



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SUOLISTOSYÖPÄPOTILAAN RA- VITSEMUSTILAN ARVIONTI JA RA- VITSEMUSOHJAUS HOITOPOL- LULLA

Suvi Mokka

Eevi Nevala

Opinnäytetyö

Lokakuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MOKKILA SUVI & NEVALA EEVI
Suolistosyöpöpotilaan ravitsemustilan arviointi ja ravitsemusohjaus hoitopolulla

Opinnäytetyö 77 sivua, joista liitteitä 24 sivua
Lokakuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata suolistosyöpöpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita sairaalan yksiköiden toimintaan suolistosyöpöpotilaan ravitsemusohjauksessa. Opinnäytetyön tehtäviksi muodostuivat seuraavat kysymykset: miten sairaanhoitajat arvioivat suolistosyöpöpotilaan ravitsemustilaa hoitopolun eri vaiheissa, miten sairaanhoitajat toteuttavat ravitsemusohjausta hoitopolun eri vaiheissa ja miten sairaanhoitajat kehittäisivät ravitsemustilan arviointia ja ravitsemusohjauksen toteuttamista. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla haastatteleamalla neljää sairaanhoitajaa suolistosyöpöpotilaan hoitopolun eri yksiköistä. Aineisto analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat arvioivat potilaan ravitsemustilaa haastatteleamalla ja havainnoimalla potilasta sekä mittaamalla painoa ja seuraamalla verikoearvoja. Ravitsemustilan arvioinnissa ei juurikaan käytetty vajaaravitsemuksen riskin seulontakaavaketta. Pääsääntöisesti ravitsemusohjausta annettiin suullisesti. Ohjausta toteutettiin yksilöllisesti potilaan omaksumiskyky ja taustatekijät huomioiden. Kuitenkin sekä kiire että koulutuksen ja yhtenäisten käytäntöjen puute vaikuttivat ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemusohjauksen toteuttamiseen. Tuloksista nousi myös esille moniammatillisuus sekä sairaanhoitajien toiveita ja kehittämissuhteita ravitsemustilan arvioinnista ja ravitsemusohjauksen toteuttamisesta.

Kehittämissuhteiksi nousi yhtenäisten käytäntöjen ja oikeanlaisen kirjallisen materiaalin kehittäminen sekä sairaanhoitajien tutustuttaminen vajaaravitsemuksen riskin seulontakaavakkeeseen. Lisäksi ravitsemusohjauksen toteutumisen onnistuminen vaatii potilaiden näkökulman huomioon ottamista.

Asiasanat: suolistosyöpöpotilas, ravitsemustilan arviointi, ravitsemusohjaus, hoitopolku

ABSTRACT

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

MOKKILA SUVI & EEVI NEVALA

Intestinal Cancer Patient's Nutrition Assessment and Nutritional Counselling in Critical Pathways

Bachelor's thesis 77 pages, appendices 24 pages
October 2015

The intention of this study was to describe intestinal cancer patient's nutritional counselling in critical pathways. The objective was to find out development ideas for the intestinal cancer patient's nutritional counselling in the hospital. The research questions were: How do nurses evaluate intestinal cancer patient's nutritional status at different stages of critical pathways? How do nurses carry out nutritional counselling at different stages of critical pathways? How would nurses develop nutrition assessment and nutritional counselling. The study had a qualitative approach. The data were collected from four nurses by interviews. The collected data were analysed by means of qualitative content analysis.

The interviewees stated that they evaluated patient's nutritional status using interviews and observations. The nurses also measured weight and monitored results of laboratory tests. Nurses did not usually use the malnutrition risk screening form. Nutritional counselling was in general given orally and individually. The nurses also stated that they felt busy and were willing to have further education. The results of this thesis suggest that multi-professionality is a part of patient's care and nurses have wishes and ideas of developing the nutrition assessment and nutritional counselling.

The findings indicate that uniform practices and suitable written material should be developed. Nurses should learn to use the malnutrition risk screening form. Also further research is required to focus on the patient's perspective of nutritional counselling.

Key words: intestinal cancer patient, nutrition assessment, nutritional counselling, critical pathways

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Suolistosyövät	8
3.1.1	Paksu- ja peräsuolisyöpä.....	8
3.1.2	Ohutsuolisyöpä.....	9
3.1.3	Suolistosyöpien hoidot	10
3.2	Suolistosyöpäpotilaan hoitopolku.....	12
3.3	Syövän ja hoitojen vaikutus ravitsemustilaan.....	14
3.3.1	Syöpäpotilaan vajaaravitseminen	14
3.3.2	Syöpäkasvaimen vaikutus ravitsemustilaan.....	14
3.3.3	Syöpähoitojen vaikutus ravitsemustilaan.....	15
3.3.4	Ravitsemusongelmien hoito	17
3.4	Ravitsemustilan arviointi	19
3.5	Ravitsemusohjaus	22
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat.....	27
4.2	Aineistonkeruu.....	28
4.3	Aineiston analyysi.....	29
5	TULOKSET	32
5.1	Ravitsemustilan arviointi	33
5.2	Ravitsemusohjauksen toteuttaminen.....	35
5.3	Sairaanhoitajien kehittämissuositukset ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemusohjauksen toteuttamiseen.....	38
6	POHDINTA.....	43
6.1	Tulosten tarkastelu	43
6.2	Eettisyys.....	46
6.3	Luotettavuus.....	48
6.4	Jatkotutkimusehdotukset ja kehittäminen	49
	LÄHTEET	50
	LIITTEET	54
	Liite 1. Haastattelun teemat.....	54
	Liite 2. Saatekirje	55
	Liite 3. Suostumuslomake	56
	Liite 4. Sisällönanalyysi	57

1 JOHDANTO

Suolistosyöpiä ovat ohutsuolen, umpisuolen, paksusuolen, peräsuolen ja peräaukon syövät (Järvinen, Kouri & Österlund 2013, 481–510). Vuonna 2013 Suomessa todettiin miehillä 1632 uutta suolistosyöpätapausta ja naisilla taas todettiin 1546 uutta suolistosyöpätapausta. Miehillä uusien suolistosyöpätapausten määrä oli noussut vuoteen 2012 verrattuna jonkin verran sekä samoin naisilla lukuun ottamatta ohutsuolisyöpätapauksia, joiden määrä oli vähentynyt. Vuonna 2013 miehillä paksusuolisyöpä oli neljänneksi yleisin syöpä ja peräsuolisyöpä kahdeksanneksi yleisin. Naisilla taas paksusuolisyöpä oli toiseksi yleisin syöpä rintasyövän jälkeen ja peräsuolisyöpä oli kymmenenneksi yleisin. (Suomen syöpärekisteri 2015.)

Syöpä aiheuttaa suurelle osalle potilaista vajaaravitsemuksen riskin. Syöpäkasvaimen aiheuttamat oireet huonontavat usein ravitsemustilaa. Lisäksi taudin toteamisen jälkeen psyykkiset ongelmat ja myöhemmin syöpähoidot lisäävät vajaaravitsemuksen riskiä. (Orell-Kotikangas 2013, 848.) Ravitsemushoito on tukihoitoa, joka tulisi aloittaa heti diagnoosin jälkeen. Ajoissa aloitettu ravitsemushoito vähentää laihtumista ja ravitsemustilan huonontumista, ja siten edistää potilaalle annettavien syöpähoitojen toteutettavuutta ja sietämistä, vähentää leikkaushoidon komplikaatioita ja infektioita sekä parantaa potilaan elämänlaatua. Ravitsemushoito koostuu ravitsemustilan arvioinnista, ravitsemusohjauksesta, kliinisten ravintovalmisteiden käytöstä ja tarvittaessa letkuravitsemuksesta ja parenteraalisesta eli suonensisäisestä ravitsemuksesta sekä seurannasta. Ravitsemushoitoa tulee toteuttaa aina yksilöllisesti ja potilaan oireiden mukaisesti. (Viitala 2013, 353.) Hoidon alussa on keskeistä tunnistaa eli arvioida potilaan ravitsemustila, minkä perusteella potilaalle annetaan ravitsemusohjausta. Ravitsemusohjauksen lähtökohtana ovat potilaan tilanne ja tarpeet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27, 39.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata suolistosyöpäpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla. Opinnäytetyön aihe tuli suoraan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin työelämäyhteys henkilöiden toiveesta työelämäpalaverissa. Työelämäyhteys henkilöiden mielestä aihe on hyvin tärkeä ja mielenkiintoinen. He halusivat tietää, miten suolistosyöpäpotilaan ravitsemusohjaus toteutuu tällä hetkellä heidän organisaation yksiköissä. Aihe on kiinnostava, koska se on käytännönläheinen ja opinnäytetyön tuloksista olisi hyötyä sekä työ-

elämäyhteydelle että opinnäytetyön tekijöille. Aihe on myös ajankohtainen, koska suolistosyöpien ilmaantuvuus on lisääntymään päin. Opinnäytetyössä ei käsitellä umpisuolen syöpiä tai suolistosyöpäpotilaan palliatiivista hoitoa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata suolistosyöpäpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla.

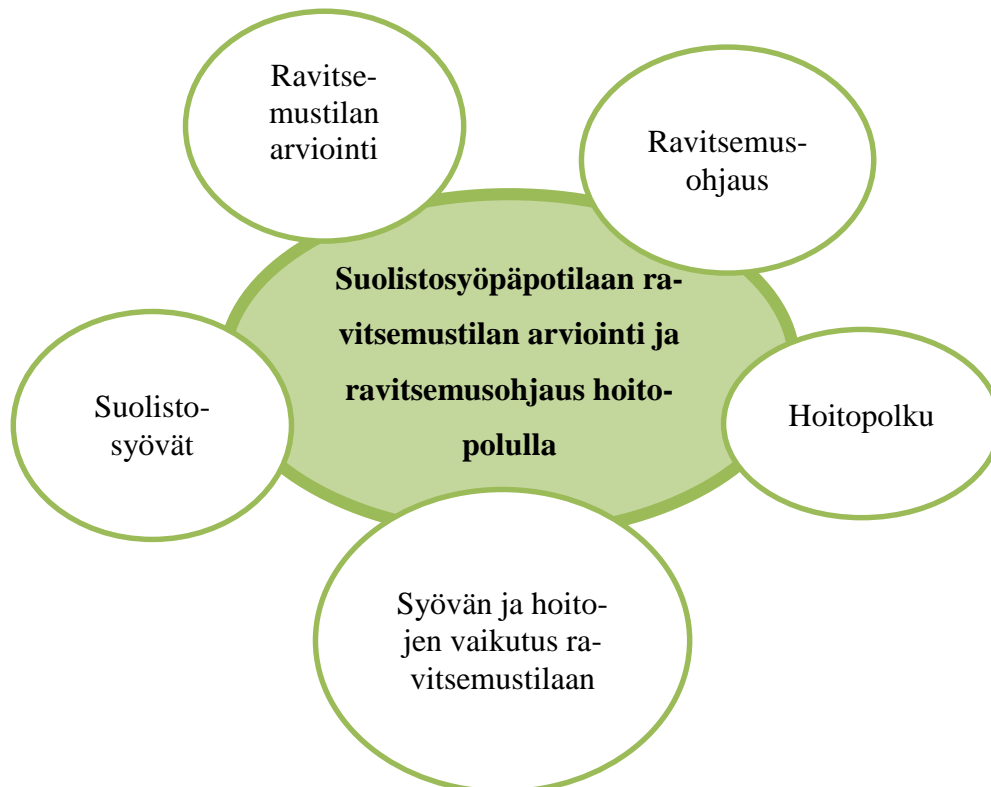
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten sairaanhoitajat arvioivat suolistosyöpäpotilaan ravitsemustilaa hoitopolun eri vaiheissa?
2. Miten sairaanhoitajat toteuttavat ravitsemusohjausta hoitopolun eri vaiheissa?
3. Miten sairaanhoitajat kehittäisivät ravitsemustilan arviointia ja ravitsemusohjauksen toteuttamista?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on löytää kehittämiskohteita sairaalan yksiköiden toimintaan suolistosyöpäpotilaan ravitsemusohjauksessa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat ovat suolistosyövät, hoitopolku, syövän ja hoitojen vaikutus ravitsemustilaan, ravitsemustilan arviointi ja ravitsemusohjaus. Lähtökohtia käsitellään teoriaosuudessa kirjallisuuteen pohjautuen. Teoreettiset lähtökohdat ovat esitetty alla olevassa kuviossa (Kuvio 1).



KUVIO 1. Viitekehys.

3.1 Suolistosyövät

3.1.1 Paksu- ja peräsuolisyöpä

Vuonna 2013 Suomessa todettiin miehillä 899 uutta paksusuolisyöpätapausta ja 631 uutta peräsuolisyöpätapausta. Naisilla taas todettiin 1011 uutta paksusuolisyöpätapausta ja 450 uutta peräsuolisyöpätapausta. Miehillä ja naisilla uusien kolorektaalisyöpätapausten eli

paksu- ja peräsuolisyöpätapausten määrä oli noussut vuoteen 2012 verrattuna jonkin verran. (Suomen syöpärekisteri 2015.) Kolorektaalisyöpä yleistyy iän myötä. Paksusuolisyöpää sairastavien keski-ikä on 72 vuotta ja peräsuolisyöpää sairastavien 70 vuotta. (Järvinen ym. 2013, 483.)

Suomessa paksu- ja peräsuolisyöpää seulotaan 60–70-vuotiailta ulosteen veritutkimuksella kahden vuoden välein. Testattavat valitaan satunnaisesti. Nuoret ikäryhmät jäävät pääosin väestöseulonnan ulkopuolelle. Tehokkaampi seulontamenetelmä on kuitenkin riskiryhmien seulonta, joka kohdistuu esimerkiksi henkilöihin, joilla on periytyvä suolistosyöpä tai tulehduksellinen suolistosairaus. (Anttila & Malila 2013, 56; Järvinen ym. 2013, 489–490.) Paksu- ja peräsuolen syöpien oireita ovat esimerkiksi ummetus, ripulointi, vatsakipu, ulostamisvaikeus ja veriulosteet (Järvinen ym. 2013, 490–492; Newson 2009). Lisäksi kasvaimen verenvuoto aiheuttaa pitkään jatkuessa raudanpuuteanemiaa. Diagnosointi perustuu kasvaimen havaitsemiseen suolitäähystyksellä tai röntgentutkimuksella. (Järvinen ym. 2013, 490–492.)

Arvellaan, että yhden kolmanneksen kolorektaalisyövistä aiheuttaa ympäristötekijät, yhden kolmanneksen aiheuttaa perimä ja viimeisen kolmanneksen kolorektaalisyövistä aiheuttaa tuntematon tekijä (Järvinen ym. 2013, 483–484). Elintapoihin liittyvät riskit vaikuttavat suolistosyövän syntyyn, esimerkiksi vähäinen liikunnan harrastaminen, ylipaino, alkoholin käyttö ja tupakointi. Lisäksi ravintotottumukset vaikuttavat suolistosyöpään sairastumiseen. Runsaan punaisen lihan syönnin sekä eläinrasvojen käytön epäillään lisäävän syöpäriskiä. Viime aikoina on myös saatu tietoa yhä enemmän suolen limakalvojen solujen geenivirheistä, joilla on merkitystä syövän syntyyn. Kasviksien, hedelmien, kalan, maitotuotteiden ja D-vitamiinin taas arvellaan suojelevan suolistosyöpäriskiltä. Myös ravintokuidun määrällä on merkitystä suolistosyövän ehkäisyssä. Se suurentaa ulosteen massaa ja nopeuttaa suoliston toimintaa. Näin ollen haitallisten metaboliittien eli aineenvaihduntatuotteiden pitoisuus ja vaikutusaika vähenevät suolistossa. (Järvinen ym. 2013, 483–484; Newson 2009.)

3.1.2 Ohutsuolisyöpä

GIST (gastrointestinal stromal tumor) eli ruuansulatuskanavan tukikudoksen pehmytkudossarkooma on yksi ohutsuolisyövän muodoista. GIST kasvaa suolen ulkopinnalla. Se

aiheuttaa oireita tavallisesti vasta myöhään. Usein kasvain myös ehtii kasvamaan kookkaaksi. GISTin oireita ovat vatsakipu, anemia, verenvuodot ja suolitukosoireet. GIST-kasvain voidaan todeta tietokonetomografiakuvauksessa, ultraäänitutkimuksessa, magneettikuvauksessa tai endoskopiassa eli tähystyksessä. Diagnoosi tapahtuu kudoksenäytteestä. (Joensuu & Roberts 2013, 430–432; Kallio 2013, 3-6.) Ei ole voitu osoittaa, että esimerkiksi elintavoilla, olisi vaikutusta GISTin syntyyn (Kallio 2013, 5).

Neuroendokriiniset kasvaimet (NET/NEC) ovat peräisin ruuansulatuskanavasta. Ohutsuoli on niiden toiseksi yleisin lähtöpaikka. (Ahonen ym. 2014.) Kasvaimien syntymekanismit ovat tuntemattomia. Ilmaantuvuuden huippu ihmisellä on 70–80 vuoden iässä. Usein ohutsuolen NET:t ovat pahanlaatuisia. Ne diagnosoidaan yleensä siinä vaiheessa, kun syöpä on jo levinnyt. Monesti potilaalla on ollut pitkään epämääräistä vatsakipua. (Arola, Haglund, Salmela & Tarkkanen 2013, 512–516.) NET:t voivat olla toiminnallisia eli ne erittävät hormoneita kuten insuliinia ja gastriinia, jolloin potilaalla voi olla oireena hypoglykemia ja toistuvia vatsalaukun ulseraatioita eli haavaumia. Nämä oireet voivat johtaa aikaisempaan diagnoosiin. Jos NET on ei-toiminnallinen, se viivästyttää syövän diagnoisointia. (Ahonen ym. 2014.)

3.1.3 Suolistosyöpien hoidot

Paksusuolen ja peräsuolen syövät pyritään aina hoitamaan leikkauksella. Leikkauksessa on tavoitteena saada poistettua suolen osa, jossa kasvain on, niin laajalti, että jäljelle jää vain tervettä suolta. Leikkaukset voidaan toteuttaa joko laparoskooppisesti eli tähystämällä tai laparotomialla eli avoleikkauksella. Paksusuolileikkaukset jaotellaan oikean- ja vasemmanpuoleiseen hemikolektomiaan eli paksusuolen toisen puolikkaan poistoon sekä sigmasuolen osapoistoon. Peräsuolisyövässä poistetaan peräsuoli ja mahdollisesti myös peräaukko. (Huhtinen & Rantala 2006, 173–176; Järvinen ym. 2013, 497; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011d.) Harvinaisissa tilanteissa saatetaan tehdä poikittaisen paksusuolen osapoisto, jos kasvain on poikittaisessa paksusuolella. Jos taas potilaalla on useampia kasvaimia paksusuolella tai syövän epäillä olevan perinnöllinen alle 40-vuotiaalla, voidaan paksusuoli poistaa ja liittää ohutsuoli sigmasuoleen. En block –resektiossa, kun syöpäkasvain on levinnyt paikallisesti tai syöpä on kiinnikkeinen, suolta poistettaessa

poistetaan myös tervettä kudosta ja kasvaimen kiinnikkeitä avaamatta niitä. Ennen mahdollisten liitännäishoitojen aloittamista, tehdään levinneisyyskartoitus. (Huhtinen & Rantala 2006, 173–176.)

Paksusuolisyövän liitännäishoitona käytetään sytostaatteja eli solunsalpaajia. Peräsuolen syövän liitännäishoitoina käytetään sädehoitoa, solunsalpaajahoidon tai kemosädehoitoa eli sädehoitoa annetaan yhtä aikaa solunsalpaajahoidon kanssa. Näitä liitännäishoitoja voi käyttää preoperatiivisesti eli ennen leikkausta pienentämään kasvainta tai sitten levinneissä syöpätapauksissa postoperatiivisesti eli leikkauksen jälkeen. (Järvinen ym. 2013, 500–502; Newson 2009; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011b; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011c.)

Jos ohutsuolen GIST on paikallinen, se tulee poistaa leikkauksella. Kasvain poistetaan kokonaan varoen sen puhkaisemista. (Joensuu & Roberts 2013, 435.) GISTiä ei voida leikata, jos se on levinnyt paikallisesti tai syöpäkasvain on lähettänyt etäpesäkkeitä keuhon. Silloin hoidetaan tautia imatinibillä, joka on täsmälääke. Imatinibia voidaan käyttää myös neoadjuvantti- ja adjuvanttihoitona eli esiliitännäis- ja liitännäishoitona. (Kallio 2013, 6-7.) Esiliitännäishoitoa voidaan antaa ennen leikkausta ja liitännäishoito on täydentävä hoito, joka voidaan antaa leikkauksen jälkeen. Esiliitännäis- ja liitännäishoitoja ovat sädehoito ja solunsalpaajat. (Duodecim 2015.)

Ohutsuolen neuroendokriinisiä kasvaimia hoidetaan myös leikkaushoidolla. Primaarissa kasvaintapauksessa kasvain poistetaan. Jos kasvain on levinnyt paikallisesti, pyritään radikaalimpaan leikkaukseen. Lääkehoitona käytetään bioterapialääkkeitä. (Arola ym. 2013, 516–518.) Myös radioisotooppihoitoja käytetään (Ahonen ym. 2014). Kasvaimia hoidetaan myös joskus solunsalpaajilla, mutta katsotaan, ettei hoidolla ole merkittävää asemaa (Arola ym. 2013, 516–518).

Yksi paksu- ja peräsuolen syöpien hoitomenetelmä on avanneleikkaus, jossa vatsanpeitteisiin tehdään aukko, jonka kautta suolen loppuosa nostetaan ihon pinnalle (Finnilco ry 2013). Avanne voi olla ohutsuolessa tai paksusuolessa riippuen syövän tai vaurion sijainnista. Ohutsuoliavanne voidaan tehdä esimerkiksi sädehoitovaurioiden tai kasvaimen aiheuttaman tukkeuman takia. Ohutsuoliavanneleikkauksessa voidaan poistaa paksusuoli ja peräsuoli kokonaan ja ohutsuolen loppuosa nostetaan oikealle alavatsalle. Ohutsuoliavanne voidaan myös korvata ileumsäiliö- eli IPAA-leikkauksella, jossa paksu- ja

peräsuoli poistetaan, mutta lantionpohjanlihaksset, peräaukko ja sulkijalihakset säilytetään. Ohutsuolen loppuosasta muodostetaan säiliö, J-säiliö, joka yhdistetään peräsuolikanavaan ja uloste poistuu luonnollista reittiä. (Kalinainen ym. 2013, 9, 12.) Ohutsuoliavanne voi olla väliaikainen, jolloin suolen vahingoittunut osa poistetaan ja jäljelle jääneen osan annetaan parantua ennen kuin osat yhdistetään (Coloplast). Paksusuoliavanne tehdään nimensä mukaisesti paksusuoleen, yleensä paksusuolen loppupäähän, ja suoli nostetaan vasemmalle alavatsalle. Paksusuoliavanteen syy on tavallisesti peräsuolensyöpä, mutta myös peräaukon alueen pahalaatuinen kasvain tai sädehoitovauriot voivat olla syitä paksusuoliavanteelle. Paksusuoliavanne voi olla myös väliaikainen, jolloin se tehdään esimerkiksi suolenpuhkeamisen jälkeen vatsaontelon tilanteen rauhoittamiseksi. (Kalinainen ym. 2013, 12–13.)

3.2 Suolistosyöpäpotilaan hoitopolku

Hoitopolut ovat alueellisia ja soveltavia toimintaohjeita, jotka perustuvat yleisesti hyväksytyihin kliinisiin käytäntöihin. Niissä kuvataan tehtäviä ja työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tarvittaessa kuvataan sosiaalitoimen ja esimerkiksi kansanterveysjärjestöjen tehtäviä ja työnjakoa. Hoitopolku määrittelee potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattihenkilöiden tehtävät. Hoitopolun ideana on vastuun ottaminen potilaan hoidon järjestämisestä. Sen lähtökohtana on siis moniammatillisuus. Hoitopolkujen tehtävänä on taata hoidon saatavuus ja laatu. Jos hoitopolku ei toimi, sen toimivuutta tulisi tarkastella potilaan näkökulmasta. Hoitopolkujen tulee olla kaikkien hoitopolun toimijoiden saatavilla ja niiden soveltuvuutta käytännön työhön tulee seurata, jotta toimintaan voidaan vaikuttaa. (Aalto ym. 2006, 7-8.)

Paksu- ja peräsuolisyöpäpotilaiden hoitopolku alkaa perusterveydenhuollon tutkimuksilla. Siellä tehdään kliininen tutkimus ja kolonoskopia eli paksusuolentähystys, jonka yhteydessä otetaan koepalat. Lisäksi tehdään peräsuolen tunnustelu eli tuseeraus sekä otetaan perusverenkuva. Jos kolonoskopiaa ei voida tehdä perusterveydenhuollossa, tulee potilas lähettää erikoissairaanhoidon. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011d.)

Suolistosyöpäpotilaan hoito erikoissairaanhoidossa alkaa sillä, että potilas tulee gastroenterologian poliklinikalle lääkärinvastaanotolle. Usein siinä vaiheessa hänellä on jo diag-

noosi perusterveydenhuollosta, jossa hänelle on tehty tähystykset ja otettu koepalat diagnoosin varmistamiseksi. Potilaalle on tehty myös lähete magneettikuvaukseen tai tietokonetomografiakuvaan, jossa hän käy ennen poliklinikalle tuloa. Peräsuolisyöpöpotilaalle tehdään transanaaliultraäänitutkimus eli peräsuolen ultraäänitutkimus lääkärin vastaanoton yhteydessä. (Tuomisaari 2014; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011d.)

Lääkärin vastaanotolla tehdään leikkauspäätös. Potilaan asioita saatetaan käsitellä myös lääkäreiden yhteismeetingissä eli yhteistapaamisessa, jossa mukana ovat muun muassa kirurgi, onkologi ja patologi. Meetingissä päätetään esimerkiksi mahdollisesta preoperatiivisesta eli leikkausta edeltävästä sädehoidosta. Lääkärinvastaanoton jälkeen potilas tapaa sairaanhoitajan. Sairaanhoitaja käy potilaan ja mahdollisen läheisen kanssa läpi hoitoprosessin etenemisen ja kartoittaa potilaan elämäntilanteen, kuten asumisolosuhteet, avuntarpeen ja erilaiset järjestettävät asiat. Vaihtelevasti kartoitetaan potilaan mahdollinen vajaaravitsemus. Hoitaja laittaa potilaan leikkaukseen ja antaa hoidonsuunnittelijan yhteystiedot. Hoidonsuunnittelija varaa potilaalle tarvittavat tutkimukset ja ajan leikkaukseen sekä lähettää kutsun leikkaukseen. Ennen leikkausta potilas käy läheisen kanssa esikäynnillä, jossa hän tapaa kirurgin, hoitajan ja anestesia­lääkärin. Leikkauksen jälkeen potilas menee osastolla toipumaan. (Tuomisaari 2014.) Leikkauksen jälkeen annetaan taudin levinneisyysasteen mukaan adjuvanttihoitoa onkologisessa yksikössä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011b).

Kuratiivisesti eli parantavasti hoidettuja suolistosyöpöpotilaita seurataan gastroenterologian tai kirurgian yksiköissä. Pienen uusiutumisen riskin potilaita seurataan 3-6 kuukauden välein kolme vuotta ja sen jälkeen vuoden välein viiteen vuoteen asti. Seurattavilta otetaan laboratoriotutkimuksia, kuten perusverenkuva, ALAT, AFOS ja CEA-arvo. Kuvantamisia tehdään vain tarpeen mukaan. Adjuvantti­hoidon saaneilla on hoidon jälkeen yksi käynti onkologian poliklinikalla. Heitä seurataan kolmen kuukauden välein kaksi vuotta ja sitten kuuden kuukauden välein viiteen vuoteen saakka. Yhden ja kahden vuoden kuluttua adjuvanttihoitoa saaneille tehdään vartalon tietokonetomografiakuvaus tai keuhko­kuva ja vatsan ultraäänitutkimus. Peräsuolisyöpöpotilaille tehdään kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta sigmoideoskopia eli sigmasuolen tähystys. Kaikille tehdään kolonoskopiakontrollit vuoden, kolmen ja viiden vuoden kuluttua tehdystä leikkauksesta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011a; Vuoristo 2006, 42.)

3.3 Syövän ja hoitojen vaikutus ravitsemustilaan

3.3.1 Syöpäpotilaan vajaaravitsemus

Syöpäkudos ja elimistön reaktio syöpäkudosta vastaan käynnistävät aineenvaihdunnallisia, fysiologisia, psykologisia ja mekaanisia muutoksia. Muutokset riippuvat syöpäkudoksen tyypistä, paikasta, kasvunopeudesta ja potilaan lähtöravitsemustilasta sekä muista mahdollisista potilaan sairauksista. (Alahuhta, Ala-Kokko & Nuutinen 2010, 552.) Syövän aiheuttamat oireet huonontavat usein potilaan ravitsemustilaa ja suurelle osalle potilaista kehittyvä vajaaravitsemuksen riski. Potilaan ravitsemustila voi olla huono jo ennen taudin toteamista, johon vaikuttaa esimerkiksi potilaan huonot ruokatottumukset ja edeltävät elämäntavat, kuten tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö. Taudin toteamisen jälkeen myös psyykkiset ongelmat ja myöhemmin syöpähoidot lisäävät vajaaravitsemuksen riskiä. (Orell-Kotikangas 2013, 848.)

Vajaaravitsemus on tila, jossa energian, proteiinien ja muiden ravintoaineiden saanti on puutteellista. Vajaaravitsemuksesta seuraa haitallisia muutoksia kehossa, kehon toiminnassa ja koostumuksessa. (Orell-Kotikangas 2013, 848.) Vajaaravitsemus ja laihtuminen ovat tyypillisiä ongelmia syöpää sairastavalla. Syöpäsairaudet ovat keskenään hyvin erilaisia, mutta kaikille on yhteistä erilaiset ravitsemukseen liittyvät ongelmat. (Flander 2009, 214.) Etenkin pitkälle kehittynyt ja etäpesäkkeitä levittänyt syöpä voi aiheuttaa aliravitsemustilan, jota kutsutaan myös syöpäkakeksiaksi. Vajaaravitsemuksen oireita on jopa puolella sairaalahoitossa olevilla syöpäpotilailla. (Alahuhta ym. 2010, 552.) Vajaaravitsemus heikentää potilaan elämänlaatua sekä huonontaa selviytymisen mahdollisuutta. Huono ravitsemustila vaikuttaa myös syöpähoitojen onnistumiseen. Se lisää infektioiden ja komplikaatioiden riskiä, hidastaa haavojen paranemista sekä lisää sairaalasaoloaikaa, jolloin myös kustannukset kasvavat. (Orell-Kotikangas 2013, 848.)

3.3.2 Syöpäkasvaimen vaikutus ravitsemustilaan

Syöpäpotilaalla vajaaravitsemuksen perussyynä on ravintoaineiden saannin vähyys tai niiden menetys. Syöpäkudos ottaa tarvitsemansa ravinnon ja rakennusaineensa isännästä. Syöpäpotilaan energiantarve suurenee, energiavarastot pienenevät ja energian käyttö voi

olla tehotonta. (Alahuhta ym. 2010, 553, 554, 556.) Syöpäpotilaan aineenvaihdunta on yleensä kiihtynyt johtuen syöpäkasvaimesta. Potilaan elimistö ei sopeudu vähentyneeseen energian saantiin, vaan syöpäkudos käyttää energiakseen glukoosia, vapaita rasvahappoja ja glyserolia, joita se saa lihas- ja rasvakudosta hajottamalla. (Orell-Kotikangas 2013, 850.)

Tärkein vajaaravitsemukseen johtava tekijä taudin alkuvaiheessa on ruokahaluttomuus. Se on yksi syövän tärkeimmistä oireista, joka usein paljastaa syöpäsairauden. Ruokahaluttomuuteen vaikuttaa monet tekijät. Syöpäkasvain voi aiheuttaa esimerkiksi maku- ja hajuaistin muutoksia. (Alahuhta ym. 2010 552–553.) Perusmakujen eli makean, suolaisen, happaman ja karvaan maistaminen muuttuu, mikä voi johtaa siihen, ettei ruoka maistu ollenkaan (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 162). Suolistosyöpien aiheuttamia tyypillisiä oireita ovat vatsakipu, ummetus, ulostamisvaikeus, veriulosteet ja tukosoireet. Ummetus voi myös vaihdella ripulioireiden kanssa, mihin liittyy myös ulostamispakkoa, limaisia niukkoja ulosteita, vatsanturvotusta ja kouristuksia. (Järvinen ym. 2013, 491.) Oireet voivat eri tavoin vaikeuttaa potilaan syömistä. Runsas oksentelu ja ripuli voivat johtaa myös potilaan kuivumiseen ja elektrolyyttitasapainohäiriöihin. Ruoan imeytyminen voi heikentyä ja ravintoaineiden menetys lisääntyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 177.) Syöpäkasvain voi tukkia suolen tai ahtauttaa suolta, jolloin ruoan kulku voi vaikeutua tai estyä kokonaan (Flander 2009, 214). Todettu syöpä aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, jotka voivat johtaa masentuneisuuteen, henkiseen väsymiseen ja elämänhalun katoamiseen, mikä voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta (Alahuhta ym. 2010, 553). Syöpäsairauden ja varsinkin oireiden myötä potilaan ruokavalio voi myös kaventua, mikä lisää vajaaravitsemuksen riskiä (Flander 2009, 214). Syömiseen liittyvät ongelmat voivat olla sekä lyhyt- että pitkäaikaisia (Viitala 2013, 353).

3.3.3 Syöpähoitojen vaikutus ravitsemustilaan

Leikkaus-, solunsalpaaja- ja sädehoito aiheuttavat yhdessä ja erikseen monenlaisia ravitsemustilaa heikentäviä oireita (Orell-Kotikangas 2013, 829). Ruoansulatuskanavaan kohdistuvat toimenpiteet voivat estää enteraalisen eli suun kautta tapahtuvan ravinnonoton tai heikentää sitä. Lisäksi suoliston alueelle tehdyt leikkaukset voivat aiheuttaa ravintoaineiden imeytymishäiriöitä. (Alahuhta ym. 2010, 553.) Hyvä ravitsemustila edistää leik-

kauksesta toipumista ja vähentää komplikaatioita. Leikkauksen jälkeen ruoansulatuskanavan toimintaan vaikuttaa poistetun suolen osan pituus, sijainti ja jäljelle jääneen suolen kunto. Ohutsuolen tehtäviä ovat ruoan pilkkominen ja ravintoaineiden imeyttäminen. Ohutsuolen eri osissa imeytyy eri ravintoaineita. Aikuinen sietää yleensä hyvin, jos ohutsuolesta poistetaan vähemmän kuin puolet, koska jäljelle jäänyt suolen osa sopeutuu uuteen tilanteeseen ja huolehtii jatkossa poistettujen osien tehtävistä. (Isotupa 2009, 209, 211.) Jos taas ohutsuolesta poistetaan yli puolet, voi ravintoaineiden imeytyminen heikentyä ja aineenvaihdunta häiriintyä (Haglund, Hakala-Lahtinen, Huupponen & Ventola 2010, 238). Potilaalle voi ilmaantua ravitsemusongelmia, kuten rasvaripulia, vitamiinien ja kivennäisaineiden imeytymisen heikentymistä ja laktoosin siedon vähentymistä. Rasvaripuli aiheuttaa nesteen, energian ja elektrolyyttien runsasta menetystä. Paksusuolen tehtävä on taas nesteen ja elektrolyyttien imeyttäminen ohutsuolesta tulleesta ruokasulasta, jolloin sen poisto aiheuttaa potilaalle nesteen ja elektrolyyttien menetystä. (Isotupa 2009, 211–212.)

Solunsalpaajat kulkeutuvat lähes kaikkiin kehon osiin ja ne tuhoavat myös terveitä soluja, jolloin ilmenee sivuvaikutuksia. Solunsalpaajat vaikuttavat jakautuviin soluihin, joten monet sivuvaikutuksen kohdistuvat nopeasti uusiutuviin kudoksiin. Nopeasti uusiutuvia kudoksia ovat muun muassa hiukset, limakalvot ja luuydin. Sivuvaikutukset ovat yksilöllisiä ja riippuvat käytetystä lääkkeestä. Sivuvaikutusten laatuun ja voimakkuuteen vaikuttaa käytetyn lääkkeen määrän lisäksi potilaan yleiskunto sekä kehon reagoiminen lääkkeeseen. Potilaan ravitsemukseen haitallisesti vaikuttavia välittömiä sivuvaikutuksia ovat pahoinvointi ja oksentelu, suun ja nielun limakalvonvauriot, ripuli, ummetus, turvotus ja kipu. Haittavaikutukset voivat kestää muutamasta päivästä muutamaan kuukauteen. Tiedetyt solunsalpaajat ja käytetty annos aiheuttavat joskus myös myöhäisvaikutuksia, jotka voivat ilmetä vuosikymmenien päästä. (Syöpäjärjestöt, Solunsalpaajat eli sytostaatit.)

Sädehoito vaikuttaa myös solunsalpaajien tavoin terveisiin soluihin ja aiheuttaa haittavaikutuksia sillä alueella mihin säteily kohdistuu. Haittavaikutukset ilmenevät yksilöllisesti. Haittavaikutukset riippuvat säteilyannoksen määrästä, hoidon pituudesta ja kehon osasta. Sädehoidon haittavaikutukset voivat ilmetä hoidon aikana, heti hoidon jälkeen tai vuosien kuluttua. Haittavaikutukset ovat yleensä ohimeneviä. Ne alkavat hoidon aikana ja häviävät muutaman viikon kuluttua hoidon päättymisestä. Suolistosyöpäpotilaalla mahdollinen sädehoito kohdistuu vatsan ja suoliston alueelle, mistä voi aiheutua välittöminä sivuvaikutuksina mahaärsytystä ja -kipua, pahoinvointia ja ripulia, jotka voivat myös aiheuttaa

potilaalle ruokahaluttomuutta. (Palva & Roseberg-Ryhänen 2013, 9, 11–12.) Ohutsuolen limakalvot vaurioituvat herkästi. Vauriosta voi aiheutua rasvan ja laktoosin imeytymishäiriö, josta seuraa potilaalle myös vatsakipua, ilmavaivoja ja ripulia. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 164.) Muita sädehoidosta johtuvia oireita ovat ärsytys peräsuolen ja peräaukon seudulla. Myöhäisvaikutuksia voi esiintyä kehon paikoissa, kun sädehoito kohdistuu elimeen, jossa solukko uusiutuu hitaasti. (Syöpäjärjestö, Sädehoito.)

3.3.4 Ravitsemusongelmien hoito

Suurelle osalle potilaista riittää tavanomainen ravitsemushoito, johon kuuluu yksilöllinen ravinnon saannin turvaaminen terveyttä edistävällä ruokavaliolla. Tehostettua ravitsemushoitoa tarvitsevat vajaaravitut tai sen riskissä olevat. Ravitsemushoidon tavoitteena on riittävä energian, proteiinien ja muiden ravintoaineiden saanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 35–37.)

Ruokahaluttomuus voi johtua syövän aiheuttamista muutoksista elimistössä, solunsalpaajista tai sädehoidosta. Syynä voi olla esimerkiksi pahoinvointi, makumuutokset, nielemisvaikeudet, kipeä ja kuiva suu sekä ruoansulatusongelmat. Ruokahaluttomuuden syynä voi olla myös sairaudesta aiheutuneet pelot ja masennus. (Bingham & Viitala 2014, 7-12.) Ruokahaluttomuuden hoitaminen alkaa sen syyn selvittämisellä, minkä jälkeen ruokavaliota suunnitellaan yksilöllisesti (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 161). Tärkeintä ruokahaluttomuuden hoidossa on, että potilas syö. Ravintoa on oltava riittävästi, kun taas ravinnon terveellisyydestä voidaan tinkiä. Potilaan painonlaskua on helpompi ennalta ehkäistä kuin saada paino nousemaan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 160–161.) Potilaille voidaan tilata toiveruokia mahdollisuuksien mukaan. Potilaalle tulee tarjota ruokaa silloin, kun hänellä on ruokahalua. Usein tarjotut pienet ateriat ja välipalat sopivat hyvin, jos ruokahalu on huono. Annoskoon lisäksi on hyvä huomioida ruoan miellyttävä rakenne. Ruokailutilanteeseen tulee myös kiinnittää huomiota. Ruokahalua lisää miellyttävä ruokailuympäristö, viihtyisä ja tuuletettu huone, kaunis ruoan esillepano ja ruoka-seura. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 178.)

Syövän ja syöpähoitojen vaikutusta makuaistiin hoidetaan myös potilaalle maistuvilla ruoilla ja mieleisten mausteiden käytöllä (Viitala 2013, 359). Hajuaistikin voi herkistyä,

mikä voi olla yksin häiritsevä tekijä tai vaikuttaa makuaistiin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 162). Jos potilas kokee jonkun ruoka-aineen epämiellyttävänä, se tulisi korvata jollain muulla vaihtoehdolla (Flander 2009, 216).

Solunsalpaaja- ja sädehoidon aiheuttaman pahoinvoinnin kokeminen ja voimakkuus vaihtelevat yksilöllisesti. Pahoinvointia voi esiintyä pian hoidon jälkeen tai se voi alkaa vasta myöhemmin vuorokauden sisällä hoidon alusta. Pahoinvointia voidaan hoitaa sekä ruokailutapojen muutoksilla että lääkkeillä. Syömällä pieniä aterioita ja usein voidaan ehkäistä ja vähentää pahoinvointia. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 15.) Liian tyhjäksi päässyt maha taas voi lisätä pahoinvointia (Arffman 2009, 194). Samoin suuret ruoka- ja juomamäärät lisäävät pahoinvointia (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 163–164). Riittävästä nesteestä saannista tulee kuitenkin huolehtia. Jos potilaalle ei maistu ruoat ollenkaan tai hän oksentelee paljon, pitäisi potilas saada ainakin juomaan. (Arffman 2009, 195.)

Ripuli voi olla sekä suolistosyövän oire että syöpähoitojen sivuvaikutus. Imeytymishäiriöstä johtuvaan ripuliin voi auttaa vähärasvainen ja vähälaktoosinen tai kokonaan laktoositon ruokavalio. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 164.) Ripuli voi johtaa nopeasti kuivumiseen ja elektrolyyttihäiriöihin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 176). Tärkeintä ripulin hoidossa on varmistaa riittävä nesteiden saanti. Jotta suolen imeytymiskyky pysyy yllä, vähäinenkin syöminen on tärkeää. Hyvin siedettyjä ruokia ovat haaleat ja neutraalin makuiset ruoat. (Arffman 2009, 200–201.)

Suolistosyöpäpotilaalle ummetusta voi aiheuttaa syöpäkasvain, vähäinen liikunta, kipulääkkeet, pahoinvoinnin estolääkkeet, liian vähäinen nesteiden saanti ja solunsalpaajat (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 164; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 18). Ummetuksen hoidossa tärkeää on riittävä nesteiden saanti, kuitupitoinen ruoka ja liikunta. Kuitupitoisempaa ravintoa ovat esimerkiksi vihannekset, hedelmät, kuituvalmisteet, kojojyväleipä ja luumut. Nesteitä tulisi juoda paljon. Lisäksi ummetusta voidaan hoitaa lääkkeillä. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 18.)

Solunsalpaajat voivat aiheuttaa kuivuutta, ärsytystä, kipua ja haavaumia elimistön limakalvoille. Tavallisimmin oireita esiintyy suun limakalvoilla, jolloin suun kipeytyminen ja

kuivuus voivat aiheuttaa ongelmia sekä syömisessä että nielemisessä ja lisätä hammasongelmia. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 13–14.) Ruoan laadulla voidaan helpottaa nielemistä (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 34).

Syövän aiheuttamien ravitsemusongelmien hoidon lisäksi potilas voi tarvita tehostettua ravitsemushoitoa, jossa riittävä energiansaanti taataan energian- ja proteiinin saannin lisäämisellä ja kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. Ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa ruokavalion rikastamisella runsasenergisillä elintarvikkeilla ja proteiinipitoisilla ruoka-aineilla. Vaikka potilaan syömät ruokamäärät olisivat pieniä, niissä olisi kuitenkin paljon energiaa. Lisäksi tehostettuun ravitsemushoitoon voi kuulua syödyn ruoan lisäksi tai yksinään letkuravitseminen ja parenteraalinen ravitseminen, jos potilas ei pysty esimerkiksi syömään suun kautta riittävästi. (Viitala 2013, 356–357.)

Suolileikkauksen jälkeen siirrytään mahdollisimman pian suun kautta otettavaan ruokaan. Alkuun ruoat ovat nestemäisiä, mutta asteittain siirrytään kiinteämpään ja lopuksi normaaliin ruokaan. Alussa ruokavalio on myös laktoositon, kasvikset tarjotaan pääasiassa kypsennettyinä ja potilaan tulee välttää kaasua muodostavia ruoka-aineita. Ohutsuolen leikkauksen jälkeen potilas voi kärsiä nesteen ja elektrolyyttien menetyksestä sekä energian puutteesta runsaan ripulin takia. Riittävä ravintoaineiden saanti ja energiansaanti edistävät leikkauksesta toipumista. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 210.) Potilaille, joille tehdään avanne, sopii tavallinen perusruokavalio, josta poistetaan suolentukkeumia aiheuttavat ja kaasuja muodostavat ruoka-aineet. Kuitenkin eri ruoka-aineet sopivat potilaille yksilöllisesti. Avannepotilaiden ruokavaliossa täytyy myös huomioida mahdolliset imeytymishäiriöt ja niiden hoito. (Isotupa 2009, 213.)

3.4 Ravitsemustilan arviointi

Potilaat, joilla on vajaaravitsemuksen riski, tulisi löytää mahdollisimman varhain, koska varhain aloitettu ravitsemushoito voi ehkäistä ravitsemustilan huonontumista ja vajaaravitsemukseen liittyviä haittoja. Jokaisen syöpäpotilaan vajaaravitsemuksen riski tulisi arvioida jo ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä tai toisena sairaalassaolopäivänä. Kaikkien potilaiden vajaaravitsemusriskiä tulisi seuloa säännöllisesti syöpähoitojen aikana ja riskipotilaille tulisi tehdä yksityiskohtaisempi ravitsemustilan arviointi. Ravitsemushoito tu-

lisi aloittaa välittömästi, jos potilaalla todetaan vajaaravitsemuksen riski tai vajaaravitsemustila tai, jos potilaan ravinnonsaanti on ollut riittämätöntä yli 10 päivän ajan (> 60 % arvioidusta energian tarpeesta) tai hän ei pysty syömään riittävästi tulevien päivien aikana. (Orell-Kotikangas 2013, 850.)

Ensin potilaalle tehdään ravitsemustilan seulonta. Vajaaravitsemuksen riskin seulontaan on kehitetty erilaisia testejä. Testien tulisi olla helppokäyttöisiä ja nopeita, jotta kaikki potilaat tulisi seulottua. Lisäksi seulonnan tulisi olla sellainen, että se tunnistaa myös riskissä olevat potilaat, jotka muutoin voisivat jäädä tunnistamatta. (Orell-Kotikangas 2013, 850.) Täytyy myös huomioida, että normaali- tai ylipainoisen potilaan ravitsemustila voi olla heikentynyt (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 106). Seulontamenetelmät ovat yleensä suunniteltu niin, että proteiini-energiavajaaravitsemuksesta kärsivät potilaat löytyvät. Menetelmät myös ennustavat kuinka todennäköistä on, että potilaalle esiintyy vajaaravitseminen tai huononeeko vajaaravitsemustila seuraavien 1-2 viikon aikana. (Orell-Kotikangas 2013, 850.) Aikuisten vajaaravitsemuksen riskin seulontaan on monia erilaisia testejä, kuten MUST (Malnutrition universal screening tool), MNA (Mini nutritional assessment) ja NRS-2002 (Nutritional risk screening) (Elia & Isenring, 2015, 595; Partanen 2009b, 110).

MUST-, MNA- ja NRS-2002 -testeissä pääkohta on nykyinen paino ja sen lisäksi painoindeksi. Testeissä selvitetään myös tahaton painon menetys. NRS-testissä selvitetään lisäksi iän, sairauden vaikeusasteen ja syömisongelmien vaikutukset ravinnontarpeeseen ja aineenvaihduntaan. Sen takia se soveltuu paremmin sairaalassa olevien potilaiden ja erityisesti syöpäpotilaiden käyttöön. (Elia & Isenring, 2015, 595.) MUST soveltuu parhaiten perusterveydenhuollon asiakkaille ja MNA taas yli 65-vuotiaille koti- ja laitoshoidossa oleville. (Orell-Kotikangas 2013, 851; Partanen 2009b, 111).

Potilaille, jotka seulonnan perusteella luokitellaan riskipotilaiksi, tehdään yksityiskohtainen ravitsemustilan arviointi. Arvioinnissa mennään vielä testejä pidemmälle potilaan ravitsemustilan selvittämisessä. (Orell-Kotikangas 2013, 850.) Arviointi koostuu potilaan kehonkoostumuksen määrittämisestä, ruokailutottumusten selvittämisestä, kliinisestä tutkimuksesta, toimintakyvyn arvioimisesta ja laboratoriotutkimustuloksista. Ravitsemustilan heikentyminen voi johtua monista eri syistä, minkä takia ravitsemustilan arviointiin on syytä käyttää monia eri mittareita. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16–19.)

Tärkein ja helpoin potilaan ravitsemustilan arviointimenetelmä on painon mittaus. Painon lisäksi potilaan pituuden mittauksen avulla saadaan laskettua painoindeksi, jota voidaan verrata normaalipainon raja-arvoihin. Potilas tulee punnita hoitoon tullessa, hoidon jatkuessa kerran viikossa ja tarvittaessa useamminkin. Potilaalta on myös hyvä selvittää painonmuutokset viimeisen puolen vuoden aikana. Yli kymmenen prosentin painonmenetykset, jotka ei johdu laihduttamisesta eikä nesteenmenetyksestä, kertoo mahdollisesta proteiini-energiavajaaravitsemuksesta. Painon ja painoindeksin lisäksi kehonkoostumusta, kehon rasva- ja lihasmäärää voidaan arvioida olkavarren ja vartalon ympäryks- sekä ihopoimiumittauksilla. Vartalosta voi mitata esimerkiksi rinnan-, lantion- tai vyötärön ympäryksen. Kehon koostumusmittauksia tulisi käyttää toistuvassa potilaskohtaisessa seurannassa esimerkiksi kahden viikon välein. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 15–18.)

Ravitsemustilan arviointiin kuuluu myös ruokavalioanamneesin tekeminen sekä potilaan ruokailujen seuranta. Potilaalta on hyvä selvittää ruokatottumukset, ruokavalion laatu ja ravintoaineiden saanti, koska painon muutokset eivät kerro niistä. Potilaan ruokavalion laadun selvittäminen onnistuu parhaiten kysymällä yksityiskohtaisesti mitä potilas päivän aikana syö. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17.) Potilas voi esimerkiksi pitää ruokapäiväkirjaa, jonka avulla on helppo selvittää potilaan nauttimat ruoat ja juomat ja niiden määrät (Männistö & Pietinen 2010, 39). Lisäksi potilaalta on hyvä selvittää ruokahalun ja ruokailuun liittyvät muutokset sekä ruokavalioon vaikuttavat sairaudet ja mahdolliset ruoansulatushäiriöt (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17). Sairaalassa potilaan syömien ruokien määrää ja laatua tulee seurata päivittäin. Annettu annos ei välttämättä kerro mitä potilas syö, vaan potilas voi syödä valikoidusti tai jättää syömättä tai juomatta. Lisäksi potilas voi syödä vierailijoiden tuomia ruokia. (Partanen 2009a, 108)

Kliinisiin tutkimuksiin kuuluu potilaan ihonalaisen rasvan määrän, lihasten surkastumisen, ihon, limakalvojen, hiusten, kynsien, eri elinten toiminnan ja turvotusten tutkiminen. Kuiva ja hilseilevä iho, hauraat kynnet, halkeilevat suupielet ja suun limakalvomutokset voivat olla puutosoireita. Hiusten runsas irtoilu ja niiden muuttunut rakenne voivat kertoa mahdollisista vitamiini- ja kivennäisainepuutoksista. Turvotukset taas viittaavat matalaan seerumin albumiinipitoisuuteen. Oireet eivät yleensä kerro vitamiininpuutosoireyhtymistä, vaan proteiini-energiavajaaravitsemuksesta ja siihen liittyvästä vitamiinien ja kivennäisaineiden puutteesta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 18.)

Toimintakyvyn arvioimiseen kuuluu suorituskyvyn ja lihasfunktion kartoitus. Toimintakykyä voidaan arvioida selvittämällä miten potilas pärjää päivittäisissä toiminnoissa tai onko suoriutumisessa tapahtunut muutosta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 18.) Potilaan elämänlaatu kertoo myös toimintakyvystä (Orell-Kotigangas 2013, 851). Käsien puristusvoiman ja hengityselimien voiman perusteella voidaan ennustaa leikkauksen jälkeen ilmeneviä ongelmia (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009 18).

Laboratoriotutkimuksilla voidaan täydentää potilaan ravitsemustilan arviointia (Orell-Kotigangas 2013, 851). Mitkään laboratoriotutkimukset eivät kuitenkaan yksiselitteisesti kerro potilaan ravitsemustilasta, mutta yksittäisten ravintoaineiden ja niiden aineenvaihduntatuotteiden mittausten perusteella voidaan saada tietoa potilaan puutostiloista. Veren kuvan ja seerumin raudan mittauksia käytetään puutostiloja epäiltäessä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 17.) Viitearvoja matalammat plasman albumiini ja prealbumiini voivat viitata heikentyneeseen ravitsemustilaan (Viitala 2014).

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli vajaaravitsemuksen havaitsemisessa ja hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä ja saavuttamisessa, koska hoitaja seuraa potilaan vointia ja ruokailua sekä raportoi niistä potilaan ollessa sairaalassa (Partanen 2009b, 111). Hoitaja tietää potilaan ongelmat ravitsemuksessa ja niiden hoidon kokonaisuuden. Hoitaja on helposti potilaan saavutettavissa ja seuraa potilaan terveydentilan muutoksia. Lisäksi hoitaja tekee vajaaravitsemusta ja sen riskiä kartoittavat testit, arvioi ravitsemustilaa ja seuraa potilaan kokonaistilannetta. Tarvittaessa hoitaja konsultoi ravitsemusterapeuttia lääkärin tutkimusten, laboratoriotutkimustulosten ja hoidontarpeen mukaan. (Arffman & Sinisalo 2009, 239.)

3.5 Ravitsemusohjaus

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa sairaanhoitaja tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä vuorovaikutuksen avulla. (Eloranta & Virkki 2011, 7.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoon vaikuttavista asioista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvitys on annet-

tava potilaalle niin, että hän sen riittävästi ymmärtää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Ravitsemusohjaus on osa ravitsemushoitoa (Aapro ym. 2008, 112) ja samalla potilaan hyvää ja asianmukaista hoitoa (Kääriäinen 2008, 10).

Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät ohjausvalmiudet, jotta ohjaus on laadukasta. Ohjauksen onnistuminen edellyttää hoitajalta tietoa ja taitoa ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. (Kääriäinen 2008, 12.) Elo-rannan ja Virkin (2011) mukaan hoitotyössä ohjaus on prosessi, johon kuuluu ohjaustarpeen määrittäminen ja tavoitteiden asettaminen sekä ohjauksen suunnitteleminen, toteuttaminen, arvioiminen ja kirjaaminen. Oikein toteutettu ohjausprosessi turvaa potilaan hoitoon sitoutumisen ja hoidon jatkuvuuden. (Eloranta & Virkki 2011, 25–27.) Laadukas ohjaus vaatii myös asianmukaiset resurssit, joita ovat riittävä henkilöstö, aika, tilat ja hoitajan ohjausvalmiudet (Hirvonen ym. 2007, 21).

Ohjauksen alussa sairaanhoitajan on perehdyttävä potilaan taustatekijöihin, jotta ohjaus olisi mahdollisimman laadukasta ja potilaslähtöistä (Kääriäinen 2007, 79, 82, 85–87). Taustatekijät ovat ohjauksen lähtökohtia, jotka jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaaliin. Fyysisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi käsitys omasta terveydestä, kokemukset, tarpeet, oppimistavat ja motivaatio. Sosiaaliin tekijöihin kuuluu esimerkiksi läheiset, maailmankatsomus, kulttuuri ja uskonto. (Hirvonen ym. 2007, 26, 29, 32, 35.) Myös hoitajan taustatekijät vaikuttavat esimerkiksi ohjaukseen asennoitumiseen, ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin sekä miten hoitaja lähestyy käsiteltäviä asioita, jos hänen maailmankatsomus on eriävä potilaan kanssa (Kääriäinen 2008, 12).

Sairaanhoitajan tulee päivittää tietojaan ja taitojaan seuraamalla tutkimustietoa ja osata soveltaa sitä, jolloin potilas saa pätevää, asianmukaista, ajantasaista, oikeaa ja tilanteeseen sopivaa ohjausta (Kääriäinen 2008, 12). Hoitotyön tavoitteena on käyttää tieteelliseen näyttöön perustuvia tietoja ja taitoja. Näyttöön perustuva hoitotyö on parasta ajan tasalla olevaa tiedon arviointia ja harkittua käyttöä hoitoa koskevissa päätöksissä ja hoitotoiminnoissa. Näyttö perustuu tutkimuksista saatuun tietoon sekä kokemuksista saatuun asiantuntemukseen. (Eloranta & Virkki 2011, 23, 31.)

Ohjausmenetelmiä ovat yksilö-, ryhmä- tai audiovisuaalinen ohjaus. Audiovisuaalisessa ohjauksessa ohjauksen tukena käytetään teknisten laitteiden välityksellä saatavaa tietoa,

kuten videoita, tietokoneohjelmia ja puhelimia. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa potilaan kyky omaksua asioita ja ohjauksen päämäärä. (Hirvonen ym. 2007, 73, 74, 104, 116.) Ihmiset oppivat asioita eri tavoin. Sairaanhoidajan täytyy olla tietoinen erilaisista oppimistyyleistä sekä omasta oppimistyylistään. Jos hoitaja tunnistaa potilaan oppimistyylin, hän pystyy hyödyntämään sitä ohjauksessa. (Eloranta & Virkki 2011, 52.) Jotta ohjaus olisi vaikuttavaa, tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä (Hirvonen ym. 2007, 73).

Ohjaus on vuorovaikutuksellista ja tavoitteellista ongelmanratkaisua, jolla haetaan potilaalle konkreettisia ratkaisuja tarvittaviin muutoksiin. Ohjauksessa ei ole kyse tiedon antamisesta vaan neuvottelusta. Ohjauksen tulee olla selkokielistä, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. (Aapro ym. 2008, 19.) Ohjauksessa käytetään niin sanallista kuin sanatontakin viestintää. Pyrkimyksenä on se, että potilas ja hoitaja ymmärtävät toisiaan ja sitä, mistä ohjauksessa keskustellaan. Hyvän ohjaussuhteen luominen vaatii molemmilta osapuolilta kunnioitusta toistensa asiantuntijuutta kohtaan sekä aktiivista osallistumista. (Hirvonen ym. 2007, 38–43.) Ohjaussuhteen luottamuksellisuus mahdollistetaan, kun potilasta rohkaistaan osallistumaan keskusteluun sekä esittämään kysymyksiä ja hänelle annetaan palautetta (Kääriäinen 2008, 12).

Potilaat ovat motivoituneet erilaisilla, mikä täytyy ottaa ohjauksessa huomioon. Motivaatio vaikuttaa esimerkiksi siihen haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita tai koeekeko hän ohjauksen tärkeäksi. (Hirvonen ym. 2007, 32.) Elorannan ja Virkin mukaan (2011, 62) motivaatio on keskeinen asia potilaan oppimisen ja myös hoitoon sitoutumisen kannalta. Ohjauksessa täytyy huomioida myös potilaan voimavarat, jotka voivat edistää ohjauksen tavoitteiden saavuttamista. Ohjaus on myös potilaan sosiaalisen tuen antamista, kuten emotionaalisen tuen antamista. (Hirvonen ym. 2007, 38–43.)

Elorannan & Virkin (2011) mukaan potilaan ohjauksessa on tärkeää, että potilas saa ohjausta oikeaan aikaan. Toisaalta potilaat ovat hyvä osallistaa omaan hoitoonsa varhain, mutta toisaalta tietoa on turha tarjota liian varhaisessa vaiheessa, jolloin esimerkiksi pelko ja hämmennys voivat rajoittaa vastaanottokykyä. Ohjauksen antamista on myös syytä jaksottaa, koska potilaiden vastaanottokyky on erilainen. (Eloranta & Virkki 2011, 25, 31–32.) Elomaan ym. (2010, 7-8) tutkimuksen mukaan avannepotilaan kokivat erittäin tärkeänä, että avannehoitajat ohjasivat heitä avanteen hoitoon liittyvissä asioissa jo ennen avanneleikkausta. Kääriäisen (2007) mukaan taas ohjausta tulisi kehittää resurssien ja or-

ganisoinnin osalta. Ohjaukseen pitäisi olla riittävästi aikaa, mikä tulisi huomioida sairaanhoitajien mitoituksessa. Riittävä aika ohjaukseen mahdollistaa esimerkiksi sen, että hoitaja tapaa potilaan useamman kerran. (Kääriäinen 2007, 102–103.) Myös Hirvosen ym. (2007) mielestä ohjausta on oltava riittävästi ja useita ohjauskertoja. Se vaikuttaa potilaan terveyden edistämiseen ja ylläpitoon, koska hoidon jatkuminen jää potilaan vastuulle. (Hirvonen ym. 2007, 21, 25.) Kynnäksen, Kääriäisen, Torpan ja Ukkolan (2006, 10) tekemän tutkimuksen mukaan yli puolet tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista arvioi, että aikaa on liian vähän ohjauksen toteuttamiseen.

Kääriäisen (2007) mukaan myös sairauksia, tutkimuksia ja hoitoa käsitteleviä ohjausmateriaaleja pitäisi olla enemmän sekä kirjallisena että audiovisuaalisena. Sairaanhoitajien tulisi saada koulutusta ohjauksen sisältöön, menetelmiin ja vuorovaikutustaitoihin. Koulutus pitäisi järjestää niin, että mahdollisimman moni pääsee siihen osallistumaan. Ohjauksen organisointiin kuuluu ohjausvastuun jakaminen ja ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen. Ohjausvastuu tulisi jakaa esimerkiksi koko hoitotiimille. Yhtenäiset ohjauskäytännöt ja kirjaus poistavat ohjauksen päällekkäisyyttä ja epätietoisuutta, siitä mitä potilaalle on jo ohjattu. (Kääriäinen 2007, 102–103.)

Ohjauksen tulee olla havainnollista ja käytännönläheistä. Ohjauksessa käytettävän materiaalin tulee olla mahdollisimman konkreettista. (Schwab 2012, 345.) Kirjallista ohjetta voidaan käyttää suullisen ohjauksen tukena, koska ne harvoin riittävät sellaisenaan. Potilaat muistavat ohjauksen sisällön todennäköisemmin, kun suullisen ohjauksen tukena käytetään kirjallista materiaalia. (Eloranta & Virkki 2011, 73.) Kaapolan ym. (2010) tutkimuksen mukaan 90 % heidän tutkimukseen osallistuneista potilaista piti kirjallisia kotihoito-ohjeita välttämättöminä. Kirjallisten ohjeiden merkitys korostui yli 50 vuotiailla. (Kaapola ym. 2010, 24.) Kirjallisten ohjeiden käyttö on erityisen tarpeellista, kun ohjaukseen käytetty aika on vähentynyt. Kirjallisen ohjeen tulisi olla potilaan tilanteeseen sopiva sekä hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Kirjallisen materiaalin avulla potilaalle voidaan ennalta antaa tietoa tulevasta, ja potilas voi esimerkiksi vaikuttaa hoitojen onnistumiseen. Ohjauksen lopuksi on tärkeää kerrata ohjauskeskustelussa käytyt keskeisimmät asiat. (Hirvonen ym. 2007, 73, 124.)

Ravitsemusohjauksen tehtävänä on ohjata potilasta tekemään muutoksia ruokailutottumuksiinsa sairauden ja sen hoidon vaatimalla tavalla (Schwab 2012, 345). Ravitsemusohjauksen lähtökohtia ovat itse sairauden ravitsemushoito, potilaan omat toiveet, tarpeet

ja valmius muutoksiin sekä potilaan ruokailutottumukset ja elämäntilanne (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 39). Ravitsemusohjaukseen on hyvä pyytää mukaan esimerkiksi potilaan puoliso, sillä ruokatottumukset ovat usein perhekeskeisiä (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 25).

Ravitsemusohjauksen toteuttaminen edellyttää sairaanhoitajalta tietämystä ravitsemushoidosta, ravitsemustilan arvioinnista, sairauksista ja niiden hoidoista, ohjausmenetelmistä ja vuorovaikutustaidoista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 40). Ravitsemusohjauksen tavoitteena ovat pysyvät ruokailutottumusten muutokset (Aapro ym. 2008, 112; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 40). Tavoitteena on, että potilas on aktiivinen ongelman ratkaisija, koska hän on oman elämänsä asiantuntija. Potilas itse tarkkailee itseään, omaa elämäänsä, rajoituksiaan ja mahdollisuuksiaan sekä päättää muutoskeinoista. (Hirvonen ym. 2007, 39, 41–43.) Potilaan motivointi muutoksiin ei välttämättä tapahdu hetkessä (Aapro ym. 2008, 19–20). Sairauden uhka harvoin riittää motivoimaan potilasta, mutta esimerkiksi aliravittu syöpäpotilas on valmiimpi muuttamaan ruokailutottumuksiaan, jotta vointi ja oireet helpottuisivat (Schwab 2012, 345).

Ravitsemusohjausta tulisi ohjata vain sen verran kuin potilaan sairauden kannalta on välttämätöntä ja potilaan tilanne sen sallii. Ohjauksessa käsiteltävät asiat eivät saa olla liian tiukkoja tai joustamattomia. Muuten ohjattuihin asioihin väsyä helposti sekä laiminlyö niitä. Potilaalle on perusteltava miksi ravitsemushoito on tarpeellista ja hänelle on annettava riittävästi tietoa ruokavaliosta ja sen toteuttamisesta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 24–27.) Perusteltu tieto lisää potilaan motivaatiota (Schwab 2012, 345).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimuksen kohteena terveystieteissä on ihmisen terveys ja siihen liittyvät tekijät. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja siihen vaikuttavat tekijät. (Juvakka & Kylmä 2007, 16–17.) Laadullisessa tutkimuksessa arvioidaan ja kuvataan laadullisia ilmiöitä, tutkitaan ihmisten kokemuksia, käsityksiä, tulkintoja ja motivaatioita sekä kuvataan ihmisten näkemyksiä. Laadullista menetelmään käytetään silloin, kun halutaan saada uusi näkökulma jo olemassa olevaan tutkittuun tietoon tai, jos epäillään teoriaa, käsitteiden merkitystä, tutkimuksen tuloksia tai tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen lähtökohtia ovat merkityksien ymmärtäminen, säännönmukaisuuksien löytäminen sekä kieli kommunikaationa tai kulttuurin muotona. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–73; Tuomi 2007, 96–98.)

Laadullisen tutkimuksen keskeisin ominaispiirre on aineistolähtöinen päättely eli induktiivinen päättely, jossa yksittäiset tapahtumat yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tutkimuksen tekijöillä tulee olla tietoa tutkitusta ilmiöstä, jotta he voivat kerätä tutkimuksen aineiston. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä kontekstispesifisyys eli tutkimus liittyy tiettyihin tilanteisiin. Tutkittua ilmiötä tutkitaan tutkimukseen osallistuneiden näkökulmasta ja tarkoitus on myös ymmärtää osallistujien näkökulma. (Juvakka & Kylmä 2007, 22–23, 28.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tiedon yleistettävyyteen, vaan tärkeää on, että valittua ilmiötä tutkitaan mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67). Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia voi olla vähän. Osallistujilla täytyy sen sijaan olla paljon tietoa ja kokemusta tutkitavasta ilmiöstä, minkä perusteella heidät valitaan harkiten osallistujiksi. Osallistujien valinta täytyy perustella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullista menetelmää käyttäen, koska tarkoituksena oli kuvata suolistosyöpäpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla. Laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen pystyttiin saamaan selville tutkimukseen osallistuneiden ajatuksia heidän omasta näkökulmasta tutkitavasta aiheesta. Laadullinen tutkimus on kontekstispesifistä

eli saatua tietoa ei voida yleistää, mutta sitä pystytään hyödyntämään suolistosyöpäpotilaan hoitopolun yksiköissä.

4.2 Aineistonkeruu

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto kerätään avoimin menetelmin. Tavallisimpia aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Näitä menetelmiä voidaan käyttää myös yhdisteltynä. Haastattelumenetelmiä on erilaisia ja ne voidaan luokitella haastatteluun osallistuvien henkilöiden määrän tai strukturoinnin mukaan. Haastattelut voivat olla yksilö- tai ryhmähaastatteluja. (Juvakka & Kylmä 2007, 27, 77.) Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan yksilöhaastattelua voidaan käyttää, kun tutkimusaihe on arkaluontoinen. Ryhmähaastattelua taas voidaan käyttää, kun tutkimukseen osallistujat edustavat samaa ammatti- tai potilasryhmää. Strukturoinnin mukaan haastattelut voidaan jakaa lomakehaastatteluihin, teema-haastatteluihin ja avoimiin haastatteluihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123–124.)

Haastattelua käytetään laadullisessa tutkimuksessa silloin, kun halutaan tietää mitä henkilö ajattelee tai miten toimii. Haastattelun yksistä eduista on sen joustavuus. Haastattelijalla voi esimerkiksi toistaa kysymyksen, selventää sanamuotoja ja keskustella haastateltavien kanssa. Haastattelussa tärkeintä on saada tietoa halutusta aiheesta niin paljon kuin mahdollista. Näin ollen olisi hyvä antaa haastattelun kysymykset tai aiheet/teemat etukäteen haastateltaville. Haastattelun yhteydessä pystytään myös helposti käyttämään havainnointia. Haastattelun etuna on myös, että haastateltavat voidaan valita tarkoituksenmukaisesti eli valitaan ne henkilöt, joilla on eniten tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74.)

Opinnäytetyön aineiston kerääminen tapahtui teemahaastattelua käyttäen. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan teemahaastattelussa korostetaan ihmisten omia tulkintoja asioista ja heidän antamia merkityksiä asioille sekä miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastatteluun on valittu teemoja ja niihin liittyviä apukysymyksiä, joiden mukaan haastattelu etenee. Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli asiasta jo tiedettyyn tietoon. Teemahaastattelussa ei tarvitse esittää kysymyksiä tietyssä järjestyksessä tai kaikkia kysymyksiä haastateltavalle. Haastattelussa ei kuitenkaan voi kysyä mitä

tahansa, vaan siinä pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73, 75.) Teemahaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska niin koettiin saavan parhaiten selvitettyä hoitajien ajatuksia ravitsemustilan arvioinnin ja ravitsemusohjauksen toteutumisesta. Teemahaastattelussa pystyy myös esittämään tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa.

Opinnäytetyölle saatiin tutkimuslupa huhtikuussa 2015. Sen jälkeen työelämäyhteyshenkilöt auttoivat valitsemaan sopivia haastateltavia sairaanhoitajia, joilla olisi kokemusta ja tietoa ravitsemusohjauksesta suolistosyöpöpotilaiden kohdalta. He antoivat yhteystiedot useille, heidän mielestä parhaiten, tutkimukseen soveltuville hoitajille. Haastateltavia hoitajia valittiin kolme sillä periaatteella, että he ovat hoitopolun eri vaiheista, joita olivat hoito ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen ja liitännäishoitojen aikana. Haastateltaviin oltiin yhteydessä sähköpostitse ja sovittiin haastattelujen aikataulusta. Haastateltaville toimitettiin saatekirje (Liite 2) ja opinnäytetyön suunnitelma ennen haastatteluja, jotta heillä oli mahdollisuus tutustua opinnäytetyön aiheeseen ja tutkimukseen osallistumiseen etukäteen. Opinnäytetyön suunnitelma sisälsi työn tarkoituksen, tehtävät ja tavoitteet sekä työn teoreettiset lähtökohdat ja haastattelun teemat sekä sen miten haastattelut toteutetaan. Haastattelun teemat (Liite 1) pohjautuivat opinnäytetyön teoreettisiin lähtökohtiin.

Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työajalla eri yksiköiden tiloissa keväällä 2015. Haastattelut pidettiin kolmena eri päivänä. Eräässä yksikössä oli ymmärretty haastateltavien valinta niin, että haastatteluun tulisi molemmat hoitajat, joita työelämäyhteyshenkilöt olivat ehdottaneet, vaikka tarkoituksena oli haastatella vain toista. Molemmat hoitajat otettiin mukaan haastatteluun, koska he olivat yhdessä valmistautuneet haastatteluun. Kaksi haastatteluista oli siis yksilöhaastatteluja ja yksi oli ryhmähaastattelu. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat läsnä kaikissa haastatteluissa. Haastatteluissa edettiin teemojen mukaan ja teemat oli jaettu haastattelijoiden kesken. Tarvittaessa esitettiin tarkentavia kysymyksiä. Haastattelut kestivät noin 20–50 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ääninauhureilla.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perinteinen analyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysissä pyritään löytämään tekstin merkityksiä. Aineistosta analysoitavat asiat eli aineiston analyysiyksiköt perustuvat tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Analyysiyksiköitä ei ole päätetty etukäteen, vaan ne tulevat aineistosta. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 95–96, 108–113.)

Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi, joka alkaa haastattelujen kuuntelemisella ja litteroimisella eli haastattelut kirjoitetaan auki. Aineistoon perehdytään ja sieltä etsitään tutkimuskysymyksiin vastauksia, analyysiyksiköitä. Pelkistämässä analyysiyksiköistä karsitaan epäoleellinen tieto pois, tiivistetään tietoa tai pilkotaan tietoa osiin. Pelkistykset ilmaukset voidaan listata erilliselle paperille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Toinen vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi, jossa kootuista pelkistetyistä ilmauksista etsitään samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia, joiden mukaan ne ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi, alaluokiksi. Alaluokat nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alaluokat ryhmitellään yläluokkiin samalla periaatteella ja yläluokkia yhdistelemällä muodostetaan pääluokat. Luokittelulla aineisto tiivistyy ja ylempät käsitteet sisältävät yksittäiset tekijät. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Kolmas vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi, jossa oleellinen tieto eritellään ja siitä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tutkimustehtäviin saadaan vastaus yhdistelemällä käsitteitä. Sisällönanalyysissä pyritään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä tulkinnalla ja päättelyllä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–113.)

Opinnäytetyössä sisällönanalyysi toteutettiin vaihe vaiheelta. Ensimmäiseksi heti haastattelujen jälkeen haastattelut kirjoitettiin auki sana sanalta, mikä lisäsi aineistoon perehtymistä. Sen jälkeen tutustuttiin vielä sisältöön ja alettiin etsiä tutkimuskysymyksiin vastauksia, analyysiyksiköitä. Analyysiyksiköt alleviivattiin erivärisillä tusseilla tutkimuskysymysten mukaan. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset taulukoitiin taas tutkimuskysymysten mukaan ja niistä muodostettiin pelkistetyt ilmaukset karsimalla epäoleellisen tieto ilmauksista ja tiivistämällä niitä. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhteneväisyyksien mukaan ja niistä muodostettiin alaluokkia, jotka nimettiin koko luokkaa kuvaavalla kä-

sitteellä. Alaluokista muodostettiin yläluokkia taas yhteneväisyyksien mukaan ja ne nimettiin. Yläluokista muodostettiin kaikkia yhdistävän ilmaus eli pääluokka. Alla olevassa taulukossa on esimerkki sisällön analyysistä tekemisestä (Taulukko 1).

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tilanteesta riippuen puhutaan ravitsemuksesta.	Potilaan yksilöllisyys	Ohjauksen yksilöllisyys	Ohjauksen toteuttaminen
Ohjaus on tilannekohtaista.			
Ohjaus riippuu potilaasta ja tämän tilanteesta.			
Ohjauksessa yksilöllisyys on tärkeää.	Yksilöllisyyden tärkeys		
Ohjauksessa annetaan yleisohjeita, mutta täytyy muistaa potilaiden yksilöllisyys.	Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen		
Ravitsemusohjausta annetaan avannepotilaille ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen osastolla ja jälkinäytöllä.	Ravitsemusohjauksen ajankohdat		
Avannepotilaita käydään tapaamassa osastolla, missä arvioidaan ohjauksen tarvetta.	Ohjauksen tarpeen arvioiminen		

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysistä.

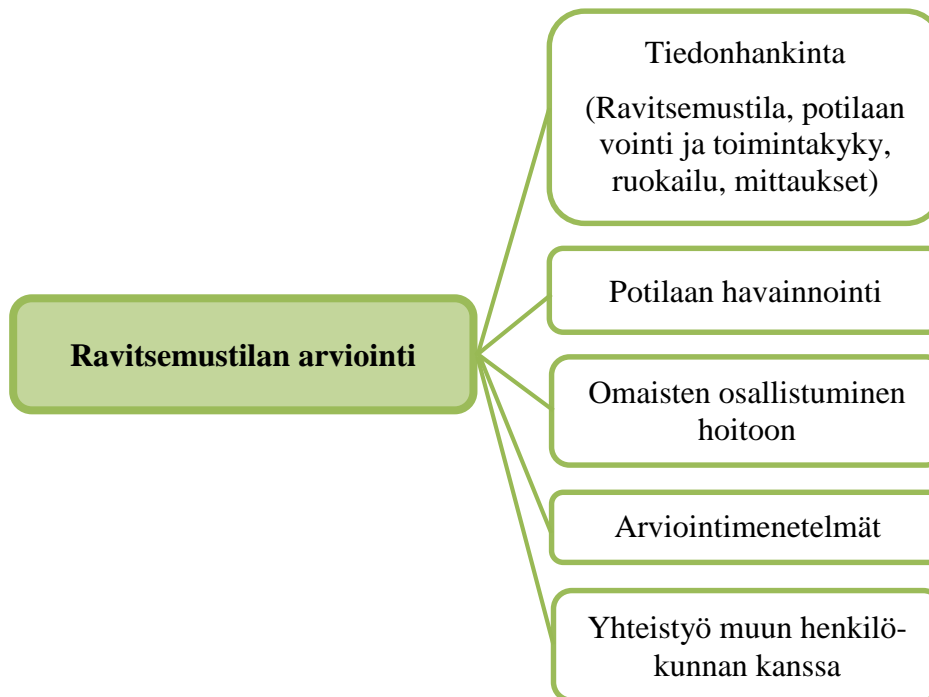
5 TULOKSET

Saadut tulokset esitetään aineiston analyysissä muodostuneiden pääluokkien mukaan (Kuvio 2).



KUVIO 2. Pääluokat.

5.1 Ravitsemustilan arviointi



KUVIO 3. Ravitsemustilan arvioinnin yläluokat.

Haastattelujen mukaan ravitsemustilan arvioinnista nousi esiin tiedonhankinta, arviointimenetelmät ja moniammatillinen yhteistyö. Sairaanhoitajat kertoivat, että ravitsemustilan arviointiin saadaan tietoa haastattelemalla potilasta hänen voinnistaan ja toimintakyvystään sekä ravitsemustilasta ja ruokailuun liittyvistä asioista. Lisäksi tietoa potilaasta saadaan tekemällä mittauksia, keskustelemalla omaisten kanssa ja havainnoimalla potilasta. Ravitsemustilan arviointimenetelmiksi hoitajat mainitsivat vajaaravitsemusriskin seulontakaavakkeen, ruokapäiväkirjat ja nestelistat. Kaikissa haastatteluissa tuli esiin, että ravitsemustilan arviointi on moniammatillista yhteistyötä.

Sairaanhoitajat saavat tietoa potilaan voinnista ja toimintakyvystä ennen leikkausta esitietolomakkeesta ja potilastiedoista leikkauksen jälkeen. Esitietolomakkeesta selviää potilaan paino, pituus, päihteiden käyttö ja elämäntavat. Lisäksi esikäynnillä tarkastetaan verikoetulokset ja selvitetään potilaan kotioloja. Potilaalta kysytään, että minkälainen asunto hänellä on, asuuko hän yksin ja miten hän pärjää kotona leikkauksen jälkeen. Lisäksi hoitajat haluavat tietää saako potilas keltään apua leikkauksen jälkeen, kuten ruoanlaitossa ja kaupassa käynnissä. Kun potilas tulee osastolle leikkauksen jälkeen, hoitaja tutustuu potilaan taustoihin potilastiedoista.

Kaikissa hoitopolun vaiheissa potilaan vointia ja toimintakykyä selvitetään myös kysymällä potilaan omaa kokemusta voinnista sekä voinnin ja toimintakyvyn muutoksista sekä mahdollisista oireista. Ruokailusta hankitaan tietoa kysymällä potilaalta, kuinka hänelle maistuu ruoat ja juomat sekä minkälaista ruokaa hän syö ja minkälainen ruokailurytmi hänellä on. Sairaanhoitajat ovat kiinnostuneita siitä, että syökö potilas säännöllisesti ja onko ruoka tavallista kotiruokaa. Potilaalta kartoitetaan mahdollisia syömiseen liittyviä ongelmia ja suolentoimintaa. Jälkitarkastuksessa hoitajat selvittävät myös miten potilaalle maistuu ruoka ja potilaalta kysytään kuinka hän selviytyy arjessa. Hoitajat ovat kiinnostuneita kuinka potilas jaksaa liikkua vai onko hän paljon vuoteessa. Lisäksi useimpien avannepotilaiden tilanne kartoitetaan kotiin soittamalla ja kysymällä yleisvointia, syömistä ja avanteen erityistä.

Kaikissa hoitopolun yksiköissä potilaan ravitsemustilasta hankitaan tietoa erilaisten mitausten avulla. Potilasta punnitaan hoitojen aikana ja myös esitietolomakkeesta käy ilmi potilaan paino. Potilaalta kysytään mahdollisista painon muutoksista. Myös jälkitarkastuksessa hoitajat selvittävät potilaan mahdollisia painon muutoksia. Potilaan verikoearvoja seurataan koko hoidon ajan ja tarvittaessa hoitojen jälkeen, kuten jälkitarkastuksessa. Hoitajien mainitsemia seurattavia verikoearvoja ovat elektrolyytit, kreatiniini, albumiini ja hemoglobiini.

Sairaanhoitajat kertoivat havainnoivansa potilaan yleisilmettä ja kokonaiskuvaa ennen leikkausta. Lisäksi hoitaja kiinnittävät huomiota potilaan huomattavaan laihtumiseen, kuivuuden merkkeihin ja turvotuksiin leikkauksen jälkeen ja liitännäishoitojen aikana. Hoitajat arvioivat kuivuutta kielen ja ihon ulkonäöstä.

Potilaasta saadaan tietoa myös omaisilta. Ennen leikkausta, jos tilanne on epäselvä, haastatellaan omaisia. Leikkauksen jälkeen omaiset taas kertovat potilaan mahdollisista ongelmista.

Haastatteluissa nousi esille, että ravitsemustilan arvioinnin menetelminä voi käyttää vajaaravitsemusriskin seulontakaavaketta, ruokapäiväkirjoja ja nestelistoja, mutta kävi ilmi, että hoitajat eivät yksiköissä juuri käytä vajaaravitsemusriskin seulontakaavaketta eivätkä ruokapäiväkirjoja. Vajaaravitsemusriskin seulontakaavaketta käytetään avannepotilailta todella harvoin ja muilla potilailta ei juuri koskaan. Ruokapäiväkirjoja käytetään avannepotilailta joskus, jos tilanne on epäselvä. Leikkauksen jälkeen käytetään nestelistoja.

Erään hoitajan mukaan on kuitenkin olemassa suosituksia, joiden mukaan tulisi tehdä ravitsemustilan seulontoja.

Ravitsemustilan arviointi on moniammatillista yhteistyötä. Haastatteluissa ilmeni, että sairaanhoitajat tekevät yhteistyötä lääkäreiden ja ravitsemusterapeuttien kanssa ravitsemustilan arvioinnissa. Lääkärit arvioivat verikokeiden tarpeen ja sairaanhoitajat seuraavat verikokeiden tuloksia. Kaikki sairaanhoitajat kertoivat potilaan ravitsemustilan arviointiin liittyen arvioivan tarvitseeko potilas ravitsemusterapeuttia.

5.2 Ravitsemusohjauksen toteuttaminen



KUVIO 4. Ravitsemusohjauksen toteuttamisen yläluokat.

Haastattelujen mukaan ravitsemusohjauksen toteuttamisesta nousi esiin ohjaustavat, ohjausmenetelmät ja ohjauksen sisältö. Ohjauksen toteuttamiseen vaikuttaa erilaiset tekijät, joista potilaiden yksilöllisyys oli merkittävin. Potilaat ovat kiinnostuneita hoidostaan ja myös omaiset osallistuvat ohjaukseen. Ravitsemusohjauksen toteuttaminen on moniammatillista yhteistyötä.

Ennen ja jälkeen leikkauksen sairaanhoitajat kertoivat, että annettuja ohjeita tulisi kerrata. Kertausta tapahtuu potilaan ollessa osastolla ja kotiutusvaiheessa. Ohjauksen kertaaminen helpottaa asioiden omaksumista. Leikkauksen jälkeen hoitajan kertoman mukaan ravitsemusohjauksen tavoista ilmeni myös, että ohjausta on hyvä porrastaa eli tieto annettaisiin vähän kerrallaan. Ohjauksen sisällön ei tulisi myöskään olla pikkutarkkaa.

Haastatteluista kävi ilmi, että ravitsemusohjaus on kaikissa yksiköissä pääsääntöisesti suullista ohjausta, mutta avannepotilaille voidaan käyttää kirjallisia ohjeita suullisen ohjauksen tukena. Kirjallisia ohjeita käytetään kuitenkin vaihtelevasti ravitsemusohjauksen tukena. Ravitsemusoppaita on olemassa avannepotilaille sekä yleinen syöpäpotilaan ravitsemusopas kaikille syöpäpotilaille. Avannepotilaiden ohjeita sovelletaan muille suolistosyöpäpotilaille, koska heille ei ole omaa opasta.

Ohjauksen sisältöön kuuluu potilaan ohjaaminen syömään oikeanlaista ravintoa, kuten mitä heidän kannattaa tai mitä ei kannata syödä. Potilaiden tulee ottaa huomioon, että he saavat ruoasta ravintoaineita, kuten proteiinia. Heidän tulee myös välttää ummetusta ja tukosoireita aiheuttavia ruoka-aineita. Hoitajat antavat ohjausta ravinnon energiapitoisuuden lisäämisestä, nestetasapainon huomioimisesta ja lisäravinteiden käytöstä. Potilaita ohjataan syömään mieliruokia, jos ruoka ei maistu. Leikkauksen jälkeen ravitsemus on nestemäistä, minkä jälkeen siirrytään kohti tavallista ruokaa. Potilaiden on myös tärkeä kiinnittää huomiota ruokarytmiin ja ruokailutapoihin, esimerkiksi isoja annoksia ei kannata syödä yhdellä kerralla. Potilaat saavat hoitopolun kaikissa vaiheissa jonkinlaista ravitsemusohjausta ravinnon laadusta ja ruokailutilanteista.

Sairaanhoitajien mukaan ravitsemusohjauksen toteuttamiseen vaikuttaa potilaan sairaalassaoloaika ja peruskunto. Lisäksi ohjauksen toteuttamiseen vaikuttaa mahdollinen leikkaustyyppi, kuinka paljon suolta joudutaan poistamaan ja onko kyseessä paksu- vai ohutsuoli. Myös mahdollinen avannetyyppi vaikuttaa ohjauksen sisältöön. Esimerkiksi ohutsuoliavannepotilaat saavat enemmän ravitsemusohjausta kuin paksusuoliavannepotilaat.

Kaikissa haastatteluissa kävi ilmi, että yksilöllisyys on merkittävä asia ravitsemusohjauksen toteuttamisessa. Ravitsemusohjauksen yksilöllisyydestä nousi esille ohjauksen tarpeen määrittäminen. Sairaanhoidajien mukaan potilaat tarvitsevat ohjausta sairauden alkuvaiheessa ja syöpähoitojen aloituksen jälkeen sekä, jos potilaalla ilmenee ongelmia tai potilaan tilanne pahenee. Esimerkiksi nopea laihtuminen tai toipumisen hidastuminen kertoo ravitsemustilan heikentymisestä. Leikkauksen jälkeen kaikki potilaat saavat jonkinlaista ravitsemusohjausta. Avannepotilaat saavat ohjausta ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen osastolla ja jälkitarkastuksessa. Avannehoitaja arvioi osastolla avannepotilaan ohjauksen tarvetta. Ravitsemusohjauksessa annetaan yleisohjeita potilaan yksilöllisyys huomioiden. Ravitsemusohjauksen antamisessa kaikissa haastatteluissa yksilöllisyys näkyy siinä, että ohjaus on potilaan tilanteesta riippuvaa. Esimerkiksi avannepotilaiden kohdalla ruokavalio on tarkempi kuin muilla suolistosyöpäpotilailla.

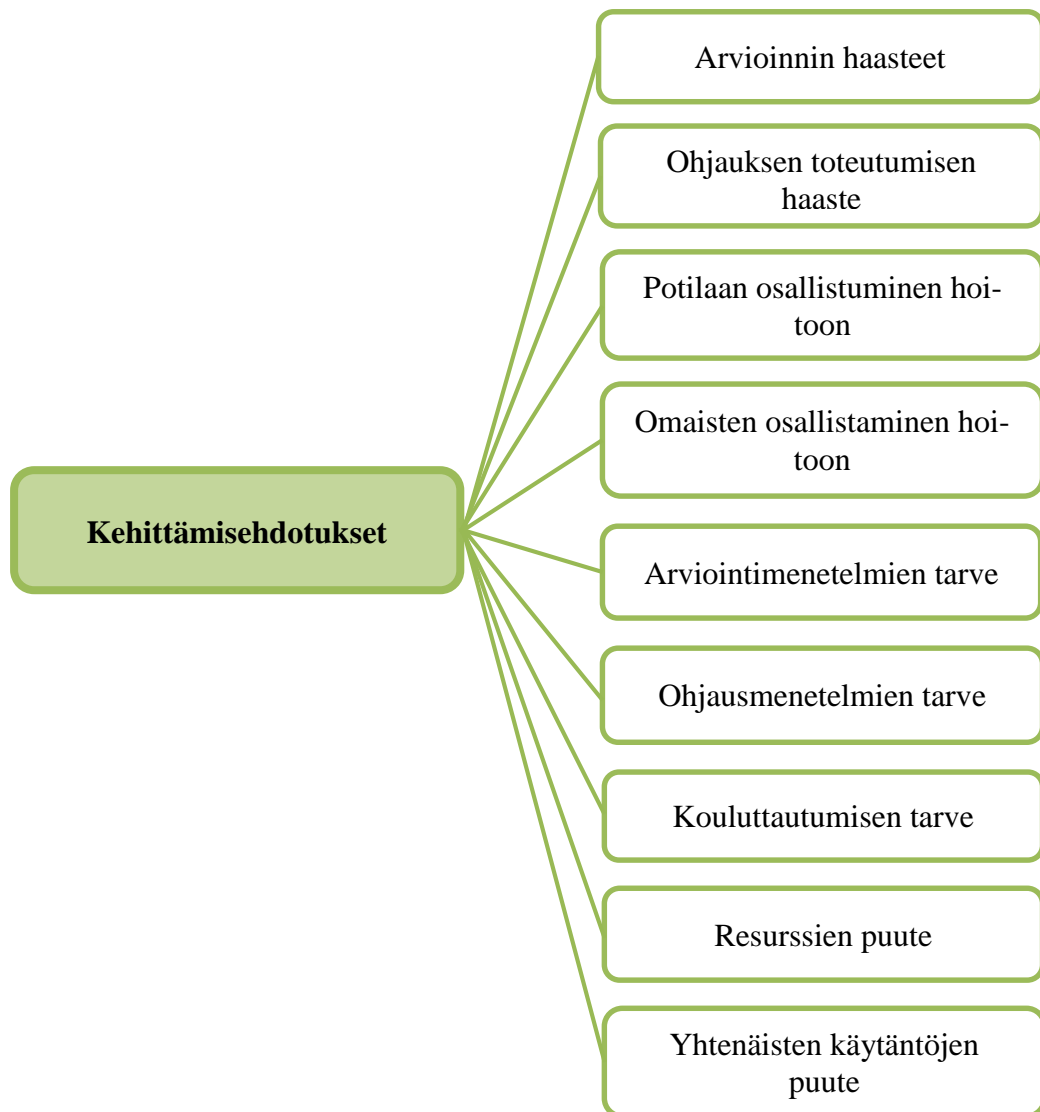
Liitännäishoitojen aikana potilaat ovat kiinnostuneita oikeanlaisesta ruokavaliosta, kuten mitä kannattaa syödä ja mitä saa syödä. Etenkin potilaat, joille tehdään avanne, ovat kiinnostuneita mitä voivat leikkauksen jälkeen syödä, sillä monilla on käsitys, että leikkauksen jälkeen voi syödä vain nestemäistä ruokaa. Leikkauksen jälkeen potilaita ohjataan osallistumaan hoitoon kertomalla mahdollisista oireistaan. Omaisten osallistuminen ravitsemusohjaukseen koettiin hyvänä ennen ja jälkeen leikkauksen.

Sairaanhoidajat kertoivat kaikissa haastatteluissa, että ravitsemusohjaus on moniammatillista yhteistyötä. Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu ravitsemusterapeutin konsultaatio. Ravitsemusterapeuttia konsultoidaan kaikissa hoitopolun vaiheissa tarvittaessa. Hoitajien mukaan ravitsemusterapeuttia konsultoidaan, jos potilaan toipuminen pitkittyy, hänellä on huono ruokahalu, hän laihtuu syömisestä huolimatta tai hänen muut ongelmat pahenevat. Jos potilaalla on PEG-letku tai potilas tarvitsee laskimonsisäistä ravitsemusta, konsultoidaan myös ravitsemusterapeuttia. Lisäksi potilaan tukosoireet, imeytymishäiriöt, ohutsuoliavanne, lyhytsuolisyndrooma ja matala albumiiniarvo ovat syitä pyytää ravitsemusterapeutin neuvoa. Potilas voi myös itse haluta tavata ravitsemusterapeutin. Sekä sairaanhoidajat että lääkärit arvioivat ravitsemusterapeutin konsultaation tarpeellisuutta.

Ravitsemusterapeutin lisäksi haastatteluista ilmeni, että moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu muutakin henkilökuntaa, kuten muut sairaanhoidajat, lääkärit, avannehoitajat ja sosiaalityöntekijät. Sekä hoitajat että lääkärit antavat potilaille ohjausta. Avannehoitaja

käy tarvittaessa tapaamassa liitännäishoitoja saavia avannepotilaita osastolla. Lisäksi avannepotilaat tapaavat jälkitarkastuksessa sekä lääkärin että avannehoitajan. Sosiaalityöntekijät neuvovat potilaita taloudellisissa asioissa sekä järjestävät kotiin ruokapalveluasioita. Eräässä haastattelussa hoitaja kertoi, että muilta ammattiryhmiltä saa apua tarvittaessa.

5.3 Sairaanhoidajien kehittämis ehdotukset ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemusohjauksen toteuttamiseen



KUVIO 5. Sairaanhoidajien kehittämis ehdotuksien yläluokat.

Ravitsemustilan arvioinnin ja ravitsemusohjauksen toteuttamisen kehittämiseen kuuluu arvioinnin ja ohjauksen toteutumisen haasteet, potilaiden osallistuminen ja omaisten osallistaminen hoitoon, arviointimenetelmien, ohjausmenetelmien ja kouluttautumisen tarve sekä resurssien ja yhtenäisten käytäntöjen puute. Lisäksi sairaanhoitajat kertoivat haastattelussa kehittämisehdotuksia ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemusohjauksen toteuttamiseen.

Ravitsemustilan arvioinnissa haasteita ovat vuorovaikutuksen onnistuminen ja sairaanhoitajien tiedon puute. Ennen leikkausta hoitajien ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa voi olla haasteita. Potilaat eivät esimerkiksi aina kommunikoi hoitajien kanssa, jolloin on vaikea saada tietoa potilaalta. Ennen leikkausta potilaat eivät välttämättä kerro totuudenmukaisesti voinnistaan, vaan liioittelevat vointiaan tai kertovat vointinsa paremmaksi. Potilaat kertoivat asioistaan totuudenmukaisesti, jos omainen oli mukana. Hoitajien tiedon puute näkyi yhdessä haastattelussa, kun hoitaja kertoi, että ravitsemustilan seulontakaavakkeen käyttöönotto on vaikeaa. Toisessa haastattelussa ilmeni, ettei hoitaja ei alkuun muistanut minkä nimisiä seulontakaavakkeita on olemassa. Kuitenkin hoitaja kertoi, että ravitsemustilan arvioinnissa haasteena on vajaaravitsemusriskin seulontakaavakkeen täyttämisen hankaluus. Vajaaravitsemusriskin tunnistamisen hän koki myös hankalaksi. Toisessa haastattelussa taas hoitaja koki haasteeksi seulontakaavakkeen käyttöönoton.

Eräässä haastattelussa hoitaja toi esille, että arvioinninmenetelmänä voisi käyttää muistilistaa, jonka avulla heti potilaan hoidon alussa kartoitetaan potilaan kokonaistilanne, jossa ravitsemus olisi omana osana.

Ohjauksen toteutumisen haasteisiin sairaanhoitajien kertomana kuuluu potilaiden omaksumiskyky, tiedon puute, pelot, huono ravitsemustila, hankalat oireet ja potilaan yksilölliset tarpeet. Lisäksi haasteita ovat hoitajien tiedon puute sekä haastavat tilanteet. Ohjauksen toteuttaminen ei ole aina hoitajille helppoa, koska potilaiden on vaikea omaksua annettua tietoa. Tiedon omaksumista vaikeuttaa lyhyt sairaalassaoloaika leikkauksen jälkeen, koska ohjausta tulee paljon eri asioista lyhyessä ajassa. Tieto voi mennä ohi tai potilaat eivät aina muista saamaansa tietoa, esimerkiksi ollessaan sokkivaiheessa. Potilaat täytyisi saada sitoutumaan hoitoonsa ja ymmärtämään ravitsemuksen tärkeys. Potilaat pitäisi saada syömään vaikeasta tilanteesta ja oireista huolimatta. Potilaiden tiedon puute näkyy siinä, että potilaat eivät tuo esille ravitsemusongelmiaan, eivät osaa pyytää apua

tai ohjausta vaan pitävät ongelmiaan normaaleina tilanteeseen kuuluvana. Potilaat uskovat pärjäävänsä vähemmällä ruoalla tai ajattelevat, että syöminen kannattaa lopettaa, jos esimerkiksi suolen toiminnassa on ongelmia, kasvain on tukkiva tai potilas haluaa rajoittaa avanteen erityistä. Liitännäishoitojen aikana myös potilaiden pelot vaikuttavat syömiseen. Potilaat pelkäävät syödä, koska se voi aiheuttaa pahaa oloa ja kipua sekä vaikuttaa vastan toimintaan.

Leikkauksen jälkeen ohjaukseen tuo haastetta leikatun potilaan entuudestaan oleva huono ravitsemustila ja pitkäaikaiset komplisoituneet tilanteet. Hoitopolun eri vaiheissa tuli ilmi, että ohjaukseen tuo haasteita potilaan hankalat ja hallitsemattomat oireet, kuten pahoinvointi, ripulointi, ruokahaluttomuus, huonovointisuus, jotka voivat johtua lääkkeitä tai suoliston tilanteesta. Ennen leikkausta ohjaukseen haasteita tuo potilaan voimattomuus, suolen liiallinen toiminta ja tukosoireet. Liitännäishoitoja saava potilas pitäisi saada syömään hankalista oireista huolimatta, mikä koettiin haasteeksi. Sairaanhoidajat toivat esille myös, että potilailla on yksilöllisiä tarpeita ohjaukseen. Potilaiden ruokailutottumukset vaihtelevat paljon ja potilaat odottavat leikkauksen jälkeen pikkutarkkaa tietoa, kuten mitä he saavat syödä ja mitä eivät saa syödä.

Eräs sairaanhoitaja kertoi, että hoitajien tiedon puute näkyy siinä, että lisäravinteista ei ole tarpeeksi tietoa. Haasteeksi nousi myös epätietoisuus miten toimia erityyppisten potilaiden kanssa, joilla on imeytymishäiriöitä ja erilaisia oireita tai joille on tehty erilaisia suolistoleikkauksia. Haastavissa tilanteissa hoitajat joutuvat panostamaan enemmän. Eräs hoitaja mainitsi myös, että ohjauksen haasteena on tiedon ja osaamisen puute, kuten miten ohjaa tai mitä ohjaa potilaalle.

Eräessä haastattelussa tuli esille ohjausmenetelmien tarve. Sairaanhoidajan mielestä potilaan kokonaisohjauksessa tulisi olla oma osuus ravitsemuksesta, koska muutoin ravitsemusohjaus tulee muun ohjauksen ohessa. Yksi hoitajista kaipasi ohjauksen toteuttamiseen apuvälineitä ja ehdottikin ohjaukselle runkoa, joka varmistaisi yhtenäisen ohjauksen ja, että kaikki asiat tulisi käytyä läpi. Ravitsemuksen oman osion lisäksi ohjauksen ohjausmenetelmien tarpeeseen sairaanhoitajat mainitsivat ryhmäohjauksen tarpeen, kirjallisten ohjeiden tarpeen erilaisille potilastyypeille, yhtenäisen ohjauksen sisällön tarpeen ja ohjausmenetelmien tarpeen. Eräs sairaanhoitaja totesi, että ryhmäohjausta voitaisiin hyödyntää enemmän, jos potilailla on samankaltaisia ongelmia. Kahdessa haastattelussa sai-

raanhoitajat toivat ilmi, että olisi hyvä, jos erilaisille potilaille olisi omia ravitsemusoppaita. Erityisesti hoitajat mainitsivat, että potilaille, joille ei tule avannetta, ei ole kirjallisia ohjeita. Eräässä haastattelussa toivottiin, että potilaiden puoliset osallistuisivat vielä enemmän ravitsemusohjaukseen.

Haastatteluissa ilmeni, että potilaat voivat vaikuttaa parantumiseensa ja osallistua aktiivisesti hoitoonsa. Ennen leikkausta potilaiden vastuulla on ravitsemustilan ylläpitäminen. Potilaiden tulisi myös kertoa leikkauksen jälkeen mahdollisista oireistaan. Syövän liitännäishoitojen aikana potilaat ovat kiinnostuneita ravitsemusasioista ja ovat vastaanottavaisia kaikelle tiedolle. Sairaanhoitajat eivät kokeneet haasteeksi sitä, että potilaat eivät osallistuisi hoitoon.

Resurssien puute tuli esille sairaanhoitajien kiireenä ja koulutuksen puutteena. Hoitajat kertoivat kaikissa haastatteluissa, että hoitajilla on kiire. Potilaita on paljon ja potilaan ravitsemusasioihin ei ole aikaa paneutua. Hoitajat antavat potilaille paljon ohjausta monista eri asioista lyhyessä ajassa ja ravitsemusasiat ovat vain yksi osa potilaiden saamasta ohjauksesta. Eräässä haastattelussa nousi myös esille, että kiire vaikuttaa vajaaravitsemusriskin seulontakaavakkeiden käyttämättömyyteen. Koulutuksen puute näkyi yhdessä haastattelussa, kun hoitaja kertoi, että kaikki hoitajat eivät pääse kaikkiin tarjolla oleviin koulutuksiin ja hänen mielestään olisi hyvä selvittää kaikille hoitajille jokaisen toimintayksikön tehtävät suolistosyöpäpotilaan hoitopolulla.

Yhdessä haastattelussa tuli esille, että kaikilla hoitajilla tulisi olla samat valmiudet työskennellä toimipisteissä ja työskentelytavat tulisi olla yhteneviä. Yksi hoitajista kertoi hoitajien kaipaavan koulutusta myös ravitsemusasioissa, koska se on niin laaja aihe ja potilaiden ongelmat ja oireet ovat erilaisia. Tietoa kaivataan myös lisäravinteista, mikä tuli esille jo ravitsemusohjauksen haasteissa. Lisäksi seulontakaavakkeen käyttöönotto koettiin vaikeaksi yhdessä haastattelussa. Kaikissa haastatteluissa kehittämissuhteena mainittiin kouluttautumisen tarve.

Yhtenäisten käytäntöjen puute tuli esille ravitsemustilan arvioinnissa ja ravitsemusohjauksen toteuttamisen kehittämisessä ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitajilla on eriäviä arviointi- ja ohjaustapoja eikä ravitsemusohjaukselle anneta painoarvoa. Hoitajilla on

oma tyylinsä arvioida potilaan ravitsemustilaa ja antaa ravitsemusohjausta. Potilaan tilannetta kartoitetaan ja potilaita ohjataan erilaisilla hoitajasta riippuen. Ravitsemusohjausta annetaan muiden asioiden lomassa.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata suolistosyöpöpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita sairaalan yksiköiden toimintaan suolistosyöpöpotilaan ravitsemusohjauksessa. Opinnäytetyössä saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin ja löydettiin kehittämiskohteita.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n (2009) mukaan potilaan painon mittaus on tärkein ravitsemustilan arviointimenetelmä. Potilas tulee punnita hoitoon tullessa sekä säännöllisesti koko hoidon ajan. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 16.) Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että painon mittaus ja seuranta ovat suuressa osassa koko potilaan hoitopolulla. Kaikissa hoitopolun yksiköissä potilas punnitaan ja painoa seurataan. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n (2009) mukaan on myös hyvä selvittää potilaan ruokailutottumukset ja ruokavalion laatu. Ruokailuun liittyvät muutokset ja mahdolliset ruokavalioon vaikuttavat sairaudet ja ruoansulatushäiriöt on otettava huomioon ravitsemustilan arvioinnissa. Lisäksi potilaan toimintakykyä voidaan haastatella potilaalta ja potilasta voidaan havainnoida ja arvioida, kuinka hän pärjää päivittäisissä toiminnoissa, sillä ne kertovat potilaan voinnista. Havainnoinnissa kiinnitetään huomiota myös esimerkiksi potilaan kuivuuden merkkeihin ja turvotuksiin, jotka voivat taas kertoa ravitsemustilasta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 14, 17–18.) Opinnäytetyön tulokset ovat yhteisiä Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n kanssa. Sairaanhoitajat saavat tietoa potilaan ravitsemustilasta, voinnista ja toimintakyvystä potilastiedoista, esitietolomakkeesta, potilaan haastattelusta ja havainnoinnista sekä erilaisista mittauksista. Tuloksissa ilmeni, että hoitajat tutustuvat potilaiden taustatietoihin. Potilaalta kysellään voinnista, toimintakyvystä ruokailutottumuksista ja niihin liittyvistä muutoksista sekä mahdollisista sairauksien aiheuttamista oireista. Orell-Kotikankaan (2013, 851) mukaan potilaan ravitsemustilan arviointia voidaan täydentää laboratoriotutkimuksilla. Kuitenkin haastatteluissa kävi ilmi, että laboratoriotutkimukset kuuluvat osaksi ravitsemustilan arviointia ja hoitajat tarkkailevat lääkärin määräämiä laboratoriotutkimusten vastauksia potilaan koko hoitopolun ajan.

Tuloksissa selvisi, että hoitajat eivät juuri käytä vajaaravitsemusriskin seulontakaavaketta eivätkä ruokapäiväkirjoja arvioinnissa. Hoitajien mukaan seulontakaavakkeen käyttöönotto on vaikeaa, sen täyttäminen on hankalaa ja myös kiire vaikuttaa seulontakaavakkeen käyttämättömyyteen. Kuitenkin Orell-Kotikankaan mukaan (2013) jokaisen syöpäpotilaan vajaaravitsemusriski tulisi arvioida jo ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä tai toisena sairaalassaolopäivänä. Kaikkien potilaiden vajaaravitsemusriskiä tulisi seuloa säännöllisesti syöpähoitojen aikana ja riskipotilaille tulisi tehdä yksityiskohtainen ravitsemustilan arviointi. Vajaaravitsemuksen riskin seulontaan kehitetyt testit ovat helppokäyttöisiä ja nopeita. (Orell-Kotikangas 2013, 850.)

Ravitsemusohjauksen yksilöllisyys nousi esille tuloksissa. Sairaanhoitajat huomioivat potilaiden tarpeet yksilöllisesti. Ohjaukseen vaikuttaa potilaan peruskunto, sairaalassaoloaika, tehty leikkaus ja oireet. Ohjausta tulisi antaa vähän kerrallaan ja ohjattuja asioita tulisi kerrata. Niin kuin Kääriäisenkin (2007, 79, 82, 85–87) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan on perehdyttävä potilaan taustatekijöihin, jotta ohjaus olisi mahdollisimman laadukasta ja potilaslähtöistä. Ohjaukseen pitäisi olla riittävästi aikaa, jotta ohjauskertoja olisi mahdollisimman monta. (Kääriäinen 2007, 102.) Hirvonen ym. (2007, 73) pitävät myös tärkeänä, että ohjatut asiat kerrataan ohjaustilanteen lopuksi.

Opinnäytetyön tuloksista tuli esille, että potilaiden saama ohjaus on pääsääntöisesti suullista. Ohjauksen tukena käytetään vaihtelevasti kirjallista materiaalia. Lisäksi tuloksista ilmeni myös, että suolistosyöpäpotilaille ei ole olemassa omaa ravitsemusopasta kuten avannepotilaille. Kääriäisen (2007, 102) tutkimuksen mukaan hoitajien käytössä pitäisi olla sairauksia, tutkimuksia ja hoitoa käsitteleviä ohjausmateriaaleja sekä kirjallisena että audiovisuaalisena. Myös Hirvonen ym. (2007, 124) on sitä mieltä, että kirjallisen ohjeen tulisi olla potilaan tilanteeseen sopiva sekä hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Elorannan ja Virkin (2011, 73) mielestä kirjallisia ohjeita voidaan käyttää suullisen ohjauksen tukena, koska silloin potilaat muistavat ohjauksen sisällön todennäköisemmin.

Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajilla on kiire, minkä takia ravitsemusohjaus jää vähäiseksi. Kynnäs ym (2006, 10) ovat saaneet yhteneviä tuloksia, joiden mukaan yli puolet heidän tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista arvioi, että aikaa ohjaukselle on liian vähän. Tulosten perusteella sairaanhoitajat tarvitsisivat työkaluja ohjauksen toteuttamiseen, kuten enemmän kirjallisia ohjausmateriaaleja sekä ryhmäohjauksen hyödyntämistä.

Hirvosen ym. (2007) mukaan kirjallisten ohjeiden käyttö on juuri silloin erityisen tarpeellista, kun ohjaukseen käytetty aika on vähentynyt. Laadukas ohjaus vaatii myös asianmukaiset resurssit, joita ovat esimerkiksi riittävä henkilöstö ja aika. Lisäksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä, jotta ohjaus olisi vaikuttavaa. (Hirvonen ym. 2007, 21, 73 124.) Tulosten mukaan sairaanhoitajat myös toivoivat omaisten osallistuvan ohjaustilanteisiin. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry (2009, 25) on samaa mieltä, että ravitsemusohjaukseen olisi hyvä pyytää mukaan esimerkiksi potilaan puoliso, sillä ruokatottumukset ovat usein perhekeskeisiä.

Sekä ravitsemustilan arvioinnissa että ravitsemusohjauksen toteuttamisessa tuloksissa ilmeni yhtenäisten käytäntöjen puute. Kaikki sairaanhoitajat toimivat omalla tyylillään. Tulokset eriävät Kääriäisen (2007) tutkimuksen kanssa, minkä mukaan ohjauksen organisointiin kuuluu ohjausvastuun jakaminen ja ohjaukseen käytäntöjen yhtenäistäminen. Yhtenäiset ohjaukseen käytännöt ja kirjaus poistavat esimerkiksi ohjauksen päällekkäisyyttä ja epätietoisuutta, siitä mitä potilaalle on jo ohjattu. (Kääriäinen 2007, 102–103.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010, 40) mukaan ravitsemusohjauksen toteuttaminen edellyttää hoitajalta tietämystä muun muassa ravitsemushoidosta. Kääriäisen (2008, 12) mielestä hoitajan tulee päivittää tietojansa ja taitojaan seuraamalla tutkimustietoa ja osata soveltaa sitä, jolloin potilas saa pätevää, asianmukaista, ajantasaista, oikeaa ja tilanteeseen sopivaa ohjausta. Tuloksista ilmenikin, että sairaanhoitajat toivoivat koulutusta muun muassa yhtenäisiin käytäntöihin ja ravitsemusasioihin, koska heidän mielestään heillä ei ole tarpeeksi tietoa aiheesta, aihe on niin laaja ja potilaille on hankalia oireita ravitsemukseen liittyen.

Opinnäytetyön tuloksissa moniammatillisuus tuli esille sekä ravitsemustilan arvioinnissa ja ravitsemusohjauksessa. Potilaan hoitoon voi osallistua sairaanhoitajien lisäksi lääkäreitä, ravitsemusterapeutteja, avannehoitajia ja sosiaalityöntekijöitä. Aallon ym. (2006, 7–8) mukaan hoitopolku määrittelee potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattihenkilöiden tehtävät ja sen lähtökohtana on siis moniammatillisuus.

6.2 Eettisyys

Eettisyys on tutkimusten tieteellisen toiminnan ydin ja tutkimusetiikka on keskeinen asia hoitotieteellisessä tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Eettisillä ratkaisuilla on merkitystä tutkimuksissa, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. (Leino-Kilpi 2014, 366–373.) Eettiset asiat tulee huomioida tutkimusprosessin alusta sen loppuun asti (Juvakka & Kylmä 2007, 137). Tutkimusprosessin eri vaiheiden eettiset kysymykset liittyvät tutkimuksen kohdentamiseen, aiheenvalintaan, tutkimusongelmien määrittelyyn, tietolähteiden valintaan, aineistonkeruumenetelmien valintaan, aineistonkeruun toteuttamiseen, aineiston analyysin arviointiin ja tulosten raportointiin. (Leino-Kilpi 2014, 366–373.)

Tutkija joutuu pohtimaan eettiseltä kannalta kuinka valitsee tutkimuksensa kohteen eli kuinka hän määrittelee ja rajaa tutkimustehtävän ja –ongelman. Tutkittavan asian tulee olla tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. (Leino-Kilpi 2014, 366.) Tämän opinnäytetyön aihe tuli työelämäyhteys henkilöiden tarpeesta ja mielenkiinnosta, joten opinnäytetyön tekeminen on eettisesti perusteltua. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan tutkimukselle täytyy olla tutkimusluvut. Tähän opinnäytetyöhön tutkimuslupa pyydettiin ohjeiden mukaan.

Tutkijan tulee käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijan tulee ottaa muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioon kunnioittamalla heidän tekemää työtä ja viittaamalla heidän julkaisuihin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkija arvioi tiedon luotettavuutta käyttämällä lähdekritiikkiä, johon kuuluu lähteen aitous, riippumattomuus, alkuperäisyys ja puolueettomuus (Mäkinen 2006, 128). Tähän opinnäytetyöhön pyrittiin valitsemaan luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä. Lähteet ovat ajalta 2006–2015. Käytettyihin lähteisiin viitattiin huolellisesti.

Leino-Kilven (2014) mukaan tutkimuksen tietolähteiksi tulee valita sellaisia henkilöitä, joilta saadaan vastaus haluttuun ongelmaan. Tietolähteiden valinta vaikuttaa tutkimuksen eettiseen ja yleiseen luotettavuuteen. Tutkijan täytyy harkita voisiko halutun tiedon saada

toisella tavalla, kuten vähemmän haavoittuvalta ryhmältä tai aikaisemmista tutkimuksista. Tutkijan täytyy myös arvioida tietolähteiden laatua ja määrää. (Leino-Kilpi 2014, 367.) Työelämäyhteyshenkilöt auttoivat löytämään tutkimukseen soveltuvia sairaanhoitajia, joilla olisi kokemusta ja tietoa aiheesta. Lisäksi haasteltavat valittiin eri yksiköistä, jotta saataisiin mahdollisimman kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiin hoitopolun eri vaiheista. Haastateltavia oli neljä, mikä oli riittävä määrä laadulliseen opinnäytetyöhön.

Tutkittavia tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkimuksen aineistoa kerätessä täytyy myös muistaa kiinnittää huomiota tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun. Esimerkiksi heiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumista. Tutkimukseen suostuminen vaatii tutkittavien informointia etukäteen mahdollisimman hyvin. Tutkittavilla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta sekä keskeyttää se. Lisäksi heidän henkilötietoja ei saa paljastaa missään vaiheessa. (Leino-Kilpi 2014, 368.) Haastatteluista sovittiin kolmen alkuperäisen haastateltavan kanssa erikseen sähköpostitse ja toimitimme heille opinnäytetyön suunnitelman ja saatekirjeen, jotta he saisivat tietoa opinnäytetyön aiheesta ja tutkimukseen osallistumisesta. Ennen haastatteluja kaikki haastateltavat myös allekirjoittivat suostumuslomakkeet, jossa haastateltavat allekirjoituksellaan takasivat saaneensa tietoa opinnäytetyön toteutuksesta. Kaikki haastateltavat kertoivat tutustuneensa pikaisesti materiaaleihin ennen haastattelua. Haastateltava, joka tuli yllättäen, oli tutustunut materiaaleihin toisen haastateltavan kanssa. Opinnäytetyön eettisyyttä lisää myös se, että opinnäytetyöhön osallistuneita sairaanhoitajia ei voi tunnistaa opinnäytetyön raportista. Suoria lainauksia haastatteluista ei ole käytetty eikä kaikkia tutkimustuloksia ei ole esitetty hoitopolun mukaisesti.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä tutkimus saa aiheuttaa osallistujille vahinkoa tai kipua (Tuomi 2007, 145), mikä varmistettiin niin, että haastateltaville kerrottiin saatekirjeessä ja suostumuslomakkeessa (Liite 3), että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoisesti. Tuomen mukaan (2007) tutkimustietojen tulee olla luottamuksellista. Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen tai luovuteta ulkopuolisille. Ennen kaikkea tutkijan on pidettävä lupaamansa sopimukset. (Tuomi 2007, 145–146.) Ennen opinnäytetyön haastatteluja haastateltaville kerrottiin, että aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytettävissä, haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusprosessia ja aineistot hävitetään kun opinnäytetyö on valmis. Opinnäytetyön aineisto on ollut ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden

käytössä, mikä lisää eettisyyttä. Aineisto on säilytetty suojattuna, niin ettei se päädy ulkopuolisten käsiin. Lisäksi opinnäytetyöntekijät ovat hävittäneet opinnäytetyön aineiston opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Aineiston analyysi tehdään tieteellisesti luotettavalla tavalla ja hyödynnetään kerättyä aineistoa kokonaisuudessaan. Raportoinnin virhelähteitä ovat tutkijan ennakkoasenteista johtuva vääristymä, suora tietoinen tulosten vääristely sekä tulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen. (Leino-Kilpi 2014, 370–371.) Tutkimuksen tulokset tulee myös esittää avoimesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysin tekeminen on kuvattu huolellisesti ja analyysissä on käytetty koko kerättyä aineistoa. Opinnäytetyössä tulokset on esitetty rehellisesti kerätyn aineiston perusteella.

6.3 Luotettavuus

Juvakan ja Kylmän (2007) mukaan tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa siitä, mitä tutkitaan. Kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, selvitetään kuinka totuudenmukaista tutkimuksella tuotettu tieto on. Sen arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja myös sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen omilla yleisillä luotettavuuskriteereillä. Kriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Juvakka & Kylmä 2007, 127–129)

Uskottavuus tarkoittaa tulosten paikkaansa pitävyyttä ja se täytyy myös osoittaa. Lisäksi tulokset täytyy kuvata ymmärrettävästi. Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkija on riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa ja, että tutkimuksen tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ajatuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Juvakka & Kylmä 2007, 128; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Opinnäytetyössä uskottavuus näkyy siten, että haastattelut kirjoitettiin auki sana sanalta ja tulokset kuvattiin tarkasti koko aineistoa käyttäen. Lisäksi osa tutkimuksen tuloksista oli samantaisia kuin muissa tutkimuksissa, mikä myös lisää luotettavuutta.

Vahvistettavuus koskee koko tutkimusprosessia, joka pitää olla kirjattuna niin tarkasti, että toinen henkilö pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua pääpiirteisesti (Juvakka &

Kylmä 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198). Vahvistettavuutta opinnäytetyössä lisää se, että koko tutkimusprosessi on kuvattu huolellisesti opinnäytetyössä. Näin ollen lukija pystyy seuramaan tutkimuksen kulkua ja etenkin tulosten muodostumista. Juvakan ja Kylmän (2007, 129) mukaan vahvistettavuuden ongelmana voi kuitenkin olla, että toinen tutkija ei päädy samaan tulkintaan, vaikka aineisto olisi sama.

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja hänen täytyy arvioida, kuinka hän vaikuttaa tutkimusaineistoon ja tutkimusprosessiin (Juvakka & Kylmä 2007, 29; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198). Refleksiivisyyttä kuvaa se, että opinnäytetyön tekijöiden omat kokemukset tai ennakoasenteet eivät ole vaikuttaneet tuloksiin, vaan ne ovat suoraa tutkimuksen aineistosta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksen tulokset pitää olla siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan täytyy kertoa riittävästi aineiston keruusta, tutkimukseen osallistuneista ja ympäristöstä sekä analyysistä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka & Kylmä 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Opinnäytetyössä kerrotaan haastateltavien valinnasta, aineiston keräämisen toteuttamisesta ja haastattelun teemoista sekä analyysiprosessista, mikä taas vahvistaa tulosten siirrettävyyttä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittäminen

Suolistosyöpöpotilaan hoitopolun toimintayksiköissä näkyi yhteisten käytäntöjen, oikeanlaisten kirjallisten materiaalien puute ja se, että vajaaravitsemuksen riskin seulontakaavaketta ei käytetä.

Haastatteluissa nousi esille potilaan kokonaistilannetta kartoittava muistilista ja yhtenäisen ohjauksen varmistava ohjausrunko, joita voisi kehittää. Suolistosyöpöpotilaille, joille ei tule avannetta, ei ole omaa ravitsemusopasta. Jatkotutkimusehdotuksena voisi kehittää ravitsemusoppaan potilaille, joille ei tule avannetta. Sairaanhoidajia tulisi tutustuttaa vajaaravitsemusriskin seulontakaavakkeen käyttöön. Lisäksi jatkotutkimuksissa voisi ottaa huomioon potilaiden näkökulma sairaanhoidajien antaman ohjauksen onnistumisesta.

LÄHTEET

Aalto, P., Brander, P., Kaila, M., Ketola, E., Komulainen, J., Kortekangas, P., Mäkinen, R., Mäntyranta, T., Nuutinen, M., Tulonen-Tapio, J. & Voipio-Pulkki, L-M. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen Lääkäriliitto Duodecim. Luettu 17.9.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjuksi.pdf/16c44832-1319-4b01-be35-4e5761fbc97d>

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoitokäytännössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ahonen, A., Karhumäki, L., Kämäräinen, E-L., Lipponen, T., Loimaala, A., Mäenpää, H. & Schildt, J. 2014. Somatostatiinireseptoreiden PET-TT-kuvaus 68Ga-DOTA-peptideillä parantaa neuro-endokriinisten kasvainten diagnostiikkaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 130(19):1931-8. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artik-keli=duo11859&p_haku=ohutsuoli

Alahuhta, S., Ala-Kokko, T. & Nuutinen, L. 2010. Syöpäpotilaan ravitsemus. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. 2-4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Anttila, A. & Malila, N. 2013. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M., Roberts, P. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56.

Arffman, S. 2009. Pahoinvointi. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitsemustilan arviointi ja seuranta. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Arffman, S. & Sinisalo, L. 2009. Hoitajan rooli ravitsemusyhteistyössä. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Arola, J., Haglund, C., Salmela, P. & Tarkkanen, M. 2013. Ruoansulatuskanavan ja haiman neuroendokriiniset kasvaimet. Teoksessa Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M., Roberts, P. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 511–518.

Bingham, C. & Viitala, H. 2014. Syöpäpotilaan ravitsemusopas. 3. uudistettu painos. Redfina Oy.

Bono, P. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa. 3. uudistettu painos. Painotalo Redfina Oy.

Coloplast Oy. Tietoa avanteesta. Luettu 3.9.2015. <http://avanne.fi/tietoa-avanteesta/>

Duodecim. 2015. Liitännäishoito. Lääketieteen termit. Luettu 21.5.2015. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

Elomaa, L., Eloranta, S., Johansson, K., Rasmus, M. & Vähätalo, M. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva hoitotyö* 8 (1), 4-11.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Finnilco ry. 2013. Mikä on avanne? Luettu 31.5.2015. <http://finnilco.fi/tietoa/mika-on-avanne/>

Flander, S. 2009. Syöpäsairaudet. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T. & Ventola, A-L. 2010. Ihmisen ravitseminen. 10. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Huhtinen, H. & Rantala, A. 2006. Paksusuolisyövän kirurginen hoito. *Suomen lääkäri-lehti* 61(3), 173–176.

Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Isenring, E. & Elia, M. 2015. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition. *Nutrition* 31 (4) 594–597.

Isotupa, S. 2009. Kirurgiset potilaat. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Joensuu, H. & Roberts, P. 2013. Gastrointestinaalinen stroomatumori eli GIST. Teoksessa Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M., Roberts, P. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 429–438.

Juvakka T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Järvinen, H., Kouri, M. & Österlund, P. 2013. Suoliston syöpä. Teoksessa Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M., Roberts, P. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kaapola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M. & Vanhinen, J. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö*. 8 (4), 21-28.

Kalinainen, T., Laine, O., Lindroos, O., Rosenberg-Ryhänen, L. & Wallin, P. 2013. Tietoa avanteesta. Luettu 24.5.2015. <http://finnilco.fi/wp-content/uploads/2015/03/Tietoa-avanteesta-2013.pdf>

Kallio, R. 2013. GIST-potilaan opas. Suomen Syöpäpotilaat ry.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kynnäs, H., Kääriäinen, M., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*. 1 (18), 3-14.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4), 10–15.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. 8. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.
- Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi Oy.
- Männistö, S. & Pietinen, P. 2010. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. 2-4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Newson, L. 2009. Bowel cancer. *Practice Nurse* 37 (7).
- Orell-Kotikangas, 2013. Syöpäpotilaan ravitseminen. Teoksessa Joensuu, H., Jyrkkiö, S., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M., Roberts, P. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Partanen, R. 2009a. Ruokavalion laatu. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Partanen, R. 2009b. Vajaaravitsemuksen arviointi, seuranta ja hoito. Teoksessa Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) *Ravitsemus hoitotyössä*. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2011a. Kolorektaalisyöpäpotilaiden seuranta. Julkaistu 5.10.2011. Tulostettu 22.3.2015.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2011b. Paksusuolisyövän adjuvanttihoito. Julkaistu 5.10.2011. Tulostettu 22.3.2015.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2011c. Peräsuolisyövän (neo)adjuvanttihoito. Julkaistu 5.10.2015. Tulostettu 22.3.2015.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2011d. Ruoansulatuskanavan syövät. Julkaistu 5.10.2011. Tulostettu 22.3.2015.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. *Erytisyruokavaliot – opas ammattilaisille*. 7. uudistettu painos. Vammala: Dieettimedia Oy.

Suomen syöpärekisteri. 2015. Ajantasaiset perustaulukot. Tilastot. Luettu 10.9.2015. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Syöpäjärjestöt. Solunsalpaajat eli sytostaatit. 15.9.2015. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/solunsalpaajat-eli-sytostaatit/>

Syöpäjärjestöt. Sädehoito. Luettu 15.9.2015. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/sadehoito/>

Schwab, U. 2012. Sairauksien ravitsemushoito. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 4.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Tuomisaari, T. Apulaisosastonhoitaja. 2014. Suolistosyöpäpotilaan hoitopolku. Sähköpostiviesti. tarja.tuomisaari@pshp.fi. Luettu 26.11.2014.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 15.9.15. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito – suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Viitala, H. 2013. Syöpäpotilaan ravitsemus. Teoksessa Alila, A., Mattilainen, E., Mustajoki, M., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Viitala, H. 2014. Syöpäpotilaan ravitsemus. Ravitsemusriskin arviointi. Päivitetty 29.9.2014. Luettu 3.4.2015. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Vuoristo, M-S. 2006. TAYSin erityisvastuualueen onkologinen hoito-ohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 3/2006.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelun teemat

1. Sairaanhoidajan ravitsemusohjauksen toteuttaminen omassa toimintayksikössä.
2. Suolistosyöpöpotilaan ravitsemustilan arviointi.
3. Ravitsemusohjauksen haasteet.

Liite 2. Saatekirje



TIEDOTE

30.3.2015

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata suolistosyöpöpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla. Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan yksilöhaastatteluina teemahaastattelua käyttäen. Haastattelemme 3-5 sairaanhoitajaa suolistosyöpöpotilaan hoitopolun toimintayksiköistä. Työelämäyhteys on luvannut työelämäpalaverissa auttaa sopivien sairaanhoitajien valinnassa, jotta haastateltavilla olisi kokemusta ja tietoa suolistosyöpöpotilaiden kohdalta. Haastattelut kestävät 30-60 minuuttia ja ne nauhoitetaan. Haastattelut tehdään toimintayksikön tiloissa. Haastattelun teemat ovat sairaanhoitajan ravitsemusohjauksen toteuttaminen omassa toimintayksikössä, suolistosyöpöpotilaan ravitsemustilan arviointi ja ravitsemusohjauksen haasteet.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Suvi Morkkila
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Eevi Nevala
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 3. Suostumuslomake



SUOSTUMUS

Suolistosyöpäpotilaan ravitseminen ja sen ohjaus hoitopolulla

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata suolistosyöpäpotilaan ravitsemusohjausta hoitopolulla sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 4. Sisällönanalyysi

TAULUKKO 2. Ravitsemustilan arviointi ennen leikkausta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Haastattelemalla saa hyvin tietoa potilaalta.	Potilaan haastattelu	Tiedonhankinta potilaan ravitsemustilasta	Ravitsemustilan arviointi
Vajaaravitsemuksen riskiä kartoitetaan keskustelun kautta.	Keskustelu		
Esitietolomakkeesta nähdään mm. potilaan elämäntavat	Esitietolomake		
Aluksi selvitetään potilaan oma kokemus voinnistaan.	Potilaan oma kokemus voinnista	Tiedonhankinta potilaan voinnista ja toimintakyvystä	
Aluksi selvitetään miten potilas voi ja onko voinnissa tapahtunut muutosta.	Voinnin muutokset		
Potilaalta kysytään jaksaaako hän toimia samalla lailla kuin ennenkin.	Toimintakyvyn muutokset		
Ennen leikkausta potilaan kotiolo selvitetään.	Kotiolojen selvittäminen		
Ennen leikkausta selvitetään leikkauksen jälkeinen kotona pärjääminen.	Kotona pärjääminen leikkauksen jälkeen		
Useimmille avanneleikatuille soitetaan kotiin ja kysytään yleisvointi ja kartoitetaan syömistä ja eritystä.	Kotiutumisen jälkeen avannepotilaan tilannetta kartoitetaan.		
Jälkitarkastuksessa selvitetään miten potilas selviytyy arjessa.	Arjessa selviytyminen jälkitarkastuksessa		
Jälkitarkastuksessa selvitetään miten potilas on jalkeilla.			
Potilaalta kartoitetaan ruoan maistumista.	Ruoan maistuminen	Tiedonhankinta ruokailusta	
Kaikilta potilailta kysytään ruoan maistumista.			

Jälkitarkastuksessa kartoitetaan ruoan maistuminen	Ruoan maistuminen jälkitarkastuksessa	Tiedonhankinta mittausten perusteella
Ruoan maistumista ja suolen toimintaa kartoitetaan.	Ruuan maistuminen ja suolen toiminta	
Potilaalta kysytään juomien maistumista.	Juomien maistuminen	
Potilailta kartoitetaan syömiseen liittyviä ongelmia.	Syömiseen liittyvät ongelmat	
Potilailta kartoitetaan ruoan laatua ja ruokarytmiä.	Ruoanlaatu ja ruokarytmi	
Potilas punnitaan tarvittaessa.	Painon mitta	
Esitietolomakkeesta nähdään mm. potilaan paino ja pituus.	Mittausarvot esitietolomakkeesta	
Potilailta kysytään painon muutoksia.	Painon muutokset	
Jälkitarkastuksessa kartoitetaan painon muutoksia.	Painon muutokset jälkitarkastuksessa	
Hemoglobiini on matalampi, jos tuumori tihkuttaa verta.	Verikoearvot	
Potilailta otetaan verikokeita, jotka kertovat potilaan tilasta.		
Jos potilaan albumiini arvot ovat matalia, niitä tarkkailaan usein, koska se vaikuttaa haavojen paranemiseen.		
Jos veriarvoissa on poikkeamia, niitä seurataan pidempään.	Verikoearvojen seuraminen	
Pari päivää ennen leikkausta potilaat tulevat esikäynnille, jossa tarkistetaan veriarvot.	Verikoearvot esikäynnillä	
Jälkitarkastuksessa katsotaan verikokeiden tuloksia.	Verikoearvot jälkitarkastuksessa	

Potilaan yleisilmettä arvioidaan.	Yleisilmeen, kokonaiskuva ja yleisvoinnin havainnointi.	Potilaan havainnointi	
Arvioidaan potilaan kokonaiskuva.			
Yleisvointi kertoo potilaan jaksamisesta.			
Epäselvissä tilanteissa haastatellaan omaista.	Omaisten haastattelu epäselvissä tilanteissa	Omaisten osallistuminen hoitoon	
Vajaaravitsemuksen riskin seulontakaavaketta ei käytetä.	Seulontakaavakkeiden käyttämättömyys	Arviointimenetelmät	
Jälkitarkastuksessa ei käytetä vajaaravitsemuksen riski seulontakaavaketta.	Seulontakaavakkeiden käyttämättömyys jälkitarkastuksessa		
Avannepotilailta käytetään harvoin vajaaravitsemusriskin seulontakaavaketta.	Seulontakaavakkeita käytetään harvoin avannepotilailta		
Ruokapäiväkirjoja ei käytetä.	Ruokapäiväkirjan käyttämättömyys		
Avannepotilailta käytetään ruokapäiväkirjoja joskus, jos tilanne on epäselvä.	Ruokapäiväkirjoja käytetään avannepotilailta epäselvissä tilanteissa		

TAULUKKO 3. Ravitsemusohjauksen toteuttaminen ennen leikkausta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tilanteesta riippuen puhutaan ravitsemuksesta.	Potilaan yksilöllisyys	Ohjauksen yksilöllisyys	Ohjauksen toteuttaminen
Ohjaus on tilannekohtaista.			
Ohjaus riippuu potilaasta ja tämän tilanteesta.			
Ohjauksessa yksilöllisyys on tärkeää.	Yksilöllisyyden tärkeys		
Ohjauksessa annetaan yleisohjeita, mutta täytyy muistaa potilaiden yksilöllisyys.	Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen		
Ravitsemusohjausta annetaan avannepotilaille ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen osastolla ja jälkinäytöllä.	Ravitsemusohjauksen ajankohdat		
Avannepotilaita käydään tapaamassa osastolla, missä arvioidaan ohjauksen tarvetta.	Ohjauksen tarpeen arvioiminen		
Avannepotilaan ollessa osastolla kerrataan annettua ohjausta.	Annettujen ohjeiden kertaaminen	Ohjaustavat	
Ohjauksen kertaus helpottaa asioiden omaksumista.			
Kotiutusvaiheessa vielä kerrataan ohjausta.			
Annetaan esitteitä täydennysravintovalmisteista.	Kirjalliset ohjeet	Ohjausmenetelmät	
Avannepotilaille on kirjallisia ohjeita.			
Annetaan oppaita.			
Avannepotilaille on kirjallisia ohjeita.			
Avanneleikatuille annetaan kirjallista ja suullista ohjausta.	Kirjallista ja suullista ohjausta avannepotilaille		

Ei-avanneleikatulle annetaan vain suullista ohjausta.	Suullista ohjausta ei-avannepotilaille		
Ei-avanneleikatulle annetaan vain suullista ohjausta.			
Yhdessä potilaan kanssa käydään opasta läpi.	Suullinen ohjaus pohjautuu kirjallisiin ohjeisiin		
Ravitsemusohjaus riippuu avanteen tyypistä.	Avanteen tyyppi	Ohjaukseen vaikuttavat tekijät	
Ravitsemuksen huomioiminen riippuu leikkauksesta ja avanteen tyypistä.	Leikkauksen ja avanteen tyypit		
Ravitsemuksen huomioiminen riippuu leikkauksesta.	Leikkaustyyppi		
Ohjattavat asiat riippuvat sairaalassaoloajasta, peruskunnosta ja avanteesta.	Sairaalassaoloaika, peruskunto ja avanteen tyyppi		
Annetaan vinkkejä ravitsemustilan kohentamisesta ja asioihin, joita tulee huomioida.	Neuvoja ravinnon laatuun ja ruokailuun	Ohjauksen sisältö	
Ohjataan korjaustoimenpiteitä ruokailurytmiin, ravinnon sisältöön.			
Ohjataan hyvä ruokailurytmi.	Ruokailurytmi		
Ohjataan syömään, vaikka syöpä tukkii suolistoa, jotta pysyy kunnossa.	Syömisen tärkeys		
Ohjataan, minkälaisia ruokia kannattaa syödä.	Ruoanlaatu		
Ohjataan välttämään ummettavia ja tukosoireita aiheuttavia ruoka-aineita.	Ummetusta ja tukosoireita aiheuttavien ruoka-aineiden välttäminen		
Ohjataan välttämään tukoksia aiheuttavia ruoka-aineita.	Tukosoireita aiheuttavien ruoka-aineiden välttäminen		
Suolistosyöpäpotilaiden uloste täytyy pitää pehmeänä, koska	Ulosteen pitäminen pehmeänä		

heillä on tukosvaaraa.			
Puhutaan lisäravinteista.	Lisäravinteet		
Ohjataan, ettei pidä syödä sosemaista ruokaa.	Ei sosemaista ruokaa		
Avannepotilaat kysyvät usein mitä he voivat syödä ja he luulevat syövänsä leikkauksen jälkeen vain nestemäistä ruokaa.	Potilaiden tiedon tarve	Potilaan osallistuminen hoitoon	
Omaisten osallistuminen ohjaukseen nähdään hyvänä asiana	Puolison osallistuminen	Omaisten osallistuminen	
Sairaanhoidtaja arvioi ravitsemusterapeutin tarpeen.	Sairaanhoidtajan arvio	Ravitsemusterapeutin konsultaatio	
Lääkärit pyytävät ravitsemusterapeutin konsultaatiota.	Lääkäriin arvio ravitsemusterapeutin tarpeesta		
Ohutsuoliavannepotilaat ja iv-ravitsemuspotilaat tarvitsevat ravitsemusterapeutin konsultaatiota.	Ohutsuoliavannepotilaat ja suonensisäinen ravitsemus		
Jos on tukosoireita, konsultoidaan ravitsemusterapeuttia.	Tukosoireet		
Ohutsuoliavannepotilaat ja tukosoireet vaativat ravitsemusterapeutin konsultaatiota.	Ohutsuoliavannepotilaat ja tukosoireet		
Suolistosyöpäpotilaat tarvitsevat harvoin ravitsemusterapeuttia.	Suolistosyöpä itsessään ei ole syy ravitsemusterapeutille		
Jos potilaalla on lyhytsuolisyyntä tai laihtumista tapahtuu syömisestä huolimatta, konsultoidaan ravitsemusterapeuttia.	Lyhytsuolisyyntä, potilas laihtuu syömisestä huolimatta		
Suolistokirurgit antavat ohjausta.	Yhteistyö lääkäreiden kanssa	Yhteistyö muun henkilökunnan kanssa	

Sairaanhoitajat tekevät yhteistyötä lääkärin kanssa.			
Potilas, jolle ei tehdä avannetta, käy lääkärillä jälkitarkastuksessa.			
Ohjaus on moniammatillista.	Moniammatillinen ohjaus		
Sosiaalityöntekijät neuvovat potilaita.	Yhteistyö sosiaalityöntekijöiden kanssa		
Sosiaalityöntekijä järjestää kotiin ruokapalveluasiat.			
Avannehoitajaan otetaan yhteyttä myös syöpäosastoilta.	Yhteistyö avannehoitajan kanssa		
Potilas, jolle tehdään avanne, käy jälkitarkastuksessa lääkärin lisäksi avannehoitajalla.			

TAULUKKO 4. Sairaanhoidajien kehittämisehdotukset ennen leikkausta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Jos potilas ei kommunikoi hoitajan kanssa, hoitajan on vaikea saada tietoa potilaalta.	Vuorovaikutuksen onnistuminen	Arvioinnin haasteet	Sairaanhoidajien kehittämisehdotukset
Potilaat liioittelevat vointinsa paremmaksi.			
Potilaat eivät kerro totuudenmukaisesti voinnistaan, jos omainen ei ole mukana.			
Kaikkien potilaiden kohdalla on tyypillistä, että he eivät erinäisistä syistä joutuessaan muista saamaansa tietoa.	Potilaan omaksumiskyky	Ohjauksen toteutumisen haasteet	
Hoitajan antama tieto voi mennä potilaalta ohi.			
Potilas täytyy saada sitoutumaan hoitoon.			
Potilaat ovat lyhyen ajan sairaalassa leikkauksen jälkeen ja saavat paljon ohjausta.			
Toivotaan, että potilas ymmärtää annetun ohjauksen.			
Potilaiden ruokailutottumukset vaihtelevat paljon.			
Suuri haaste on jos potilaan suoli toimii liian useasti.	Potilaiden hankalat oireet		
Voimattomuus, pahoinvointi ja tukosoireet ovat haastavia oireita.			
Antibiootit voivat aiheuttaa pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta.			

Jos kasvain tukkii suolta, potilaat ajattelevat, että syöminen kannattaa lopettaa.	Potilaiden tiedon puute		
Jos potilaalla on suolen toiminnan kanssa ongelmia, syömistä rajoitetaan.			
Ennen leikkausta avanteen toimimista rajoitetaan syömättömyydellä, mikä vaikuttaa potilaan vointiin ja jaksamiseen.			
Potilaat eivät osaa pyytää ohjausta.			
Potilaan vastuulla on ravitsemustilan ylläpitäminen ennen leikkausta.	Potilaiden omahoito	Potilaan osallistuminen hoitoon	
Potilaat voivat itse vaikuttaa parantumiseensa.			
Hoitajalla on kiire. Hoitaja antaa lyhyessä ajassa paljon tietoa ja ravitsemusasiat ovat vain yksi osa potilaan saamasta tiedosta.	Kiire	Resurssien puute	
Hoitajalla on kiire. Potilaan asioihin ei keritä tarpeeksi paneutua.			
Potilaita on paljon.			
Hoitajat eivät pääse kaikkiin koulutuksiin.	Koulutuksen puute		
Potilaiden tilannetta kartoitetaan ja potilaita ohjataan erilailla hoitajasta riippuen. Potilaat eivät saa samanlaista kartoitusta ja ohjausta.	Eriävät arviointi- ja ohjaustavat	Yhtenäisten käytäntöjen puute	
Potilaat kaipaavat kirjallisia ohjeita.	Kirjalliset ohjeet	Ohjausmenetelmien tarve	
Ravitsemusohjaus tulee muun ohjauksen ohessa	Ravitsemusohjaukselle pitäisi varata aikaa		

Kaikilla hoitajilla tulisi olla samat valmiudet toimia työpis-teissä.	Tiedonpuute	Kouluttautumisen tarve	
Hoitajilla pitäisi olla yhtenäiset työskente-lytavat.			
Hoitajien työnkuvat eri osastoilla tulisi selvittää potilaan hoi-topolulla.			
Toivotaan puolisoien osallistumista ohjaukseen.	Omaisten kannustami-nen osallistumaan hoi-toon	Omaisten osallista-minen hoitoon	

TAULUKKO 5. Ravitsemustilan arviointi leikkauksen jälkeen.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Potilaalta kysytään oireista.	Potilaan oireiden selvittäminen	Tiedonhankinta potilaan voinnista ja toimintakyvystä	Ravitsemustilan arviointi
Luetaan lääkärin tekstejä.	Tiedon hankinta potilastiedoista		
Potilastietojen tutkiminen.			
Potilas punnitaan.	Painon mittaus	Tiedonhankinta mitausten perusteella	
Verikokeista seurataan albumiiniarvoja.	Verikoearvot		
Seurataan turvotuksia ja laihtumista.	Havainnointi	Potilaan havainnointi	
Omaisilta kuulee potilaan ongelmista.	Omaisten haastattelu	Omaisten osallistuminen hoitoon	
On suosituksia seulojien tekoon.	Arvioinnin suositukset	Arviointimenetelmät	
Arviointi tehdään jos joku käskee.			
On olemassa kaavakkeita, mutta niitä ei käytetä.			
Ei käytetä ruokapäiväkirjoja.	Ruokapäiväkirjan käyttämättömyys		
Käytetään nestelisiä.	Nestelistat		
Lääkärit määräävät verikokeet.	Verikokeiden tarpeen määrää lääkäri	Yhteistyö muun henkilökunnan kanssa	

TAULUKKO 6. Ravitsemusohjauksen toteuttaminen leikkauksen jälkeen.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Kaikille annetaan ohjausta.	Ohjauksen tarve	Ohjauksen yksilöllisyys	Ohjauksen toteuttaminen
Ongelmatapaukset saavat tehostettua ohjausta.			
Ohjausta annetaan, jos toipuminen hidastuu.			
Ohjausta annetaan pitkin matkaa vähän kerrallaan.	Ohjauksen porrastaminen	Ohjaustavat	
Ei anneta liikaa tietoa kerralla.			
Ei anneta pikkutarkkaa tietoa.			
Ohjattavat asiat tulevat selkeästi esille.	Ohjauksen tavoitteet		
Kirjallisia ohjeita on avannepotilaille.	Kirjalliset ohjeet	Ohjausmenetelmät	
Kirjallisia ohjeita on vain avanneleikatuille.			
Muille sovelletaan avannepotilaiden ohjeita.	Kirjallisten ohjeiden soveltaminen		
Ei-avanneleikatuille annetaan ohjeet suullisesti.	Suullinen ohjaus		
Ohjataan suullisesti asioita.			
Ohjataan pääpiirteitä syömisestä.	Syömisestä pääpiirteet	Ohjauksen sisältö	
Nestemäisen ruuan kautta kohti tavallista ruokaa leikkauksen jälkeen.	Leikkauksen jälkeinen ravitsemus		
Kun suoli toimii runsaasti, voi tulla nestehukkaa ja elektrolyyttihäiriöitä, mihin potilas saa ohjausta.	Nestetasapaino		
Tasapainon hakemista ruokavalioon.	Tasapainoinen ruokavalio		
Ohjataan ruokailutapoja.	Ruokailutavat		
Ohjataan juomaan ja syömään tiettyjä asioita.	Ruolanlaatu		

Potilaan tulee kertoa oireista.	Potilaiden aktiivisuus	Potilaan osallistuminen hoitoon	
Ravitsemusterapeuttia tarvitaan, jos potilas tarvitsee syvällisempää tietoa ja ohjausta.	Potilas tarvitsee syvällisempää tietoa	Ravitsemusterapeutin konsultaatio	
Jos toipuminen on pitkittynyt, tarvitaan ravitsemusterapeuttia.	Toipumisen pitkittyminen		
Imeytymishäiriöissä tarvitaan ravitsemusterapeuttia.	Imeytymishäiriöt		
Ravitsemusterapeuttia tarvitaan, jos albumiiniarvot matalalla toistuvasti.	Matalat albumiiniarvot		
Ravitsemusterapeuttia tarvitaan jos ruokahalu on huono.	Huono ruokahalu		
Ravitsemusterapeuttia tarvitaan jos potilas tarvitsee suonensisäistä ravitsemusta.	Suonensisäinen ravitsemus		

TAULUKKO 7. Sairaanhoidajien kehittämisehdotukset leikkauksen jälkeen.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka	
Vajaaravitsemuksen/-riskin tunnistaminen vaikeaa.	Hoitajien tiedon puute	Arvioinnin haasteet	Sairaanhoidajien kehittämisehdotukset	
Tiedon puute arviointikaavakkeesta.				
Hankala käyttää kaavakkeita.	Seulontakaavakkeiden käyttö on vaikeaa	Ohjauksen toteutumisen haasteet		
Potilailla on vaikeuksia omaksua ohjausta.	Potilaiden omaksumiskyky			
Ohjauksen toteuttaminen ei ole aina helppoa.				
Potilaat tuovat harvoin esiin ongelmiin.	Potilaiden tiedon puute			
Potilaiden oireet haasteina.	Potilaiden hankalat oireet			
Hankalat oireet aiheuttavat ongelmia ravitsemuksessa.				
Komplisoituneet tilanteet ovat haastavia.				
Potilaalla on jo vajaaravitsemus.				Potilaan huono ravitsemustila
Epätietoisuus kuinka toimia.	Hoitajien tiedon puute			Resurssien puute
Erityyppisten imeytymishäiriöiden ja suoliston leikkauksien, erilaisien oireiden ja lisäravinteiden tunteminen on haasteellista.				
Joutuu panostamaan enemmän.		Haastavat tilanteet		
Potilaat kaipaavat tarkkaa tietoa.	Potilaiden yksilölliset tarpeet	Ohjausmenetelmien tarve		
Potilaat eivät tyydy ympäripyöreään ohjaukseen.				
Resurssien riittämättömyys kaavakkeiden käyttöön.	Kiire	Ohjausmenetelmien tarve		
Olisi hyvä olla ravitsemusopas ei-avanneleikatuille.	Kirjallinen ohje ei-avanneleikatuille			

Ei ole selkeää ohjetta ei-avanneleikatuille.			
Ohjauksen toteutukseen kaivataan apuvälineitä.	Ohjausmenetelmien puute		
(Runko) varmistaisi yhtenäisen ohjauksen.	Yhtenäinen ohjauksen sisältö		
Tarve koulutukselle, koska ravitsemusasia on laaja.	Tiedon puute	Kouluttautumisen tarve	
Potilaiden erilaiset ongelmat ja oireet.			
Hoitajat kaipaavat tietoa lisäravinteista.			

TAULUKKO 8. Ravitsemustilan arviointi liitännäishoitojen aikana.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälukka
Ravitsemustilaa arvioidaan mittauksilla, havainnoilla ja haastatteluilla.	Ravitsemustilan arviointi mittamalla ja havainnoimalla	Tiedonhankinta ravitsemustilasta	Ravitsemustilan arviointi
Potilaan omat kokemukset.	Potilaan haastattelemisen tämän kokemuksesta	Tiedonhankinta potilaan voinnista ja toimintakyvystä	
Potilaiden syömiskäyttäytyminen selvitetään heti hoidon alussa.	Syömiskäyttäytymisen selvittäminen	Tiedonhankinta ruokailusta	
Syömiseen liittyvien ongelmien ja niiden taustojen selvittäminen.	Syömiseen liittyvien ongelmien selvittäminen		
Paino mitataan aina uudelta potilaalta. Painoa verrataan edelliseen.	Painon mittaus	Tiedonhankinta mittausten perusteella	
Ravitsemustilaa seurataan veriarvoista.	Verikoearvot		
Kuivalla potilaalla munuaisarvot nousevat.			
Havainnoidaan potilaan kuivuuden merkkejä.	Kuivuuden merkkien havainnointi	Potilaan havainnointi	
Potilaan laihtumisen huomaa sekä silmin että painosta.	Havainnoimalla ja punnitsemalla huomaa laihtumisen		
Sairaalalla on oma vajaaravitsemusriskin seulontakaavake.	Vajaaravitsemusriskin seulontakaavake	Arviointimenetelmät	
Ruokapäiväkirjoja ei käytetä.	Ruokapäiväkirjan käyttämättömyys		

TAULUKKO 9. Ravitsemusohjauksen toteuttaminen liitännäishoitojen aikana.

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ohjaus on tilanteesta riippuvaa.	Potilaiden yksilöllisyys	Ohjauksen yksilöllisyys	Ohjauksen toteuttaminen
Avannepotilailla on tarkempi ruokavalio kuin muilla suolistosyöpäpotilailla.			
Ohjaus on yleensä henkilökohtaista.			
Ohjausta annetaan, jos ilmenee ongelmia.	Ohjauksen tarve		
Ohjausta annetaan, jos potilaan tilanne pahenee.			
Sairauden alkuvaiheessa potilaat tarvitsevat ohjausta.			
Syöpähoitojen aloituksen jälkeen potilaat tarvitsevat ohjausta.			
Potilaan laihtuessa hän tarvitsee ohjausta. Painon pudotessa paljon lyhyessä ajassa, tilanteeseen tulee puuttua.			
Ohjauksessa on tärkeää, että potilas ymmärtää ravitsemuksen tärkeyden.	Ohjauksen tavoitteet	Ohjaustavat	
Kaikki tekee ohjauksen omalla tavallaan.	Ohjaustapojen yksilöllisyys		
Oppaita ei käytetä yleensä ohjauksen tukena.	Kirjallisia ohjeita ei käytetä	Ohjausmenetelmät	
Suolistosyöpäpotilaille on ravitsemusoppaita. Oppaita voi antaa potilaille.	Ravitsemusoppaat		
Ohjaus on yleensä suullista.	Suullinen ohjaus		
Potilaita ohjataan käyttämään kermaa, voita ja sokeria.	Energiapitoinen ruoka	Ohjauksen sisältö	
Potilaille annetaan lisäravinteista neuvoja.	Lisäravinteet		

Osastolla on tietoa lisäravinteiden käytöstä.			
Potilaita kehoitetaan miettimään lempiruokia, jotka maistuvat. Osastolle voidaan tilata potilaalle maistuvia ruokia.	Mieliruoat		
Suolistosyöpäpotilaille sopii sulava ruoka.	Ruoanlaatu		
Ohjauksessa on tärkeää, että potilas tietää, mistä hän saa ravintoaineita.	Ravintoaineiden saanti		
Proteiinit ovat tärkeimpiä ravintoaineita.	Proteiinien saanti		
Lisäravinteista ja rahkoista saa proteiinia.			
Ohjauksessa on tärkeää, että potilas syö/yymmärtää syömisen tärkeyden.	Syömisen tärkeys		
Kannustetaan potilasta syömään oikeanlaista ravintoa.	Oikeanlainen ravinto		
Ravitsemusterapeuttia tarvitaan ongelmien pahetessa.	Ongelmien pahentuminen	Ravitsemusterapeutin konsultointi	
Potilaan oma halu tavata ravitsemusterapeutti.	Potilaan halu tavata		
Peg-letku potilaat tarvitsevat ravitsemusterapeuttia.	Peg-letku potilaat		
Ravitsemusterapeuttia tarvitaan kun potilas saa laskimonsisäistä ravitsemusta.	Laskimonsisäinen ravitsemus		
Epäselvässä ruokahaluttomuudessa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia.	Epäselvä ruokahaluttomuus		
Suolistosyöpäpotilaat tapaavat ravitsemusterapeutin yleensä.	Suolistosyöpä		

Muulta henkilökunnalta saa apua tarvittaessa.	Muilta ammattiryhmiltä saa apua	Yhteistyö muun henkilökunnan kanssa	
---	---------------------------------	-------------------------------------	--

TAULUKKO 10. Sairaanhoidajien kehittämissuhteet liittämissuhteiden aikana.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Vajaaravitsemuksen riskin seulonta kaa- vakkeen käyttöön- otto on koettu vaike- aksi.	Seulontakaavakkeen käyttöönotto on vai- keaa	Arvioinnin haas- teet	Sairaanhoidajien kehittämissuhteet
Potilaat täytyy saada ymmärtämään ravit- semuksen tärkeys.	Potilaan omaksumis- kyky	Ohjauksen toteu- tusten haasteet	
Potilaat eivät tiedä, että he tarvitsevat ruokaa.	Potilaiden tiedon puute		
Potilaat eivät osaa pyytää apua ja pitä- vät ongelmiaan nor- maaleina.			
Potilaat pelkävät syödä, koska se ai- heuttaa pahaa oloa tai kipua tai vaikuttaa vatsantoimintaan.	Potilaiden pelot		
Potilaiden haastavat ja hallitsemattomat oireet ovat suuri haaste. Potilas pitäisi silti saada syömään.	Potilaiden hankalat oi- reet		
Ohjauksen haasteena on tiedon ja osaami- sen puute.	Hoitajan tiedon puute		
Haasteena ei ole poti- laiden kiinnostuneis- uus.	Potilaiden kiinnostus	Potilaan osallistu- minen hoitoon	
Hoitajilla on kiire.	Kiire	Resurssien puute	
Potilaiden ravitse- mukseen ei ole aikaa paneutua.			
Hoitajilla on omat tyylit arvioida poti- laan ravitsemustila ja antaa ohjausta. Hoi- tajilla ei ole yhtenäis- iä tapoja arvioida ra- vitsemustilaa tai oh- jata potilasta.	Eriävät ohjaustavat	Yhtenäisten käy- töntöjen puute	
Ravitsemusohjaus tulee muiden asioi- den lomassa.			
Muistilistan avulla kartoitetaan potilaan	Muistilistan puute	Arviointimenetel- mien tarve	

kokonaistilanne ravitsemus mukaan lukien.			
Ryhmäohjauksen hyödyntäminen	Ryhmäohjauksen puute	Ohjausmenetelmien tarve	
Kaavakkeen käyttöönotto on vaikeaa.	Tiedon puute	Kouluttautumisen tarve	