikutus potilaan elämään ja potilaan hoitopolku. Teoksessa Mäkeläinen, Paula (toim.) Avanneleikatun hoito ja ohjaus - Konkretiaa ammattilaisille. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 107–116.
- Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria & Lipponen, Kaija (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, 6–9.
- Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta 1986/609, 8.8.1986. Viitattu 12.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 12.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559, 28.6.1994. Viitattu 12.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Leppäluoto, Juhani; Lätti, Sole; Kettunen, Raimo; Rintamäki, Hannu; Vakkuri, Olli; Vierimaa, Heidi 2015. Anatomia ja fysiologia, rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Majamaa, Kaija 2017. Palveluesimies, Tammenlehväkeskus. Tampere. Henkilökohtainen tiedonanto 4.3.2017.
- Mäkisalo-Roponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Niemi, Matti; Sarajärvi, Anneli 2014. Vammautumisen ja kroonisen sairauden hyväksymisen vaikutus kuntoutumiseen. Kuntoutus 37 (3), (18-23)
- Palmunen, Henna 2011. Myötätunto työvälinaena hoivatyössä. Kuntoutus 34 (1), 5-17

Sirviö, Pirjo 2014. Duodecim, sairaanhoitajan tietokannat. Avannepotilaan hoito.

Viitattu 12.3.2017. Verkkojulkaisuna:

[http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk00830&p\\_haku=stomia](http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00830&p_haku=stomia)

Suomen avannehoitajat ry i.a. Ohjeita paksusuoliavanneleikatulle. Viitattu

3.3.2017. Verkkojulkaisu: [http://www.avannehoitajat.fi/wp-](http://www.avannehoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/09/potilasohjeet_paksusuoliavanneleikatulle2.pdf)

[con-](http://www.avannehoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/09/potilasohjeet_paksusuoliavanneleikatulle2.pdf)  
[tent/uploads/2016/09/potilasohjeet\\_paksusuoliavanneleikatulle2.pdf](http://www.avannehoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/09/potilasohjeet_paksusuoliavanneleikatulle2.pdf)

Tiirinen, Sisko 2006. Syöpää sairastavien avannepotilaiden kokemuksia hoitajilta saamasta emotionaalisesta tuesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Työelämäyhteistyökumppani Tammenlehväkeskus Oyj. Viitattu 3.3.2017.

[www.tammenlehvakeskus.fi](http://www.tammenlehvakeskus.fi)

Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014, 30.12.2014. Viitattu 12.4.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325>

## LIITE 1

Hei oppaan lukija!

Olen sairaanhoitajaopiskelija ja tämä opas on opinnäytetyöni, joka pohjautuu tekemääni raporttiin. Myös raportti on osastolla luettavissasi. Työ on toiminnallinen opinnäytetyö ja aiheena siis *Kolostomiatapotaan kohtaaminen, opas hoitajille tehostetussa palveluasumisyksikössä*. Opas on suunnattu koko osaston hoitohenkilökunnalle, nykyisille ja tuleville sekä osastolla työharjoittelua suorittaville opiskelijoille.

Toivon saavani sinulta palautetta oppaasta, jotta voin arvioida sen toimivuutta sinun, hoitajan näkökannasta. Kysely vie hetken aikaasi ja käsittelen sen luottamuksellisesti ja nimettömänä. Kohdan "koulutus" voit jättää täyttämättä, kunhan jaksaisit vastata muihin kohtiin. Kiitos!

T: Sanna Majamaa

Kohdat 1-2 ympyröi mielestäsi oikea väittämä;

1) Olen: opiskelija      lähi-/perushoitaja      sairaanhoitaja      muu

2) Vastaa väittämiin asteikolla 1-3 (1=eri mieltä, 2=osittain samaa mieltä, 3=samaa mieltä)

Opas oli informatiivinen:                      1                      2                      3

Palaute (vapaaehtoinen):

Opas oli helposti luettava,

ymmärrettävä:                                      1                      2                      3

Palaute (vapaaehtoinen):



Visuaalisesti opas oli hyvä:            1            2            3

Palaute (vapaaehtoinen):

Pystyn hyödyntämään opasta

työssäni jatkossa paksu-

suoliavannepotilaan kanssa:            1            2            3

Palaute (vapaaehtoinen):

Sain uutta tietoa paksusuoli-

avannepotilaan hoidosta:            1            2            3

Palaute (vapaaehtoinen):

Mitä kehitettävää haluaisit kertoa oppaasta?

KIITOS PALAUTTEESTASI!

LIITE 2

# KOLOSSOMIAPOTILAAN KOHTAAMINEN



Opas hoitajille paksusuoliavannepotilaan  
ohjaamiseen tehostetussa palveluasumisyksikössä

## Sisällys

- 1 Ruoansulatuksesta, suolisto
- 2 Mikä avanne on?
- 3 Paksusuoliavannepotilaan arjen haasteet

## KOLOSTOMIAPOTILAS

- 4 Ravitseminen
- 5 Avannesidoksen vaihto
- 6 Ihon hoito (ihonhoidon komplikaatioita)
- 7 Henkinen tuki, ohjaus ja opastaminen



KUVAT: dansac.fi

# RUOANSULATUKSESTA, SUOLISTO

*Jotta avanteen toiminta olisi ymmärrettävä hoitajalle/potilaalle, niin ruoansulatuselimistö ja sen toiminta on hyvä tietää.*

- Ruoansulatuksessa ravintoaineet muokkautuvat elimistölle sopivaan muotoon, jolloin ne imeytyvät elimistöön.

Ruoansulatuselimiä ovat:

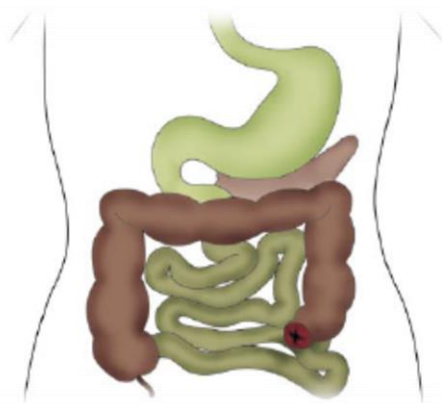
SUUONTELO, NIELU, RUOKATORVI, MAHA, SAPPIRAKKO, UMPILISÄKE, UMPISUOLI, NOUSEVA-, POIKITTAINEN- JA LASKEVA PAKSUSUOLI, SIGMASUOLI, POHJUKAISSUOLI, OHUTSUOLI, PAKSUSUOLI ja PERÄAUKKO

Ruoansulatuksen apuelimet:

HAMPAAT, KIELI, SUURET SYLKIRAUHASET, HAIMA ja MAKSA

- Ruoansulatuskanavassa on kahdenlaista liikettä: sekoittavia ja eteenpäin(peristalttinen) vieviä. Peristalttisessa liikkeessä seinämälihasten supistusrenkaan siirtyminen kuljettaa ruoan eteenpäin. Ruoansulatuskanavan eli suusta peräaukkoon sijaitsevan matkan pituudeksi tulee noin 8 metriä.
- Ruoansulatuskanavan yläosan varastopaikka on mahalaukku, *ventriculus*, mikä siirtää ruoan ohutsuooleen.
- Ohutsuoli on 5-7metriä ja siinä on kolme eri osaa: *ileum*, *jejunum* ja *duodenum*. Sinne kulkeutuu vrk:ssa n. 8½ litraa ruoansulatuskanavan nesteitä ja sylkeä sekä 1½ litraa ruokaa ja nestettä. Näistä noin litra kulkeutuu paksusuoleen, loput imeytyvät ohutsuooleen.

- Paksusuoleen avautuvan ohutsuolen ohut läppä estää paksusuolen sisällön pääsyn ohutsuoleen ja niiden välillä oleva sulkielihakas säännöstelee sulamattoman aineksen paksusuoleen.
- Paksusuoli (n.1,4 metriä) kulkeutuu ensiksi ylöspäin, jonka jälkeen se muuttuu poikittain kulkevaksi vatsan yläosassa ja menee sen jälkeen kulkeutuu oikealta vasemmalle. Lopuksi paksusuoli laskeutuu alaspäin.
- Pääasiallinen tehtävä paksusuolella: veden imeyttäminen ruokasulasta, suolensisällön kuljetus, säiliönä toimiminen sekä ulosteen ja kaasun poistaminen
- Suolikaasua on aina jonkin verran suolistossa ja sen arvellaan syntyvän muun muassa bakteerien aineenvaihdunnasta ja osittain vereen liuenneiden kaasujen erittymisestä suoleen.
- Pääosin mahalaukussa oleva kaasu on nieltyä ilmaa. Paksusuoleessa suolikaasuja on enemmän ohutsuoleen verrattuna.
- Kaasu poistuu siirtyen vereen ja siitä hengitysilmaan sekä vähäisemmin peräaukon kautta flatuksena eli pieruna.

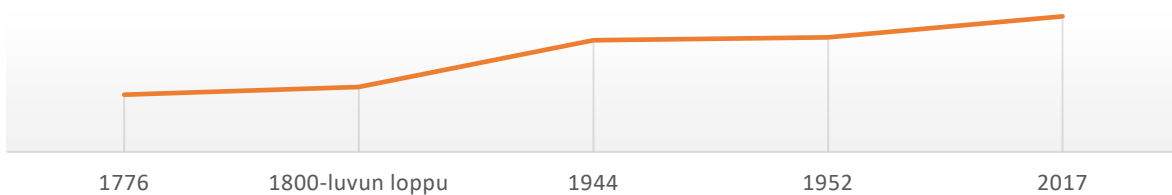


# MIKÄ AVANNE ON?

Avanne = stooma, stoma

Stoma tulee Kreikan kielestä, tarkoittaa aukkoa/suuta.

- Kirurgisella toimenpiteellä vatsanpeitteiden alueelle tehty aukko, joka sijaitsee virtsateiden/suoliston alueella.



1776 – Ensimmäinen avanne kuvattu ranskalaislääkärin toimesta

1800-luvun lopussa alkoi kirurgian kehitys mm. aseptiikan myötä

1944 – Keräävä König Rutzen-sidos. Tähän asti potilas itse joutui miettiä, mihin avanteesta tulevan eritteen kerää ja ohjaa

1952 – Uusi tekniikka ohutsuoliavanteen tekemiseen, mikä helpotti avanteen hoitoa sekä vähensi komplikaatioita. Vuodot, iho-ongelmat sekä hajuhaitat olivat avannepotilaan jatkuvaa arkea

2017- Tänä päivänä avanteen hoito on hyvin kehittynyt. Sidokset ovat huomaamattomampia ja ihoystävällisempiä. Avannehoitotuotteita kehitetään jatkuvasti

- Epäluonnollinen kehonaukko; aiheuttaa usein psykososiaalisia ongelmia ja elämänmuutoksia.
- Voidaan jakaa kahteen pääryhmään: virtsa-avanne (urostooma) tai suoliavanne (enterostooma)
- Tyypillisimmät suolistoavanteet: *paksusuolen loppuosan avanne* (sigmoideostooma), *poikittainen paksusuoliavanne* (transversostooma) sekä *ohutsuoliavanne* (ileostooma)
- Tilapäinen tai pysyvä.

### ***Sigmoidostooma eli kolostooma***

- Sijainti: Vatsan vas.puolella, alapuolella napa-lonkkaluulinjaa tai sen keskellä.
- Syyt: Syöpä tai erilaiset tulehdukset (divertikuliitti). Harvinaisempia ovat sädehoitovauriot, krooninen ummetus tai synnynnäiset epämuodostumat.



### ***Appendikostooma***

- Sijainti: Vatsan oik.puoli, bikinilinjan alapuolella.
- Tässä vaihtoehdossa vesi vietään suoraan avanteeseen paksusuolen huuhtelua varten. Voi olla vaihtoehto myös sigmoidostoomalle.
- Syyt: Vakava ummetus, anaalinen inkontinenssi, tyhjentämistä vaikeudet, sulkijalihaksen/suolen toiminnan vakavat häiriöt tai selkäydintyrä.

### ***Transversostoomaa***

- Käytetään usein tilapäisenä ratkaisuna, kun leikkaus on tehtävä nopeasti = Loop-avanne eli kaksipiippuinen ja laajempi kuin tavallinen kolostooma.
- Sijainti: Vatsan oik.puoli, mutta navan yläpuolella, kuitenkin rintakehän alapuolella.
- SYYT: Akuutti paksusuolen fisteli/perforaatio, suolen kiertymä tai kasvaimen aiheuttama suolen tukkeuma.





# PAKSUSUOLIAVANNEPOTILAAN ARKI JA ARJEN HAASTEET

- *Sopeutuminen:* Väliaikainen itsetunnon lasku voi mahdollisesti kuulua prosessiin, kehonkuvan ja elämäntapojen muuttuessa. Se voi olla henkinen kuormitus potilaalle. Potilaan tuki ja ohjaus on tärkeää.
- *Seksuaalisuus:* Ongelmat ovat hyvin tavallisia minäkuvan muuttumisen vuoksi. Jos avanteen hoito on helppoa ja se on teknisesti onnistunut, niin sen psyykkiset vaikutukset potilaaseen ovat erilaiset verraten vaikea hoitoiseen avanteeseen. Minäkuvan muutos on oleellinen osa myös seksuaalisuutta. Potilaan tuki ja ohjaus on tärkeää.
- *Fyysinen kuormitus:* Heti leikkauksen jälkeen ponnistelua ja raskaiden (>2kg:n) esineiden nostelua on vältettävä, jolla ehkäistään tyrän puhkeamista. Potilaalla on apuvälineisiin mahdollisuus (esim. tukihousut tai-vyö). Liikunta on sallittua jo pelkästään fyysisen kunnon ylläpitämiseksi.
- *Ravitsemus:* Useimpia ruoka-aineita saa syödä, kun muistaa kohtuuden. Ruoka-aineisiin sopeutuminen yksilöllistä, joka selviää kokeilemalla.
- *Hygienia:* Saunassa ja suihkussa käynti on sallittua. Avanne on hyvä suojata kuumuudelta esim. pyyhkeellä.
- *Avannesidos:* Keskeisiä asioita ovat sidosten vaihtaminen sekä pysyvyys. Siihen voi liittyä mahdollisesti hajuhaitat, vuodot sekä avannetta ympäröivän ihon kunto ja hoito (mahd. iho-ongelmat).
- *Sosiaalietyudet:* KELA korvaa lääkäripalkkioita sekä tutkimuksia (myös osa lääkkeitä sekä ravintovalmisteita korvattavissa). Avannepotilas on hyvä ohjata keskustelemaan sosiaalityöntekijän kanssa kartoittaakseen mahdolliset tuet sekä palvelut, jotka hänelle kuuluvat.

*”Sairaalle ihmiselle tärkeää ei ole vain se osa terveyttä minkä hän sairastaessaan menettää. Toivo on jäljelle jäävässä terveydessä, toimintakyvyssä, itsensä hallitsemisessa ja mahdollisuuksissa toteuttaa itselleen tärkeitä asioita sekä elää muiden kanssa.”*

# KOLOSTOMIAPOTILAS

## Ravitsemus

Avanneleikatuilla potilailla on oikeus hyvään ravitsemusohjaukseen. Hoitajan rooli on ohjata ravitsemuksessa ja siihen liittyvissä ongelmassa. Hyvä ravitsemus ennaltaehkäisee mm. ummetusta, ilmavaivoja, ripulia, suolen tukkeutumista ja tukee avanteen toimimista. Ilmavaivat aiheuttavat vatsakipua ja kaasun purkautumista avannepussiin. \*Ripuli heikentää nestetasapainoa. Suolen tukkeuman riski on suurin ensimmäisinä kuukausina leikkauksen jälkeen, muttei häviä koskaan.

- Potilaan tulee pureskella ruoka huolella. Näin ruokasula on mahdollisimman pilkkoutunutta.
- Kuitupitoiset ruoat auttavat ummetukseen.
- Runsas juominen. Ruokailuiden yhteydessä juominen suositeltavaa vasta, kun suu on tyhjä.
- Nestetasapainon tarkkailu.
- Mikään ruoka ei ole vaarallista avanneleikkauksen vuoksi. Eri ruoka-aineiden sopivuus potilaalle selviää kokeilemalla ja muistamalla kohtuuden.



Eri ruoka-aineet, voivat lisätä avannepotilaan ruoansulatusvaivoja. Avannepotilaan ravitsemusohjauksessa tulee kuitenkin muistaa, että ruoka-aineiden sopivuus on yksilöllistä!

#### Mahakipua voivat aiheuttaa:

Kovakuoriset marjat (viinimarjat)	Kovakuoriset vihannekset (herneet, maissit)	Kuitupitoiset vihannekset (parsa)
Sienet	Porkkanat	Maapähkinät, pähkinät

#### Ulostetta voivat löysentää:

Säilötyt tai kuivatut hedelmät	Sorbitoli	Alkoholi, kahvi
Luumumehu	Luumut, kirsikat, päärynät	Runsas sokerin käyttö

\*Hankalassa ripulitilanteessa voi myös itse tehdä ripulijuoman nestetasapainon korjaamiseen (litra haaleaa vettä, johon sekoitetaan, 2rkl sokeria ja 1 tl suolaa sekä jos mahdollista, niin 2 dl appelsiinimehua).

#### Ilmavaivoja voivat aiheuttaa:

Sipuli, lanttu	Kaali, herne	Hiilihapolliset juomat
Raaka omena	Tuore ruisleipä	Keinotekoiset makeutusaineet; oli-loppuiset (ksylitoli, sorbitoli)

Myös kananmuna, kala, voimakkaat mausteet, antibiootit ja erilaiset vitamiini- sekä kivennäisaineet voivat aiheuttaa avanteesta tulevaan pahaan hajuun.

# KOLOSTOMIAPOTILAS

## Avannesidoksen vaihto

- Suolieritettä kertyy aamulla vähiten, joten tällöin on helpoin aika tehdä sidoksen vaihdos (vaihtoehtoisesti muutama tunti ruokailun jälkeen).
- Avannelevyn reikä tulee leikata oikean kokoiseksi suolen pään koko huomioiden. Mittaus tulee olla säännöllistä.
- Avanneaukon mitattuasi, on hyvä leikata esim. pahville malliaukko. Mittaamiseen voi käyttää läpinäkyvää muovia, joka asetetaan avanteen päälle, jonka ääriviivat piirretään muoviin. Kun malli on sopiva, se siirretään pahville, josta on helppo katsoa seuraavan vaihdon yhteydessä taas pohjalevyn aukon koko. Jos avanne on epäsymmetrinen, niin esim. avanneaukon yläpuolen voi merkata jollain kuviolla (nuoli tms.). Myös sidoslaatikon mukana tulee avannemitta.
- Varsinkin leikkauksen jälkeen avanne saattaa muuttua turvotusten vähentyessä, joten sidostenvaihdon yhteydessä on aina tarkistettava avanteen koko ja mallikappale. Jos esim. ihoa jää näkyviin mallissa, niin mallikappaleta tarvitsee pienentää. Mallikappaleen avulla piirretään pohjalevylle mitatun avanteen ääriviivat, johon leikataan käyrillä saksilla aukko. Pohjalevyn reunoja voi pyöristää sekä pehmentää sormilla pyörittäen.
- Eritteen aiheuttamilta vaurioilta säästyy oikean kokoisella ihosuojalevyn aukolla.

- Jos eritettä silti pääsee sidoksen pohjalevyn alle, niin levyn aukko on mahdollisesti leikattu liian isoksi/pieneksi avanteen kokoon nähden. Tällöin on syytä vaihtaa avannesidos. Myös ihon kutinan tai kirvelyn vuoksi on syytä vaihtaa sidokset.
- Potilaan kunnon huomioiden sidoksen vaihdon voi tehdä joko potilaan sängyssä tai vessassa.
  - Avannesidoksia on kahdenlaisia: yksi- ja kaksiosaisia. Yksiosaisessa järjestelmässä pohjalevyyn on pussi kiinnitettynä (kertakäyttöinen). Tällöin sidosta vaihdettaessa vaihdetaan kokonaan sidos, mutta jos pussi on tyhjennettävä, niin sidos voi olla paikoillaan tarvittavan ajan. Yksiosaisen pohja on joustava, mutta vuotoja voi tulla enemmän kaksiosaiseen verrattuna. Kaksiosaisessa taas pussi ja pohjalevy ovat erillään eli pussin voi vaihtaa ilman pohjalevyn irrottamista → *Kertakäyttöinen pussi kiinteälle ulosteelle ja tyhjennettävä pussi löysälle/puolikiinteälle ulosteelle.*
  - Pussi on aina vaihdettava tai tyhjennettävä, kun se on 2/3 täynnä.
  - Sidosten optimaalinen vaihtoväli, johon tulisi pyrkiä, on kaksi tai kolme kertaa viikossa. Vaihdon yhteydessä annetaan ilmakylpyä avanteelle.

Varaa aikaa sekä tarvittavat välineet sidoksen vaihtoon:  
*sidos pusseineen, kynä, sakset, mallilevy, ihonhoitoaineet, roskapussi, puhdistamiseen ja kuivaamiseen harsotaitoksia tai pehmeää paperia sekä tehdaspuhtaat käsineet*

Avannesidos poistetaan hellävaraisesti (*nopea kiskaisu ärsyttää ihoa*). Poista sidos ylhäältä alaspäin ihoa tukien toisella kädellä. Avannepussin uloste tyhjennetään wc-pyttyyn ja sidokset voidaan hävittää sekajätteen mukana. KÄYTÄ AINA SUOJAKÄSINEITÄ!

Uutta sidosta laittaessa ihon tulee olla kuiva sekä karvaton kohdasta, mihin pussi kiinnitetään. Jos potilaalla on karvoja kiinnitysalueella, niin ne tulee ajaa pois myötäkarvaan. Kiinnitysalueen ihoa tulee käsitellä varoen, älä hankaa. Puhdista ihonlämpöisellä vedellä ja mahdolliset pastan tai pohjalevyn liiman jäänteet voi poistaa esim. siihen tarkoitettulla liimanpoistoaineella tai miedolla saippualla. Kuivaa iho ja tarkista sen kunto.

Ennen kiinnitystä, lämmitä pohjalevyä esim. käsissä (liima aktivoituu ruumiinlämmössä). Poista tämän jälkeen suojapaperi ja aseta levy avanteen alapuolelta aloittaen. Painele tasaisesti ihoa vasten avanteen juureen asti.

Jos kyseessä on kaksiosainen sidos (levy ja pussi ovat erillään), niin kiinnitä tässä vaiheessa ulosteen keräypussi. Kun sidos ja pussi ovat paikoillaan, niin nostele pussia varoen. Näin varmistat pussin kiinnittymisen.



# KOLOSTOMIAPOTILAS

## Ihon hoito

- Ihonhoito on osa avannepotilaan hoitamista, sillä avannetta ympäröivän ihon kunto vaikuttaa sidoksen pysyvyyteen. Ihon erityisesti avanteen ympärillä olevan, tarkkailu on tärkeä osa avanteen hoitamista.
- Sidoksen poisto kovakouraisesti saattaa kuoria ihoa aiheuttaen haavaumia ja punoitusta. Tällöin on suositeltavaa käyttää 2-osaista sidosta, jolloin tiheiltä sidosvaihdoksilta vältytään ja iho pääsee lepäämään.
- Avanteen ympäröivä iho puhdistetaan haalealla vedellä. Liian lämmin vesi poistaa ihon luonnollista rasvakerrosta kuivattaen ihoa, mikä taas heikentää ihon omaa puolustusmekanismia. Mietoa saippuaa voi käyttää iholle.
- **Avanne on tunnoton**, joten esim. veden lämpötilaa tulee tarkkailla suihkuttamisen yhteydessä.
- Tarkkaile avanteen limakalvon väriä sekä vitaalisuutta: liian vaalea väri voi kertoa matalasta hemoglobiinista ja tummanpunainen taas verenkiertohäiriöstä. Myös muotoon tulee kiinnittää huomiota: kuinka paljon avanne on pullistunut ulospäin sekä mahdollinen tyrän muodostuminen avanteen ympärille.
- Jotta iho pysyisi hyvässä kunnossa, niin sidoksen vaihdon yhteydessä on hyvä antaa ilmakylpyä avannetta ympäröivälle iholle sekä tarkistaa ihon kunto.



## IHONHOIDON KOMPLIKAATIOITA

- Kolmasosa avannehoitajan luona tapahtuvista käynneistä koskevat avanteen ympärysihon ongelmia (raportoitu olevan jopa 60 %:n luokkaa).
- Psoriaasi, atooppinen ekseema tai mikä tahansa ihosairaus voi esiintyä avanteen ympärillä.
- Sidosten vaihdon yhteydessä voi tapahtua myös mekaaninen vaurio, joka saattaa johtua sidosten vaihdon väärästä tekniikasta tai liian tiheästä vaihtovälistä.
- Ärsytysihottuma on yleisin syy avannetta ympäröivän ihon vaurioitumiseen (mm. kutina, ihon punoitus). Vuodon korjaaminen on usein riittävä hoito ärsytysihottumaan. Vaikeaan ihottumaan voi hyvä olla käyttäjä myös liuosmaista kortikosteroidia. On kuitenkin hyvä muistaa, että

*Voidemaisten valmisteiden käyttö voi vaikeuttaa sidosten tarttumista ihoon.*

- Sieni-infektio esiintyy iholla punoittavana sekä kutisevana ihottumana. Pitkään jatkuneessa sieni-infektiossa voi näkyä iholla myös rupeutumista sekä hilseilyä. Diagnoosi varmistetaan sieniviljelyllä ja sen hoitoon käytetään puuterimaisia sienilääkevalmisteita.
- Ihoinfektioita aiheuttavat mm. bakteerit tai hiiva. Karvatupen tulehdus (*follikuliitti*) on bakteerin aiheuttama ja se ilmenee karvatuppien pieninä märkärakkuloina tai haavoina. Tällöin iholla voi olla mm. ihorikkoa tai punoitusta. Bakteeriepäilyssä on suositeltavaa bakteeriviljeilyn herkkää ottamista. Hoitona käytetään antibiootti-voidetta, joskus myös suun kautta otettavaa tablettihoitoa. Konsultoi lääkäriä epäselvissä tilanteissa.

*Oikeanlainen karvanpoistomenetelmä (partahöylällä karvankasvun suuntaisesti) on tärkeä toteuttaa tai vaihtoehtoisesti potilaan kunnon huomioiden opettaa potilaalle.*



# KOLOSTOMIAPOTILAS

## Henkinen tuki, ohjaus ja opastaminen

- Avannepotilaan elämänlaatua edistää hyvä hoitaja-potilasyhteistyösuhde. Hoitajalla on keskeinen rooli, jotta avannepotilaan sopeutuminen päivittäisiin toimiin sekä arkeen onnistuisi mahdollisimman luontevasti.
- Potilaalla on oikeus tietää hänen hoidosta sekä terveydestä.
- Tutkimusten mukaan avannepotilas pitää tärkeänä saada tietoa arkielämästä selviytymiseen sekä rajoittavista tekijöistä.
  - Ravitsemusasiat nousivat myös keskeisiksi eli tietoa ruoka-aineista ja vältettävistä ruoka-aineista, mitkä aiheuttavat muun muassa ummetusta.
  - Pelko ja huoli omasta tilanteesta sekä tulevaisuudesta olivat yleisin tunne muiden tunteiden ohella kokemuksellisella osa-alueella.

*”Vaikka jokainen meistä on luovalla tavalla osallisena elämäntarinansa muokkaamisessa, emme kuitenkaan voi täysin vapaasti valita tai muuttaa tarinaamme. Jokaisen ihmisen elämäntarinassa on tiettyjä reunaehtoja, joihin ei voi vaikuttaa. Näitä reunaehtoja ovat muun muassa sairaus...”*

- Kehon kuva muuttuu usein avanneleikkauksen myötä, mikä vaikuttaa potilaan minäkuvaan. Jatkuva stressi ja jännitys, seksuaalinen epävarmuus, itsetunnon heikkeneminen sekä hallinnan tunteen menettäminen voivat tulla potilaalle muutoksen myötä. Ohjatessa hoitajan on siis tärkeä rohkaista potilasta kertomaan vaikeista aiheista sekä tunteista.

- Avoimuus hoitohenkilökunnan puolesta antaa potilaalle luvan puhua. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus keskustella avanteen mukana tulleista mahdollisista seksuaalisuuden muutoksesta. Jokainen kokee tämän yksilöllisesti, sillä jokaisella on omia, erilaisia tarpeita.
- Potilaan jännityksen rauhoittamista sekä omatoimisuutta voidaan edistää voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus tarkoittaa tiedostavan potilaan terveyden tukemista hoitoon liittyvissä ongelmissa sekä hallinnassa. Se edistää potilaan tiedonsaantia, minkä hoitohenkilökunta tarkistaa ja välittää potilaalle. Tällä ohjaustavalla potilaan mahdollisuudet osallistua hoitoon sekä päätöksentekoon vahvistuvat.
- *Aito läsnäolo* on tärkeintä uudessa, jännittävässä tilanteessa olevan ihmisen kohtaamisessa ja sen tulee perustua rehellisyydelle. Lohdutus on hyvä, mutta sen tarkoitus ei saa olla potilaan tunteiden (suru, pelko, viha) kadottaminen. Tunteiden tukahduttaminen uuvuttaa ja potilaan on vaikea lopulta kohdata ne.
- Keskeisiä asioita: tukeminen, ohjaaminen sekä avanteen mukana tuomat ongelmien ratkaisu. Avanne ei estä potilasta elämästä miltei normaalia elämää, joten hoitajalla on olla tarjottavana erilaisia ratkaisuja sekä ajatuksia arjesta suoriutumiseen