



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SUOLIAVANNEPOTILAAN RAVITSEMUS

Itseopiskelumateriaalia Tampereen kaupungin
hoitotyöntekijöille

Riikka Lahdenperä

Saara-Sofia Mäntyniemi

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidajakoulutus

LAHDENPERÄ, RIIKKA & MÄNTYNIEMI, SAARA-SOFIA
Suoliavannepotilaan ravitseminen
Itseopiskelumateriaalia Tampereen kaupungin hoitotyöntekijöille

Opinnäytetyö 43 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda itseopiskelumateriaali suoliavannepotilaan ravitsemusohjauksesta. Itseopiskelumateriaali tulee Tampereen kaupungin sisäiseen intraan hoitotyöntekijöiden käyttöön. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millaista on avannepotilaan hyvä ravitseminen, millaista on avannepotilaan laadukas ravitsemusohjaus ja millainen on laadukas ja hyvä hoitajia palveleva koulutusmateriaali. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Tampereen kaupungin hoitotyöntekijöiden avannepotilaiden ravitsemukseen liittyvää osaamista.

Avannepotilaan ravitsemusohjaus on olennainen osa avannepotilaan ohjausta. Ruuansulatuselimistön lyhentyessä, joskus radikaalistikin, ruuasta saatavien ravintoaineiden imeytyminen heikentyy. Tämän vuoksi potilas tarvitsee tietoa siitä, millainen ruokavalio on leikkauksen jälkeen optimaalinen. Tärkeää on painottaa oikeanlaisia ruokailutottumuksia. Työhön otettiin mukaan myös ohjaus hoitotyön näkökulmasta, sillä varsinaisen tiedon lisäksi hyvät ohjaustaidot ovat olennainen osa suoliavannepotilaan ravitsemushoitotyötä. Suoliavannepotilaan ravitsemusohjausosion keskeinen sanoma on se, että se lähtee potilaan tarpeista ja ravitsemusohjauksen antajan tulee pystyä toteuttaman potilaalle yksilöityä ohjausta. Opinnäytetyössä esitellään alkuun lyhyesti suoliavanne, minkä jälkeen käsitellään suoliavannepotilaan ravitsemusta alkaen välittömästi leikkauksen jälkeen. Lopuksi eritellään ohut -ja paksusuoliavannepotilaiden ravitsemuksen erityispiirteet.

Opinnäytetyö on metodiltaan tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Itseopiskelumateriaali on työelämätahton toiveesta Power Point -muodossa. Tuotokseen on kerättyä jokaisesta pääotsikosta keskeisimmät asiat, kuitenkin siten, että tärkeimmät asiat käyvät ilmi pelkästään itseopiskelumateriaalia opiskelemalla. Itseopiskelumateriaali sisältää lyhyen suoliavanteen esittelyn, suoliavannepotilaan ravitsemuksen, ohut -ja paksusuoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteet ja suoliavannepotilaan ravitsemusohjauksen. Itseopiskelumateriaalissa on diaesitystä elävöittämässä sekä avannesidosfirmalta saatuja, että opinnäytetyön tekijöiden itse ottamia kuvia.

Itseopiskelumateriaalin avulla Tampereen kaupungin hoitotyöntekijät saavat varmuutta ohjata suoliavannepotilaita syömään terveellisesti. Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää esimerkiksi kyselytutkimuksella, kuinka hyvin tekemämme PowerPoint-esitys on palvellut Tampereen kaupungin hoitotyöntekijöitä suoliavannepotilaiden ravitsemusohjauksessa.

Asiasanat: suoliavanne, potilas, ravitseminen, ravitsemusohjaus, ohjaus

ABSTRACT

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

LAHDENPERÄ, RIIKKA & MÄNTYNIEMI, SAARA-SOFIA
The Nutrition of a Stoma Patient
Self-study Material in the City of Tampere's Nurses

Bachelor's thesis 43 pages
October 2016

The purpose was to create a self-study material about nutrition counselling of a bowel stoma patient. The self-studying material is going to be placed on the internal website of the city of Tampere. The nurses in the city of Tampere are going to use this self-studying material.

This thesis is focusing on developing self-studying material in Power Point form. Bowel stoma nutrition counselling is an essential part of stoma guidance. When gastrointestinal tract becomes sometimes even radically shorter, the absorption of nutrients from food is reduced. As a result, the patient needs information on what kind of a diet should be followed after surgery. It is also important to emphasize the right kind of eating habits.

The main point in nutrition guidance is that it has to start from the patient's needs and the counselor must be able to give individualized guidance. The aim of this self-studying material is to help the nurses in the city of Tampere encourage in guiding stoma patients to eat a healthy diet. For further investigation could someone determine how well the self-study material has been serving the city of Tampere's nurses.

Key words: bowel stoma, patient, nutrition, nutrition counseling, counseling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Suoliavanne.....	8
	3.2 Suoliavannepotilaan ravitseminen	11
	3.2.1 Suoliavannepotilaan ravitseminen välittömästi avanneleikkauksen jälkeen.....	11
	3.2.2 Suoliavannepotilaan jokapäiväinen ravitseminen	12
	3.2.3 Ohutsuoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteitä	16
	3.2.4 Paksusuoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteitä.....	20
	3.3 Ohjaus osana hoitotyötä	21
	3.4 Suoliavannepotilaan ravitsemusohjaus	22
	3.5 Itseopiskelumateriaali verkossa	25
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
	4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	27
	4.2 Tuotoksen kuvaus	28
	4.2.1 Sisältö.....	29
	4.2.2 Ulkoasu	30
	4.3 Toteuttamisen vaiheet	34
5	POHDINTA.....	36
	5.1 Eettisyys ja luotettavuus	36
	5.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	37
	5.3 Pohdinta	38
6	LÄHTEET	41

1 JOHDANTO

Suoliavanneleikkauksen jälkeen elämä muuttuu melko radikaalisti, sillä avanne tuo monia muutoksia elämän eri osa-alueille. Suoliavanneleikkauksen jälkeen suolisto on normaalia suolistoa lyhyempi, jonka vuoksi tapahtuu automaattisesti muutoksia myös ravinnon imeytymisessä. (Richbourg 2012, 44; Seikku & Remes 2005, 265.) Koska ravintoaineiden imeytyminen on välttämätöntä elämän kannalta, on oikeanlaisen ravitsemuksen toteuttaminen välttämätöntä suoliavanneleikatulle. Noin kaksi kolmasosaa avanneleikatuista onkin raportoinut avanteen vaikuttaneet ruokavalioon jollakin tavalla (Richbourg 2012,44). Ravitsemustilalla on vaikutusta myös muun muassa elämänlaatuun ja toimintakykyyn (Jäntti 2014, 2). Kansainvälisesti tähän mennessä, Deitzin & Gatesin (2010) tekemän tutkimuksen mukaan, suoliavanneleikkattujen saama ohjaus on ollut puutteellista ja ristiriitaista ja osa leikkauksen läpikäyneistä on raportoinut, ettei ole saanut ollenkaan ohjausta ravitsemukseen liittyen (Bulman 2001, 184; Richbourgh 2012, 44). Myös monet suoliavannepotilaille suunnatut ravitsemusoppaat ovat ristiriitaisia keskenään tai puutteellisia (Richbourgh 2012, 48–49). Suomessa tutkimustietoa suoliavannepotilaiden ravitsemusohjauksen riittävydestä ja laadukkuudesta on saatavilla vähän. Esimerkiksi terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla potilaille on oikeus saada terveyttä edistävää, ja siten myös ravitsemukseen liittyvää, neuvontaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa koulutusmateriaalia Tampereen kaupungin palveluksessa työskenteleville hoitajille. Yhteistyötahonamme toimii Hatanpään sairaalan osasto B3. Materiaalin avulla on tarkoitus parantaa hoitajien tietämystä suoliavannepotilaiden ravitsemuksesta ja siten parantaa myös potilaille suunnattua ravitsemuksen ohjausta suoliavanneleikkauksen jälkeen. Materiaalia voivat käyttää myös uudet hoitotyöntekijät perehdytyksen yhteydessä.

Opinnäytetyömme kehittää ammattitaitoamme sairaanhoitajana. Suoliavannepotilaita hoidetaan monilla eri osastoilla, joten heidän ravitsemuksestaan tietäminen on tärkeää, niin hoidon kuin ohjauksenkin kannalta. Opinnäytetyömme kautta kehitämme myös omaa suoliavannepotilaan ohjausosaamistamme. Opinnäytetyötä tehdessämme käymme läpi prosessin, joka valmistaa meitä tulevaan sairaanhoitajan ammattiin ja opettaa muun muassa luotettavan tiedon etsimistä.

Tässä työssä keskitymme ainoastaan suoliavanteisiin. Jatkossa tarkoitamme avanneleikattulla tai avannepotilaalla aina henkilöä, jolla on suoliavanne.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa Tampereen kaupungille koulutusmateriaalia, joka tulee Tampereen kaupungin sisäiseen käyttöön. Tuotostamme voivat käyttää uudet hoitotyöntekijät perehdytysmateriaalina ja vanhat hoitotyöntekijät itseopiskelu- ja kertausmateriaalina. Koulutusmateriaalin tulisi tukea hoitajien osaamista ja vastata heidän työnsä asettamiin vaatimuksiin.

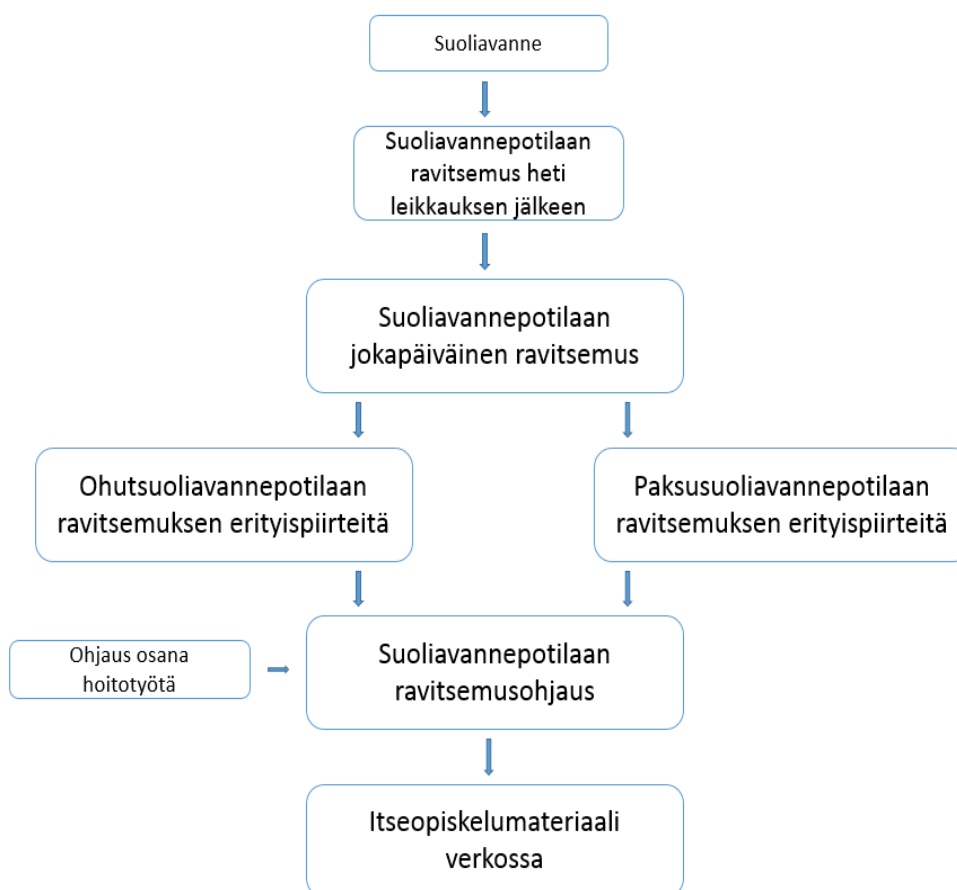
Opinnäytetyömme tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista on avannepotilaan hyvä ravitseminen?
2. Millaista on laadukas avannepotilaan ravitsemusohjaus?
3. Millainen on laadukas itseopiskelumateriaali hoitajien käyttöön?

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa materiaalia avannepotilaiden ravitsemukseen liittyvän osaamisen kehittämiseksi. Materiaalin avulla Tampereen kaupungin hoitotyöntekijät saavat varmuutta ohjata potilaita syömään terveellisesti potilaan tilanteen huomioiden.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat ovat suoliavanne, suoliavanneleikatun laadukas ravitsemus, suoliavannepotilaan ravitsemus heti avanneleikkauksen jälkeen, ohutsuoliavannepotilaan ruokavalion erityispiirteitä, paksusuoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteitä, suoliavannepotilaan ravitsemusohjaus, ohjaus osana hoitotyötä ja hoitohenkilökunnan itseopiskelumateriaali verkossa (KUVA 1 Teoreettinen viitekehys)



KUVA 1 Teoreettinen viitekehys

3.1 Suoliavanne

Suoliavanne eli stooma on kirurgisesti tehty yhteys suoliston ja ihon välillä. Avanne voidaan tehdä muun muassa nostamalla suolen osa ihonpeitteiden läpi ihon pinnalle, jolloin avanne voi olla lenkki-, piippu- tai pääteavanne. Loop- eli lenkkiavanteessa suolen tuova

ja vievä pää ovat ihon pinnalla ja osa suolen seinämän jatkuvuudesta on säilytetty. Kaksi- ja kolmesipuisessa avanteessa on myös suolen tuova ja vievä osa ihon pinnalla, mutta suolen seinämän jatkuvuutta ei ole säilytetty. Pääteavanteessa ainoastaan suolen tuova pää on ihon pinnalla. (Seikku & Remes 2005, 265.)

Suoliavanteita voidaan tehdä sekä paksu- että ohutsuoleen (Seikku & Remes 2005, 265–267). Avanteen sijainnilla on merkitystä muun muassa ulosteen koostumuksen ja ravintoaineiden imeytymisen kannalta (Cronin 2013, 14,19). Mitä lähempänä peräaukkoa suoliavanne sijaitsee, sitä normaalimpaa uloste on ja sitä vähemmän tapahtuu tärkeiden ravintoaineiden menetystä (Fulham 2008, 25; Ahonen ym. 2012, 533). Lisäksi avanteen sijainti vaikuttaa muun muassa leikkauksen jälkeen annettavan ravitsemusohjauksen sisältöön (Nuutinen 2010, 141–145).

Ohutsuoliavanne eli ileostooma tehdään nimensä mukaisesti sykkyräsuolen eli ileumin alueelle yleensä laparotomiateitse (Finnilco 2015; Ahonen 2012, 530; Seikku & Remes 2005, 266). Ohutsuoliavanteen ideaalipaikka on alavatsalla vyötärölinjan alapuolella oikealla (Finnilco 2015). Tulehdukselliset suolistosairaudet ja suolistosyövät ovat ohutsuoliavanteen yleisimpiä indikaatioita (Nuutinen ym. 2010, 141). Ohutsuoliavanteesta poistuva uloste on löysää, lähes ripulimaista ja entsyymipitoista ja ohutsuoliavannepotilaan suoli toimii yleensä noin 3-7 kertaa vuorokaudessa (Ahonen ym. 2012, 533). Joskus ohutsuoliavanne saatetaan tehdä myös ohutsuolen keskiosaan, jolloin puhutaan jejunostoomasta. Tällöin avanteesta erittyvä uloste on erittäin runsasta, juoksevaa ja ihoa polttavaa. (Ahonen ym. 2012, 530.) Useissa lähteissä jejunostoomalla tarkoitetaan kuitenkin syöttöavannetta, jonka kautta voidaan toteuttaa enteraalista ravitsemusta (Seikku & Remes 2005, 269; Saarnio, Pohju & Ahtola 2014, 2243).

Paksusuoliavanne eli kolostooma tehdään paksusuolen alueelle poikittaisen paksusuolen loppupäähän, laskevaan paksusuoleen tai sigmasuolen alueelle. Yleensä kolostooma ei vaadi laparotomiaa tai –skopiaa, vaan avanne tehdään ylävatsalle tehdyn poikittaisen avanneaukon avulla. (Seikku & Remes 2005, 266.) Paksusuoliavanne voidaan tehdä esimerkiksi kolorektaalikarsinooman, divertikuliitin, suolitukoksen tai synnynnäisen epämuodostuman kirurgisena hoitona (Ahonen 2012, 530; Seikku & Remes 2005, 266). Kolostoomapotilaan suolen sisältö on yleensä kiinteää, kaasupitoista ja suoli toimii noin kerran päivässä (Ahonen ym. 2012, 533).

Avanneleikkauksen jälkeen suolen toiminta alkaa yleensä parin päivän päästä pikkuhiljaa. Aluksi avanteesta tulee vain ilmaa, suolilimaa ja vetistä eritystä. Myös avanteen koko muuttuu sen parantuessa muutamien viikkojen aikana. Kun potilas osaa itsenäisesti hoitaa avannettaan, voidaan hänet yleensä kotiuttaa. (Ahonen ym. 2012, 532, 535.)

Suoliavanne voi olla pysyvä tai väliaikainen ja se voidaan tehdä monesta eri syystä: enteraalisen ravitsemuksen takaamiseksi, ulostevirran ohjaamiseksi tai suoliston paineen vähentämiseksi. Pysyvä avanne on yleensä pääteavanne, mutta sitä voidaan käyttää myös joissain tapauksissa väliaikaisena avanteena esimerkiksi ohutsuolessa perianaaliseen Crohnin taudin hoidossa tai trauman jälkeen ja paksusuolessa muun muassa peräsuolen tai paksusuolen vammojen hoidossa. Pääteavanteen sulkku on kuitenkin vaativa toimenpide. Useimmiten väliaikainen avanne on loop-menetelmällä tehty, mutta myös lenkiavanne voi joskus jäädä pysyväksi, jos esimerkiksi potilaan huonon yleistilan vuoksi avannetta ei voida sulkea. (Seikku & Remes 2005, 265–266.)

Väliaikainen avanne tehdään usein alempana suolistossa sijaitsevan leikkaussauaman suojaamiseksi ulosteen aiheuttamalta paineelta (Hammar 2011, 167; Seikku & Remes 2006, 266.) Väliaikaista paksusuoliavannetta taas voidaan käyttää, leikkausalueen suojelemisen lisäksi, esimerkiksi suolitukoksen oireiden hoidossa tai peräsuolen vammojen hoidossa (Hammar 2011, 167).

Pysyvään ohutsuoliavanteeseen päädytään usein silloin kun joudutaan poistamaan paksusuoli kokonaisuudessaan, sekä mahdollisesti peräsuoli ja peräaukko. Pysyvän ohutsuoliavanteen taustalla voi olla esimerkiksi paksusuolisyöpä, haavainen koliitti, Crohnin tautin tai adenomatoottinen polypoosi. Pysyvä ohutsuoliavanne voidaan tehdä myös silloin, jos epäillään ohutsuolen yhdistämisen peräaukkoon aiheuttavan ongelmallista ulosteinkontinenssia. Pysyvään paksusuoliavanteeseen päädytään usein peräsuolisyövän, neurologisten suolen toimintahäiriöiden tai hoitoresistentin ulosteinkontinenssin takia. (Seikku & Remes 2006, 265–266.)

3.2 Suoliavannepotilaan ravitseminen

3.2.1 Suoliavannepotilaan ravitseminen välittömästi avanneleikkauksen jälkeen

Avanneleikkauksen jälkeen avanneleikatut tarvitsevat tehostettua ravitsemushoitoa (Nuutinen ym. 2010, 141). Ravitsemukseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, mikäli paino on laskenut merkittävästi jo ennen leikkausta. Merkittävänä painon laskuna pidetään yli viiden prosentin laskua kuukaudessa lähtöpainosta laskettuna. (Jäntti 2014, 4.) Ennen leikkausta potilaalle annettujen täydennysravintovalmisteiden onkin todettu nopeuttavan leikkaushaavan paranemista leikkauksen jälkeen (Ahonen ym. 2012, 117).

Heti leikkauksen jälkeen ravitseminen toteutetaan parenteraalisesti eli ruuansulatuskanavan ohi, jotta suolisto saa rauhassa toipua leikkauksesta. Parenteraalisella ravitsemuksella pyritään myös ehkäisemään potilaan pahoinvointia ja oksentelua, jota enteraalisen ravitsemuksen eli ruuansulatuskanavan kautta tapahtuvan ruuan nauttiminen saattaisi tuottaa. Enteraalinen ravitseminen aloitetaan vähitellen ensimmäisten päivien jälkeen, kun avanne on alkanut toimia. Ravitsemukseen kuuluu aluksi vain vettä, mehua ja kasvis -tai lihalientä pieninä annoksina, jonka jälkeen aloitetaan nestemäisen ruuan nauttiminen varovaisesti. Mikäli nestemäisen ruuan syöminen onnistuu ilman oireita, voidaan potilaalle aloittaa normaalin suolileikatun ruuan tarjoilu. Suolileikatun ruokavaliassa vältetään muun muassa kaasua muodostavia ja voimakkaasti maustettuja ruokia, sekä suuria annoksia sitrushedelmien kalvoja ja raakaraasteita. (Ahonen ym. 2012, 532.) Perusruuan syöminen aloitetaan yleensä vähitellen noin 2-6 viikon kuluttua leikkauksesta, jolloin tulisi huolehtia siitä, että ruoka on riittävän pehmeää ja siten helposti sulavaa (Nuutinen ym. 2010, 141–144; Dansac 2015, 17). Ruuan pehmeuden arvioinnissa kannattaa käyttää apuna haarukatestiä, jonka mukaan ruoka on silloin riittävän pehmeää, kun haarukan reunalla voi leikata siitä palan irti. Koska avanteen tukkeutumisriski on suurin heti leikkauksen jälkeen, on ruuan huolellinen pureskelu erittäin tärkeää suolitukosten ehkäisemiseksi. (Nuutinen ym. 2010, 141–144.)

Ohutsuoliavanneleikkauksen jälkeen, avanne erittää runsaasti, jonka takia veden ja elektrolyyttien, erityisesti natriumin, tarve korostuu (Jäntti 2014, 3; Nuutinen 2010, 141). Menetetty nesteet ja elektrolyytit korvataan suonensisäisellä nesteytyksellä. Nesteytyksen määrä lasketaan perusnesteentarpeen ja avanteen erityksen määrän mukaan. Nesteen tar-

vetta lisäävät myös monet muut tekijät, kuten runsas hikoilu ja kuume. Enteraaliseen ravitsemukseen siirryttäessä ohutsuoliavanneleikkauksesta toipuvan pitäisi nauttia juomaksi pelkän veden sijasta laimennettua täysmehua tai täydennysravintojuomaa, kivennäisvettä tai urheilujuomia niiden paremman imeytymisen vuoksi. Juomat tulisi nauttia pieninä annoksina ja huoneenlämpöisinä suoliston optimaalisen toiminnan takaamiseksi. (Nuutinen ym. 2010, 141–142.) Juominen kannattaa myös keskittää aterioiden välille, jotta ruuan ravintoaineet imeytyvät paremmin suolistosta ruuan hitaamman läpikulun vuoksi (Fulham 2008, 25; Nuutinen ym. 2010, 142). Mikäli ohutsuoliavannepotilaan elektrolyytit eivät ole tasapainossa, saattavat ohutsuoliavanneleikatut tarvita leikkauksen jälkeen ruokavalionsa suolalisän (Nuutinen ym. 2010, 142). Lisäksi leikkauksen jälkeisinä ensimmäisenä kymmenenä päivänä pyritään vähentämään ulostustarvetta ja ulosteiden määrää kliinisten ravintovalmisteiden ja joskus myös vähäkuituisen ruokavalion avulla. Näin pystytään edistämään leikkaushaavan paranemista. (Paasikivi 2009, 134.)

Myös paksusuoliavanneleikkauksen jälkeen uloste voi olla aluksi löysää, jonka vuoksi riittävästä nesteestä saannista huolehtiminen on tärkeää ohutsuoliavanneleikatun tavoin. Paksusuoliavanneleikkauksesta toipuvan potilaan elektrolyyttiarvoja tulee seurata osastolla, ja tarvittaessa niihin tulee reagoida muun muassa tarjoamalla leikatulle suolalisää. Neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille altistaa erityisesti avanteen sijainti lähellä ohutsuolen liitoskohtaa tai poikittaisessa paksusuolella, jolloin uloste saattaa olla löysää ja ravintoainepitoisempaa sopeutumisvaiheen jälkeenkin. (Jäntti 2014, 3; Nuutinen ym. 2010, 143–144.)

3.2.2 Suoliavannepotilaan jokapäiväinen ravitsemus

Leikkauksesta toipuneille suoliavannepotilaille suositellaan mahdollisimman normaalia ravitsemussuosituksen mukaista ravitsemusta, jossa hiilihydraatteja, proteiineja ja rasvoja on sopivassa suhteessa (Black 2000 & Walters 2005, Fulham 2008, 25 mukaan; Sirviö 2014; Kara 2009, 19). Kasvikset, hedelmät ja marjat, sekä muut hiilihydraattipitoiset ravintoaineet ovat tärkeä osa terveellistä suoliavanneleikatun ruokavaliota niiden sisältämän kuidun, vitamiinien ja kivennäisaineiden vuoksi. Hiilihydraattipitoiset ruuat sisältävät elimistön toiminnalle tärkeää energiaa ja ideaalisti niitä tulisikin olla eniten suhteessa muihin aterialla nautittuihin ravintoaineisiin. (Truswell 2003, Burch 2006, 350 mukaan.)

Erityisesti kuitupitoisten hiilihydraattien nauttiminen on suositeltavaa, mikäli avanneleikatun suolisto sen vain kestää (Burch 2006, 350). Maitovalmisteista, kuten maidosta, jogurtista ja juustosta, taas saa runsaasti proteiinia, B-ryhmän vitamiineja ja kalsiumia, joka on muun muassa tärkeä luuston rakenneosana (Burch 2006, 351; Freese & Voutilainen 2012, 136; Kara 2009, 21). Mikäli suoliavannepotilaalla on tarvetta painonhallinnalle, on kaupoista saatavilla useita vähärasvaisempia maitovalmistevaihtoehtoja (Burch 2006, 351).

Liharuuat sisältävät proteiinia, joka on muun muassa elimistön solujen rakennusaine, joten niiden nauttiminen on avanneleikatulle tärkeää (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2009, 45; Kara 2009, 21). Proteiinien tärkeys korostuu avanneleikkauksen jälkeen avanteen paranemisvaiheessa, jolloin uuden kudoksen muodostuminen on välttämätöntä avannetta ympäröivän ihon paranemiseksi (Ahonen ym. 2012, 189; Kuusela & Luostarinen 2016). Monipuolinen ja hyvä ravitsemus sekä sopivat pienet ateriavälit ja ruuan huolellinen pureskelu edistävät myös avanteen paranemista ja suoliston sopeutumista muutokseen (Kuusela & Luostarinen 2016). Liharuokien valmistuksessa tulisi suosia vähärasvaista lihaa ja liha tulisi korvata kalalla vähintään kaksi kertaa viikossa D-vitamiinin, proteiinin ja monitydyttymättömien rasvahappojen saannin turvaamiseksi (Kara 2009, 17–21). Mikäli avannepotilas ei käytä eläinperäisiä tuotteita, tulee riittävä proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti turvata proteiinipitoisilla kasvikunnan tuotteilla kuten soijalla, riisillä, kauralla, tofulla tai täydennysravintojuomilla ja muilla lisäravinteilla, kuten kalsium- ja D-vitamiinilisällä sekä jodi ja B12-vitamiinilisillä. Myös palkokasvit ovat hyvä proteiinin lähde, kunhan muistetaan kohtuullisuus ja ruuan huolellinen pureskelu. (Kuusela & Luostarinen 2016.)

Rasvojen käytössä tulisi suosia pehmeitä kasvirasvoja kovien eläinrasvojen sijaan muun muassa niiden valtimoterveyttä edistävien vaikutusten takia (Ahonen ym. 2012, 189; Kara 2009, 21). Nesteitä suoliavanneleikatun tulee juoda noin 2-3 litraa päivässä (Jäntti 2014,4; Nuutinen 2010, 142). Infektion, runsaan hikoilun ja mahasuolikanavan ylimääräisten menetysten seurauksena nesteen tarve lisääntyy (Nuutinen 2010, 141).

Suoliavanneleikatun tulee ruokailla pieniä ja kohtuullisia annoksia viisi tai kuusi kertaa päivässä suolen toiminnan helpottamiseksi ja ravintoaineiden tasapainoisen saannin takaamiseksi (Jäntti 2014, 6; Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 297; Sica & Burch 2007, 774; Torpström 2015, 8). Päivän aterioihin olisi hyvä

kuulua aamupala, lounas, päivällinen, iltapala ja lisäksi 1-2 välipalaa. Tarvittaessa välipalojen määrää voi kasvattaa, mikäli pääateriat ovat pieniä huonon ruokahalun takia. Illalla ruokamäärä kannattaa pitää kevyenä, jotta suolen toiminta olisi mahdollisimman vähäistä yön aikana, eikä avannepussia tarvitsisi vaihtaa tai tyhjentää öisin. (Jäntti 2014, 6.)

Vaikka avanneleikatun ei ole parantumisen jälkeen syytä noudattaa mitään tiettyä ruokavaliota, on jokaisen suoliavannepotilaan ravitsemus yksilöllinen (Cronin 2013, 14; Fulham 2008, 25; Torpström 2015, 8). Osa ruoka-aineista saattaa olla ongelmallisia avanneleikatuille muun muassa niiden aiheuttamien ruuansulatusvaivojen vuoksi (Fulham 2008, 25; Torpström 2015, 8). Parhaiten sopivat ruoka-aineet löytää kokeilemalla varovasti eri ruokien syömistä. Ruokakokeilut voidaan aloittaa 8-12 viikkoa leikkauksen jälkeen, kunhan avanne on ensiksi parantunut. (Cronin 2013, 14.) Ruokakokeilussa yhtä ruoka-ainetta syödään aluksi pieniä määriä, jonka jälkeen määrää lisätään, mikäli se tuntuu sopivan (Jäntti 2014, 6). Jos jokin ruoka-aine tuottaa ongelmia, tulee sitä kokeilla vielä uudestaan ja jos ruoka-aine aiheuttaa ongelmia vielä kolmenkin kokeilukerran jälkeen, kannattaa sitä jatkossa välttää ainakin hetken aikaa (Cronin 2013, 14; Jäntti 2014, 6). Myös huomomin sulavia ruoka-aineita kannattaa kokeilla, jotta suoli sopeutuisi sietämään niitä ja ruokavalio monipuolistuisi (Jäntti 2014, 6).

Joillekin avannepotilaille saattaa suolistoon kertyä kaasua, joka aiheuttaa ilmavaivoja. Ilmavaivat ovat yleensä pahimmillaan leikkauksen jälkeisinä ensimmäisinä viikkoina ja kuukausina. (Jäntti 2014, 7; Hytönen 2013, 27.) Kaasunmuodostusta aiheuttaa muun muassa bakteerien käyminen suolistossa, mutta suurin osa kaasusta on kuitenkin ilmaa, jota kertyy suolistoon syödessä, juodessa ja puhuessa. Ruokailutottumuksien muuttamisesta saattaa olla hyötyä ilmavaivojen hoidossa, sillä rauhallinen ruokailu, ruuan huolellinen pureskelu, suoraan pullon suusta juomisen välttäminen ja puhumisen välttäminen ruokailujen yhteydessä saattavat vähentää ilmavaivoja. Lisäksi ruuan ja juoman rytmittäminen siten, että juomat nautitaan ruuan jälkeen erikseen, saattaa ehkäistä ilmavaivojen syntymistä. (Burch 2006, 350-351; Cronin 2013, 23; Jäntti 2014,7; Sirviö 2014.)

Joillakin ruoka-aineilla on todettu olevan yhteys avanneleikattujen ilmavaivoihin (Jäntti 2014, 7; Sirviö 2014). Tällaisia ruoka-aineita ovat esimerkiksi huonosti sulavat ja kaasua tuottavat kasvikset, kuten keräkaali, paprika, sipuli, lanttu, nauris, sienet, maissi, herne, pavut, linssit, kurkku kuorineen, oliivit, omena, vesimeloni ja isot raakaraasteannokset,

joita tulisi syödä pieninä annoksina tai kypsennettyinä. Myös laktoosittomien ja vähälaktoosisten tuotteiden valitseminen normaalien maitotuotteiden sijaan ja näkkileivän, paahdetun tai pakastetun leivän, korppujen ja voileipäkeksien syöminen tuoreen leivän tilalla vähentävät ilmavaivojen syntymistä. Grillattuja, mausteisia ja savustettuja ruokia, sekä hiilihappopitoisia juomia tai kahvia tulisi nauttia kohtuudella. (Jäntti 2014, 7.) Sirviön (2014) mukaan myös jotkut kalat ja äyriäiset saattavat aiheuttaa suurina määrinä ilmavaivoja. Lisäksi oireita saattavat aiheuttaa jotkin lääkkeet ja ruuan huonosti sulavat, osin imeytymättömät ainesosat, joita ovat esimerkiksi ksylitoli, sorbitoli, mannitoli ja maltitoli (Sirviö 2014). Ilmavaivoja voi yrittää ehkäistä muun muassa hiilitablettien pureskelulla, piparminttuteellä, fenkolilla tai salvialla (Dansac 2015, 19). Sipuli, palkokasvit, kaalit, kananmuna, kala ja voimakkaat mausteet puolestaan lisäävät suolieritteen hajua, vaikka nykyajan hoitotarvikkeet ovatkin kehittyneet hajuhaittoja vähentäviksi (Jäntti 2014, 7). Hajuhaittaa voidaan yrittää välttää syömällä maitohappobakteereita, hapanmaitotuotteita ja viljavalmisteita (Jäntti 2014, 7; Hytönen 2013, 27). Myös vihreät vihannekset ja puolukkamehu saattavat ehkäistä hajuhaitan muodostumista (Paasikivi 2009, 134).

Suoliavannepotilaiden tulee aina muistaa suurempi suolen tukkeutumisen riski normaaliin suolistoon verrattuna. Suurimmillaan riski on ensimmäisinä kuukausina leikkauksen jälkeen, jolloin suoli on vielä tottumaton avanteeseen. (Jäntti 2014, 8.) Tärkein suolen tukkeutumisen ehkäisykeino on ruuan huolellinen pureskelu, mutta myös joillakin ruokavalion erityishuomioilla, kuten sitkeä- ja kovakuoristen hedelmien ja tuoretomaattien kuorimisella, voidaan edistää suolen normaalia toimintaa (Hytönen 2013, 27; Jäntti 2014, 8; Sirviö 2014). Sitruhedelmistä tulisi kuorimisen lisäksi poistaa lohkojen kalvot, pilkkoa ne pieniksi paloiksi tai puristaa mehuksi. Joitakin ruokia, kuten tuore- tai raastesalaatteja, tomaatteja ja sitkeärakenteisia tai kovakuorisia kasviksia, kuten maissia, lehtiselleriä, sieniä ja parsaa tulisi syödä vain vähän kerrallaan ja kohtuudella. Myös siemeniä sisältäviä marjoja tulisi syödä vain pieni annos kerrallaan tai niistä tulisi siivilöidä siemenet pois kokonaan. Kuivatut hedelmät ja kovakuoriset marjat tulisi taas valmistaa kiisseliksi tai soseeksi. Leseitä, myslisiä ja pähkinöitä suositellaan avanneleikatun syötäväksi ainoastaan kolme ruokalusikallista päivässä useaan annokseen jaettuna ja jyvien ja siemenien syöntiä tulisi joissakin tapauksissa välttää kokonaan. Lihan valinnassa kannattaa kiinnittää huomiota lihan rakenteeseen ja suosia mureaa lihaa ja pehmeärakenteisia lihaleikkeleitä ja makkaroita. Lisäksi mikäli ruoka sisältää vain vähän nestettä, tulisi huolehtia juomisesta aterian aikana. (Jäntti 2014, 8; Sirviö 2014.)

Suoliavannepotilaille saattaa olla hyötyä myös apteekista saatavilla olevien kuitulisien käytöstä. Ennen kuitulisän käyttöä tulisi asiasta kuitenkin keskustella lääkärin, ravitsemusterapeutin tai avannehoitajan kanssa. Kuitulisä lisätään veteen, kiisseliin, maitotuotteisiin, puuroon tai mehukeittoon, sillä silloin se on suolistoystävällisempi. Avanneleikatun kuitulisän aloitusannos on vain puolet pakkauksen suositellusta annoksesta, sillä liian suuri annos saattaa aiheuttaa suolen tukkeutumisen tai ilmavaivoja. Kuitulisää käytettäessä tulee huolehtia riittävästä nesteen saannista, sen nestettä sitovien ominaisuuksien vuoksi. (Jäntti 2014, 8.)

3.2.3 Ohutsuoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteitä

Koska ohutsuoliavannepotilaan suolisto on huomattavasti lyhyempi kuin normaali suolisto, kaikki ravintoaineet ja nesteet eivät ehdi imeytyä elimistöön ennen ulostamista, mikä aiheuttaa erinäisiä ongelmia ja puutostiloja (Cronin 2013, 14). Ruuan poistuessa mahalaukusta se siirtyy suolistoon, joka alkaa ohutsuolesta. Ohutsuoli on 280-290 cm pitkä suoli, joka jakautuu kolmeen osaan: pohjukaissuoleen eli duodenumiin, tyhjäsuoleen eli jejunumiin ja sykkyräsuoleen eli ileumiin. Suurin osa ravintoaineiden pilkkoutumisesta ja imeytymisestä tapahtuu ohutsuolen sisäpinnalla olevien rengasmaisten poimujen, miljoonien sormimaisten nukkalisäkkeiden ja mikrovilluksien avulla, joiden ansiosta suolen sisäpinnan pinta-ala on mahdollisimman suuri ravintoaineiden tehokkaan käsittelyn ja imeytymisen varmistamiseksi. Ohutsuoleen tyhjenevät myös haima- ja sappineste, joiden tehtävänä on muun muassa pilkkoa proteiineja, hiilihydraatteja, rasvaa ja nukleiinihappoja sekä neutraloida mahalaukusta saapuvaa suolahappoa. Ohutsuolen seinämän sileälihassolut supistelevat ja saavat aikaan monenlaista liikettä, jonka tarkoituksena on sekoittaa suolen sisältöä, tuoda ruoka kosketuksiin epiteelisolujen kanssa ja kuljettaa ruokasula suolen läpi sopivalla nopeudella. (Sand, Sjaastand, Haug, Bjälle & To-verud 2011, 408–411.)

Mitä lähempänä mahalaukku stooma sijaitsee, sitä lyhyempi on ravinnon imeytymispinta-ala ja luonnollisesti sitä enemmän tapahtuu ravintoaineiden menetystä ja uloste on nestemäisempää (Cronin 2013, 14). Ravintoaineiden runsas jatkuva menettäminen altistaa elimistön erilaisille puutostiloille ja elektrolyyttihäiriöille (Nuutinen ym. 2010, 141–143). Ennen ileumia, jossa ileostooma sijaitsee, suurin osa hiilihydraateista ja pro-

teineista on jo imeytynyt, mutta muun muassa sokerit, aminohapot, kalsium, rauta, fosfaatti ja bikarbonaatti imeytyvät vasta ileumista (Burch 2006, 350; Cronin 2013, 16; Sand, Sjaastand, Haug, Bjälle & Toverud 2011, 410; Seikku & Remes 2005, 266). Myös magnesiumin ja kaliumin, jotka myös imeytyvät ohutsuolen loppuosasta, puute on mahdollinen, mikäli avanne erittää runsaasti (Paasikivi 2009, 133; Cronin 2013, 16). Lisäksi ohutsuoliavanneleikatuuilla ei ole paksusuolella olevia tärkeitä bakteereita, jotka osallistuvat mm. selluloosan ja muiden hiilihydraattien hienontamiseen, sillä ruuansulatusnesteiden entsyymit eivät pysty näitä kaikkia pillkkomaan (Sand, Sjaastand, Haug, Bjälle & Toverud 2011, 417). Ohutsuoliavanneleikatun suolen kestää sopeutua muutokseen noin 1-2 vuotta, jonka jälkeen elektrolyyttien ja nesteen imeytyminen paranevat (Nuutinen ym. 2010, 141–143).

Myös rasvan ja rasvaliukoisten vitamiinien imeytyminen saattaa heikentyä ohutsuoliavanteen myötä sappihappojen enterohepaattisen kierron heikentymisen vuoksi (Nuutinen ym. 2010, 141; Hytönen 2013, 26; Paasikivi 2009, 133). Tällöin seurauksena saattaa olla rasvaripuli. Rasvojen imeytymisen häiriöille altistuvat erityisesti potilaat, joilta ohutsuolta on poistettu yli 50cm ja heillä saattaakin kyseeseen tulla vähärasvaiseen ruokavalioon siirtyminen. Riittävän energiansaannin turvaamiseksi voidaan ruokavaliota tarvittaessa täydentää MCT-öljyllä. (Hytönen 2013, 26; Paasikivi 2009, 133.)

Ohutsuoliavannepotilaat kärsivät usein löysästä ja runsaasta ulosteesta, jolloin ulosteen paksuntaminen ja vähentäminen voi olla tarpeellista. Ulosteen koostumusta ja määrää voidaan yrittää muuttaa muun muassa vaihtamalla tummat viljatuotteet vaaleaan vaihtoehtoon. Vaaleista viljatuotteista kakkuja, leivoksia ja keksejä tulisi kuitenkin välttää niiden epäterveellisuuden vuoksi. (Burch 2006, 350.) Lisäksi kokemuseräisen havainnon mukaan myös banaani, peruna, omenasose ja juusto saattavat kiinteyttää ulostetta (Nuutinen ym. 2010, 142).

Ohutsuoliavanne ja ohutsuolen loppuosan poistaminen altistavat myös B12-vitamiinin ja foolihapon puutokselle, sillä ne imeytyvät vasta ohutsuolen loppupäästä (Cronin 2013, 16; Nuutinen ym. 2010, 141; Mutanen & Voutilainen 2012, 34). Myös ileosekaaliläpän poiston vuoksi ohutsuolella voi ilmetä bakteerien liikakasvua, joka osaltaan heikentää B12-vitamiinin imeytymistä. Normaalisti ileosekaaliläppä sijaitsee ohutsuolen ja paksusuolen välissä ja estää paksusuolen bakteerien pääsyn ohutsuoleen. (Hytönen 2013, 26.) B12-vitamiinin puutos voi johtaa muun muassa megaloblastiseen anemiaan, jossa punasolut

ovat normaalia suurempia (Salonen 2015). B12-vitamiinin puutosta voidaan hoitaa B12-vitamiinipistoksilla, joita voidaan antaa tarvittaessa 1-3 kuukauden välein (Hytönen 2013, 26).

Koska ohutsuoliavanneleikatut elävät ilman paksusuolta, jossa tapahtuu kaksi kolmasosaa natriumin imeytymisestä, tapahtuu heillä natriumin menetystä noin 50-80 mmol vuorokaudessa (Fulham 2008, 24; Lindroos 2003, 10). Tämän takia joidenkin ohutsuoliavanneleikattujen on suositeltavaa lisätä ruokaan noin teelusikallinen ylimääräistä suolaa päivittäin (Fulham 2008, 24). Sirviön (2014) mukaan hyviksi ylimääräisen suolan lähteiksi sopivat myös muun muassa suolakurkut, suolakalat ja lihaliemi. Glukoosin nauttiminen parantaa natriumin imeytymistä ja sitä onkin hyvä lisätä juotuihin nesteisiin, mikäli natriumvajetta ilmenee (Burch 2006, 350). Elimistön veden ja natriumin vajeesta kertoo muun muassa jano, heikotus, väsymys ja suonenveto (Sirviö 2014). Kuumalla ilmalla veden ja elektrolyyttien tarpeeseen on syytä kiinnittää entistä tarkempaa huomiota, koska niiden tarve korostuu runsaan hikoilun seurauksena (Burch 2006, 350).

Koska vesi imeytyy vasta paksusuolesta elimistöön, on ohutsuoliavanneleikatuilla dehydraation eli kuivumisen vaara suuren nestemenetyksen takia. Tämän vuoksi riittävästä juomisesta on huolehdittava. (Fulham 2008, 24.) Hyviä janojuomia ovat kivennäisvedet, laimennetut täysmehut, laimennetut täydennysravintojuomat ja urheilujuomat niiden natriumin imeytymistä parantavan vaikutuksen vuoksi ja ne imeytyvät paremmin kuin vesi (Nuutinen ym. 2010, 142; Burch 2006, 350). Urheilujuomia suositellaan kuitenkin käytettäväksi vain tilapäisesti ja kofeiini- ja light-juomia ei suositella juotavaksi ollenkaan (Fulham 2008, 24; Sirviö 2014). Kypsentämättömien kasvien, hedelmien ja sokerin runsas syönti ja alkoholin juonti puolestaan lisäävät avanteen eritystä ja siten nestehukan riskiä (Paasikivi 2009, 133). Nesteitä ei suositella nautittavaksi runsaissa määrin ennen ruokailua, sen yhteydessä tai heti sen jälkeen, sillä se saattaa lyhentää ruokamassan läpikulku-aikaa suolistossa, jolloin ravintoaineiden imeytyminen jää entistä vähäisemmäksi (Sica & Burch 2007, 774).

Kuten muillakin suoliavannepotilailla ja siten myös ohutsuoliavannepotilailla on suurentunut riski suolitukokselle. Erityisesti pähkinät, kuitupitoiset ruuat, maissi, hedelmien kuoret, kuivatut hedelmät, salaatti ja vihannekset ovat ongelmallisia ruokia ohutsuoliavanneleikatulle. Myös huonosti pureskellut ruuat saattavat aiheuttaa tukoksen, jolloin varsinkin ne ruuat, jotka voivat jo sinällään aiheuttaa tukoksia, on tärkeä pureskella

hyvin. (Burch 2011, 482.) Huolellisella pureskelulla voidaan myös vähentää ulostamiseen liittyvää kipua (Nuutinen ym. 2010, 24). Osa ohutsuoliavannepotilaista on havainnut, että tukoksia aiheuttavista vihanneksista ja hedelmistä tulee paremmin siedettyjä, kun ne syö säilöttyinä (Burch 2006, 351).

Kuten muillakin suoliavanneleikatuilla, ohutsuoliavanneleikatun ruokavalio on kokeilujen kautta löydetty ja hyvin yksilöllinen (Cronin 2013, 14; Sirviö 2014). Ohutsuoliavanneleikatulla saattaa kuitenkin olla useampien ruoka-aineiden kanssa haasteita paksusuoliavanneleikattuun verrattuna (Nuutinen ym. 2010, 141–145). Mahdollisuuksien mukaan, ohutsuoliavanneleikatun tulisi kuitenkin pyrkiä mahdollisimman terveelliseen ja tasapainoiseen ruokavalioon ja ohutsuoliavannepotilaita, kuten muitakin suoliavannepotilaita, suositellaankin noudattamaan normaaleja valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksia (Black 2000 & Walters 2005, Fullham 2008, 25 mukaan; Sirviö 2014). Mikäli ohutsuoliavanne on ollut potilaalla jo pitkään, tietää hän itse parhaiten hänelle sopivat ruoka-aineet ja niiden selvittäminen on helpointa kysymällä potilaalta itseltään (Nuutinen ym. 2010, 143).

Joillakin ohutsuolileikatuilla ohutsuoli saattaa olla erittäin lyhyt tai se on jouduttu poistamaan kokonaan, jolloin puhutaan lyhytsuolioireyhtymästä tai lyhytsuolisyyndroomasta (Pikkarainen 2012, 432). Tällöin potilaalle aiheutuu aliravitsemustila, sillä jäljelle jäänyt suoli ei kykene ravintoaineiden, nesteen ja energian riittävään imeyttämiseen (Paasikivi 2009, 132). Ravintoaineiden menetykseen ja ulosteen koostumukseen vaikuttavat myös se, mitä ohutsuolen osaa on jouduttu poistamaan, paljonko suolta on poistettu ja onko esimerkiksi ileosekaalinen läppä pystytty säilyttämään (Pikkarainen 2012, 432). Lisäksi mikäli paksusuoli on pystytty säilyttämään, hidastaa se oleellisesti ravinnon läpikulkuaikaa ja siten parantaa lyhytsuolisyyndroomasta kärsivien selviytymistä. Lyhytsuolisyyndroomaa sairastavat kärsivät helpommin rasvaripulista, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöistä ja painonlaskusta. (Paasikivi 2009, 132.) Lisäksi he eivät välttämättä saa riittävästi ravinnosta verenhyytymiseen tarvittavaa K-vitamiinia ja heille saattaa kehittyä K-vitamiinin puutostila. Tällöin myös K-vitamiinilisä saattaa olla tarpeellinen. (Kuusela & Luostarinen 2016; Sand, Sjaastand, Haug, Bjälle & Toverud 2011, 417). Lyhytsuolisyyndroomaa sairastaville suositellaan runsasenergistä, vain vähän oksalaattia sisältävää ruokavaliota. Oksalaattia vähentämällä voidaan vähentää oksalaattikivien eli virtsakivien

muodostumista. Mikäli suoli ei kykene sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseen, joudutaan turvautumaan enteraaliseen ravitsemushoitoon tai pysyvään parenteraaliseen ravitsemukseen. (Paasikivi 2009, 132.)

3.2.4 Paksusuoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteitä

Karkeasti sanottuna paksusuoliavannepotilailla ravinnon imeytyminen on lähes normaalia, erityisesti jos avanne on tehty paksusuolen loppuosaan (Fulham 2008, 25). Tästä huolimatta yli puolet paksusuoliavanneleikatuista ovat raportoineet avanteen vaikuttaneen ruokavalioon jollakin tavalla (Richbourg 2012, 48). Yleensä paksusuoliavanneleikatut voivat aloittaa ruokakokeilut noin 8-12 viikkoa leikkauksen jälkeen avanteen asettumisen jälkeen (Cronin 2013, 14). Avanteen asettuessa muutamien viikkojen kuluessa sen koko, ulkonäkö ja toiminta muuttuvat (Ahonen ym. 2012, 532).

Vesi ja suurin osa natriumista imeytyvät vasta paksusuolesta, erityisesti nousevasta paksusuolesta, vaikka suurin osa muista ravintoaineista onkin jo imeytynyt ennen paksusuolen tuloa (Cronin 2013, 18; Lindroos 2003, 10). Lisäksi paksusuoli osallistuu liman erityykseen, jonka tarkoituksena on vauhdittaa ja helpottaa ulosteen kulkua suolistossa (Cronin 2013,18). Liman tarkoituksena on myös suojata suolen epiteelisoluja ja sitoa ulosteessa olevia eri ainesosia yhteen (Sand, Sjaastand, Haug, Bjälle & Toverud 2011, 417).

Toisin kuin ohutsuoliavannepotilaat, paksusuoliavannepotilaat kärsivät helposti ummetuksesta. Ummetusta voidaan ehkäistä muun muassa huolehtimalla riittävästä nesteiden juonnista ja kuitujen syömisestä. (Fulham 2008, 25.) Hyviä kuitupitoisia ruokia ovat esimerkiksi tumma leipä, tumma riisi ja tumma pasta (Burch 2006, 350). Sirviö (2014) lisää edellä mainittuun kuitupitoisten ruoka-aineiden listaan täysjyväleivän, kaura- ja ruispuuron, kasvikset, hedelmät ja marjat. Nesteitä on tärkeää nauttia runsaasti myös aterioiden välillä (Sirviö 2014). Mikäli sopivasta ruokavaliosta huolimatta uloste on kovaa ja ulostaminen hankalaa, voi laksatiivien väliaikainen käyttö olla perusteltua (Lawson 2003, Burchin 2006, 350 mukaan).

Myös paksusuoliavannepotilaiden on syytä muistaa suolitukoksen riski ja syötävä varoen suoliavannepotilaiden tukokselle altistavia ruokia kuten siemeniä, hedelmiä ja kasviksia.

Tukosriskiä voidaan pienentää pilkkomalla suolistossa huonosti sulavat ainekset pienemmiksi palasiksi ennen syömistä, jolloin voidaan varmistaa ravinnon parempi kulkeutuminen suolistossa. (Sirviö 2014.)

Vaikka erilaiset kasvikset ja hedelmät ovatkin tärkeä osa myös paksusuoliavannepotilaan terveellistä ruokavaliota, ovat niistä osa ongelmallisia erityisesti paksusuoliavanneleikatuille. Erityisesti vihreät vihannekset, pavut ja sipuli, saattavat aiheuttaa pahanhajuista kaasunmuodostusta eli ilmavaivoja. (Burch 2006, 350–351.) Palludo et Ali (2011, Richbourgh 2012, 44 mukaan) on tutkinut pientä joukkoa paksusuoliavannepotilaita ja huomannut, että valkosipuli, kananmunat, virvoitusjuomat ja kaali yhdistetään usein ilmavaivojen pahan hajun aiheuttajiksi. Myös ruokailutottumuksilla on vaikutusta ilmavaivojen syntyyn (Burch 2006, 350–351).

3.3 Ohjaus osana hoitotyötä

Ohjaus tarkoittaa opastuksen antamista käytännönläheisesti ja ohjauksen mukaan toimimista (Suomalainen sanakirja 1996, Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15 mukaan). Ohjaus voi olla tapahtuma tai tapahtumasarja, jossa sekä ohjaajan ja ohjattavan yhteinen tavoite on ohjattavan oppiminen. Oppimiseen voidaan liittää myös päätöksenteko liittyen opittavaan aiheeseen ja elämänlaadun koheneminen asian oppimisen myötä. (Vänskä ym. 2011,16.)

On tärkeää, että ohjattava on se, joka yrittää keksiä aktiivisesti ongelmaan tai opittavaan asiaan ratkaisua. Ohjaajan ei pidä antaa valmiita ratkaisuja, vaan hoitotyössä ohjausta vaativat asiat ovat lähtöisin ohjattavasta, jolloin ohjattava on luultavammin motivoituneempi tavoitteen saavuttamiseen. Ohjaaja pyrkii selvittämään ohjattavaa vaivaavat ja hänelle epäselvät asiat kyselemällä avoimia kysymyksiä, joihin ohjattavan on vastattava itse muodostamallaan lauseilla. (Kygäs ym. 2007, 27.) Kysymyksen “Syötkö siemeniä?” sijaan ohjaaja voi kysyä esimerkiksi “Mitä syöt yleensä lounaaksi?”.

Kyngäksen ym. (2007, 29–31) mukaan tilanteen selvittämiseen kuuluu vahvasti myös taustatekijöiden selvitys, jotka voivat vaikuttaa siihen, miten ohjattava kykenee tai haluaa ottaa ohjausta vastaan. Tällaisia ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Fyy-

sisiin taustatekijöihin kuuluvat ohjattavan ikä ja fyysiset rajoitteet, esimerkiksi huonontunut kuulo tai näkö. Psykkisiin taustatekijöihin kuuluu muun muassa aiemmat kokemukset, mieltymykset, tottumukset ja motivaatio. Ohjattavan motivaatioon vaikuttaa asetettu tavoite, omat onnistumisodotukset ja tunnetila. Sosiaalisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi ohjattavan kulttuuristausta ja uskonnollisuus. Nämä vaikuttavat ohjattavan toimintaan ja ajatusmaailmaan, jotka taas vaikuttavat siihen, miten ohjattava suhtautuu ohjauksessa käsiteltävään asiaan. (Kynge ym. 2007, 29–31.)

Ohjaustilanteessa vallitsee molemminpuolinen asiantuntijuus. Ohjaaja on ohjattavan asian asiantuntija ja ohjattava on oman elämänsä asiantuntija. Tällöin kummankin on kuunneltava toisiaan, jotta päästään ohjattavaa hyödyttävään ja hänen terveyttään ylläpitävään lopputulokseen. (Kynge ym. 2007, 39.) Molemmilla on oma vastuunsa ohjauksen onnistumisesta ja kumpikin osapuoli suuntaa ohjausta omien ajatusmallien ja pyrkimystensä mukaisesti. Tällaiseen symmetriseen ja tasapuoliseen ohjaukseen päästään keskustelullisin keinoin, jolloin molemmat esittävät kysymyksiä, keskeyttävät ja kyseenalaistavat toisiaan. (Vänskä ym. 2011, 51.)

3.4 Suoliavannepotilaan ravitsemusohjaus

Ravitsemusohjaus on tärkeä osa avannepotilaan hoitoa, sillä se luo pohjaa mahdollisille ruokavaliomuutoksille ja auttaa avannepotilasta tunnistamaan mahdollisia ongelmia, jotka liittyvät hänen aiemmin toteuttamaansa ruokavalioon (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 148). Ravitsemusohjaukseen ja sen hoitoon osallistuvat useat eri ammattiryhmät, kuten esimerkiksi osastonhoitaja, lääkäri, avannehoitaja ja muu hoitohenkilökunta sekä mahdollisesti ravitsemusterapeutti (Nuutinen ym. 2010, 18). Usein avanneleikattu saa ruokavaliiohjausta pääsääntöisesti postoperatiivisesti eli leikkauksen jälkeen, mutta joissain tapauksissa myös jo ennen leikkausta eli preoperatiivisesti (Eloranta, Vähätalo & Johansson 2009, 25; Kuusela & Luostarinen 2016). Lisäksi ravitsemusta saatetaan tehostaa jo ennen leikkausta (Kuusela & Luostarinen 2016).

Tärkeintä avannepotilaan ravitsemusohjauksessa on rohkaista elämään mahdollisimman normaalia elämää, sillä monet avanneleikatut ovat huolissaan sopivista ravintoaineista ja

saattavat siksi välttää joitakin ruokia tarpeettomasti. Avanneleikatun ruokavaliassa ei tulisi olla ehdottomia rajoituksia ilman hyvää syytä. (Kuusela & Luostarinen 2016.) Ohjauksessa on hyvä muistaa, että lyhentynyt ruuansulatuselimistö sopeutuu yleensä vähitellen sietämään myös huonommin sulavia ruoka-aineita (Jäntti 2014, 6). Ravitsemusohjaustilanteessa avannehoitaja käy jokaisen avanneleikatun kanssa läpi sopivia ja mahdollisesti ongelmallisia ruokavalintoja. Ohjauksen sisältö vaihtelee luonnollisesti paljon potilaasta ja avannetyypistä riippuen. (Kuusela & Luostarinen 2016.) Oikeiden ruokailutottumusten ohjaus on myös tärkeä osa avannepotilaiden ravitsemusohjausta, sillä monet ongelmalliset ravintoaineet saattavat muuttua paremmin siedetyiksi oikeiden ruokailutottumusten avulla (Jäntti 2014, 7–8). Avannehoitaja ohjaa potilasta myös painonseurantaa, sillä painon nopea ja tahaton putoaminen on yleensä merkki jonkinlaisesta imeytymisongelmasta. Avanneleikkauksen ja ensimmäisen ohjauskerran jälkeen potilaalla on kontrollikäynti avannehoitajalle noin kahden viikon kuluttua ensimmäisestä ohjauskerrasta. Kontrollikäynnin jälkeen avannehoitaja tapaa potilasta yksilöllisen tarpeen mukaan. (Kuusela & Luostarinen 2016.)

Ohjattavan mieltymykset esimerkiksi tiettyyn ruokaan tai ruoka-aineeseen on tärkeää saada selville, sillä ne voivat olla leikkauksen jälkeen haitallisia avanneleikatulle (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 148). Esimerkiksi jos potilas pitää erityisen paljon sitrushedelmistä, on ohjaajan osattava painottaa erityisesti sitä, että sitrushedelmien lohkojen kuoret ovat huonosti sulavaa materiaalia, eivätkä sellaisenaan sovellu suoliavannepotilaalle. Sitrushedelmiä voi kuitenkin syödä, kunhan muistaa poistaa lohkojen kalvot. (Sirviö 2014.) Toisaalta mieltymysten selvittämisen avulla voidaan ruokavaliota myös muokata avanneleikatulle mieleisemmäksi ja siten helpommaksi toteuttaa. Avannepotilaan ravitsemusohjaus tulisivikin mukauttaa hänen omaan elämäntilanteeseensa, olosuhteisiin ja mieltymyksiin sopivaksi. (Rautavaara-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 148.) Tutkimusten mukaan ravitsemusohjausta on parempi antaa jo ennen leikkausta, sillä avanneleikkaus on iso muutos ravitsemuksellisesti ja avanneleikatun on pystyttävä sopeutumaan siihen heti leikkauksen jälkeen. Ennen leikkausta saatu ravitsemusohjaus myös valmistaa potilasta elämään tulevan avanteensa kanssa ja antaa potilaalle voimaa selviytyä elämänmuutoksesta. (Cronin 2013, 14.)

Sekä ohut- että paksusuoliavanneleikatun potilaan ravitsemusohjauksen tarkoituksena on taata hyvä ravitsemustila ja siten varmistaa nopea leikkauksesta toipuminen sekä vähentää tukkeuman vaaraa ja kaasunmuodostusta. Lisäksi ohutsuoliavanneleikatuilla pyritään

vähentämään avanteen tuottoa vähitellen hyvän ravitsemusohjauksen avulla. (Nuutinen ym. 2010, 142–143.) Avannepotilaasta tulee usein ajan kuluessa oman avanteensa asiantuntija, ja hän tietää itse, mikä hänelle soveltuu hyvin ja mikä ei (Nuutinen ym. 2010, 142). Hoitaja ohjaa potilasta kuitenkin turvallisiin ruokakokeiluihin ja kertoo ruoka-aineista, jotka saattavat mahdollisesti olla ongelmallisia (Kuusela & Luostarinen, 2016).

Ohutsuoliavannepotilaan ravitsemusohjaus on usein yksilöllisempää ja moniammatillisempaa paksusuoliavannepotilaaseen verrattuna. Ohutsuoliavanneleikkauksen jälkeen myös suoliston sopeutuminen kestää kauemmin. (Kuusela & Luostarinen 2016.) Ohutsuoliavannepotilaan ravitsemuksen ohjauksessa, ruokavalion lisäksi, on oleellista muun muassa oikeanlaisen ruokailutavan, nesteytyksen ja mahdollisten elektrolyytti- ja huumioiden huomioiminen. Mahdollista elektrolyytti- ja huumioiden tarvetta seurataan verikokein. (Nuutinen ym. 2010, 142-143.) Ohutsuoliavanneleikkauksella aiheuttaa myös se, että ohutsuoliavanne menee paksusuoliavannetta nopeammin huonoon kuntoon ja lisäksi ohutsuoliavanneleikkauksen ravitsemustilanne on monesti ollut huono jo ennen leikkausta (Kuusela & Luostarinen 2016).

Ravitsemusterapeutti tapaa potilaan yleensä vain siinä tapauksessa mikäli ravitsemuksen kanssa ilmenee ongelmia, kuten toistuvia tukoksia suolistossa tai ravinnon paha imeytymishäiriö. Tällöin ravitsemusohjaus on yleensä suurimmalta osalta perusravitsemusohjausta, mutta mukana on jokin potilaan yksilöllisempi haaste. Ravitsemusterapeutti seurailee yleensä potilaan laboratorioarvoja, kuten B12-vitamiinia ja rasvaliukoisia vitamiineja, ja suunnittelee ohjausta sen perusteella. Ravitsemusterapeutin tapaamiset voivat olla kertaluontoisia tai potilas voi olla pidemmässä ravitsemusterapeutin seurannassa. Ravitsemusterapeutin tapaamiseen vaaditaan aina lääkärin lähete. (Kuusela & Luostarinen 2016.)

Avannepotilaiden ohjauksesta on tehty tutkimuksia jonkin verran. Eräs näistä tutkimuksista on Elorannan, Vähätalon, Rasmuksen, Elomaan ja Johanssonin (2009) tekemä tutkimus avannepotilaiden voimavaraistumista tukevasta ohjauksesta, joka on tehty avannehoitajien ja avannepotilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan ohjauksen tulee lähteä potilaan omista lähtökohdista, jotta potilas pystyy tekemään itse omaa terveyttään koskevat päätökset. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas saa varmuutta avanteen kanssa selviytymiseen ja osaa myös ratkaista mahdollisia pieniä arjessa vastaan tulevia ongelmalanteita. (Peters 2000, Johansson 2006, Elorannan ym. 2009, 25 mukaan.)

Elorannan ynnä muiden (2009, 9) tutkimuksessa todettiin miellekartan käytön ohjauksen apuvälineenä olevan hyödyllistä. Miellekartta on väline, jonka avulla voi jäsenellä omia ajatuksia, tietoa ja käsityksiä läpikäytävästä asiasta (Seitamaa-Hakkarainen). Voimava- raistumista tukevassa ohjauksessa käytettävässä miellekartassa on ohjauksessa käsiteltä- vät osa-alueet, ja niiden läpikäyntiä tulisi painottaa potilaan omien tarpeiden mukaan. Miellekartan avulla hoitajan on helpompi tunnistaa potilaan ohjaustarve ja keskittyä vain niihin osa-alueisiin, joissa kyseinen potilas tarvitsee ohjausta. Näin ohjauksesta tulee myös henkilökohtaisempaa ja potilaslähtöisempää. (Eloranta ym. 2010, 9.) Jotta ohjaus onnistuisi on potilaan kerrottava ne asiat, joissa tarvitsee ohjausta ja jotka taas jo kokee hallitsevansa. Hoitajan tehtävänä onkin kannustaa potilasta tuomaan ilmi omaa tietämys- tään ja kertomaan niitä asioita, jotka itse kokee tärkeiksi. Hoitajan tulee varmistaa, että potilaalla on riittävästi tarvittavaa tietoa, hän on ymmärtänyt sen ja osaa toimia ohjauksen perusteella. (Eloranta ym. 2009, 25.)

Toisen näkökulman avannepotilaan ohjaukseen tuovat Liimatainen, Koivula, Mattila ja Åstedt-Kurki (2011) tutkimuksellaan avanneleikattujen potilaiden läheisten tuensa- an- nista hoitojakson aikana. Potilaan ohjauksessa tulisi itse potilaan lisäksi ottaa huomioon myös tämän läheiset, mahdollistamalla heidän osallistumisensa ohjaustilanteeseen. Oh- jaustilanteeseen osallistumisen avulla läheisten yksilöllinen tiedonsaanti mahdollistuu ja omaiset kokevat saavansa tukea. (Liimatainen ym. 2011, 178.) Tiedollinen tuensaanti ko- rostuukin erityisesti nykypäivänä, kun hoitojaksot sairaalassa ovat lyhyitä (Nevalainen ym 2007, Liimatainen ym. 2011, 176 mukaan). Läheisillä on tärkeä merkitys avannepo- tilaan elämässä muun muassa siksi, että he luovat potilaalle toivoa paranemisesta ja yllä- pitävät uskoa (Liimatainen ym. 2011, 178).

3.5 Itseopiskelumateriaali verkossa

Itseopiskelumateriaali luetaan oppimateriaaliksi, sillä oppimateriaalia ovat kaikki sellai- nen, jota oppija oppimisprosessin aikana käyttää (Keränen & Penttinen 2007, 148). Nurkka (2004) määrittelee verkko-oppimateriaalin olevan opiskeluun käytettävä materi- aali, joka on saatavissa internetin kautta. Sillä on myös omat sisällölliset vaatimuksensa ja tavoitteet, jotka oppimiselle on asetettu. (Karjalainen.) Keränen ja Penttinen (2007, 2)

tuovat verkko-oppimisen käsitteeseen mukaan videoneuvotteluyhteydellä toteutetut oppimistilanteet. Vaikka verkko-oppimisessa opiskelu tapahtuukin verkossa, se ei silti muuta oppimisprosessia, joka tapahtuu ihmisen aivoissa opiskellessa. Täten myös verkko-oppiminen vaatii aktiivista opiskelua ja vastuu oppimisesta on edelleen opiskelijalla, eikä tekniikalla. (Keränen & Penttinen 2007, 3.)

Verkko-oppimateriaalit voidaan jakaa dynaamisiin ja staattisiin oppimateriaaleihin. Dynaaminen verkko-oppimateriaali on interaktiivista ja sisältää esimerkiksi animaatioita ja simulaatioita. Staattinen verkko-oppimateriaali taas on verkossa oleva oppimateriaali, joka sisältää muun muassa hyperlinkkejä. Staattisen verkko-oppimateriaalin ominaisuutena on myös sen tulostettavuus. Staattisen ja dynaamisen oppimateriaalin ero löytyy vuorovaikutuksesta. Staattinen oppimateriaali ei keskustele oppijan kanssa eikä vaadi oppijan aktiivista panosta oppimisprosessiin. (Karjalainen.)

Verkko-oppimateriaalit ovat yleensä digitaalisia ja niillä on jokin tietty opetuksellinen tarkoitus. Samalla, kun opetuksen laatu on noussut, on myös verkossa tapahtuvan opetuksen laatu kohonnut. Verkko-oppimateriaalin laadun seurantaan on kehitetty erilaisia verkko-oppimateriaalin laatukriteerejä. Näiden avulla halutaan varmistaa laadukkaasti verkko-oppimateriaalin synty ja käyttö. (Karjalainen.)

Pohjimmiltaan laatukriteerit ovat samanlaisia niin verkko-oppimateriaaleissa kuin muisakin oppimateriaaleissa. Laatukriteereitä luodessa on pitänyt ottaa huomioon verkko-oppimateriaaleille ominaisia piirteitä, kuten päivitettävyys. (Opetushallitus 2006, 9.) Opetushallituksen työryhmä (2006) on määritellyt neljä laatukriteeriä, jotka ovat pedagoginen laatu, käytettävyys, esteettömyys ja tuotannon laatu. Näitä laatukriteerejä ei aina voi käyttää sellaisenaan verkko-oppimateriaalin arviointiin. Ajoittain osa laatukriteereistä tai joku sen osa on jätettävä pois arvioinnista, jos esimerkiksi verkko-oppimateriaali ei sisällä kriteerin määrittämiä asioita. (Opetushallitus 2006, 13–14.)

Verkko-oppimateriaalin laatuun vaikuttaa sen jokainen tekovaihe suunnittelusta valmiiseen työhön. Eri palveluntarjoajat, muun muassa korkeakoulut, ovat kehittäneet erilaisia laadun arviointiin tarkoitettuja järjestelmiä, joilla voi arvioida esimerkiksi verkko-oppimateriaalin pedagogista laatua, saavutettavuutta ja toteutusta. (Keränen & Penttinen 2007, 149.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Toiminnallinen eli tuotokseen painottuva opinnäytetyö ja tutkimuksellinen opinnäytetyö eroavat toisistaan monilta osin, mutta myös joitakin yhtäläisyyksiä löytyy, sillä molemmat muun muassa etenevät samalla tavalla: aihevalinnan ja työn suunnittelun kautta tuotokseen tai tuloksiin (Salonen 2013, 26). Tuotokseen painottuvissa opinnäytetyöissä on aina tarkoituksena tuottaa jokin konkreettinen tuotos eli produkti, kuten esimerkiksi kirja, tietopaketti, ohjeistus, esite, opas, tapahtuma tai niin kuin tässä tapauksessa, koulutusmateriaali. Tutkimuksellisen opinnäytetyön tärkein tehtävä taas on synnyttää uutta tietoa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51; Salonen 2013, 5–6.) Toiminnallisissa opinnäytetyöissä on tarkoituksena luoda viestinnällisin ja visuaalisin keinoin kokonaisilme, josta voi tunnistaa tavoitellut päämäärät. Tuotetun produktin tulisi olla yksilöllinen ja persoonallinen ja sen tulisi erottua edukseen muista vastaavanlaisista tuotteista ja olla aikaisempia parempi tai kokonaan uusi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 53, 65; Salonen 2013, 25.)

Toiminallisessa opinnäytetyössä on myös aina mukana eri toimijoita eri vaiheissa, kun tutkimuksellisessa opinnäytetyössä taas opiskelija on keskeinen toimija. Toimijoiden kanssa toiminnan ja kehittämisen vaiheet etenevät kohti lopullista tuotosta dialogisessa tai trialogisessa vuorovaikutussuhteessa tietyssä toimintaympäristössä. Dialogiset ja trialogiset vuorovaikutussuhteet toiminnan keskellä syntyvät vain ihmisten välisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Salonen 2013, 6.)

Toiminallisessa opinnäytetyössä tiedon keräämisen tavat ovat samanlaiset kuin muissakin opinnäytetyöissä, mutta tutkimuskäytäntöjä voidaan käyttää hieman väljemmässä merkityksessä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–57). Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu raportti, joka on kirjallinen esitys hankkeesta, ja sen tuloksena syntynyt itsenäinen tuotos. Tuotos voi olla työn erillinen liiteosa tai se voi sijaita opinnäytetyön lopussa. (Salonen 2013, 25.)

Tuotokseen painottuvaa opinnäytetyötä tehdessä opiskelija kehittää ajatteluaan ja kehittämisosaamistaan niin, että hän kykenee jatkossa työstämään saman tyyppisiä hankkeita myös työelämässä (Salonen 2013, 26). Tätä kutsutaan toimintaoppimiseksi (Marsick

1999, Salonen 2012, 26 mukaan). Toiminnallinen opinnäytetyö nostaa osaamisen tasoa työelämässä ja antaa tekijöille oman lisäarvonsa ja sen tarkoitus onkin hyödyttää asiakasta, työntekijöitä kuin myös kokonaisia työyhteisöjäkin (Salonen 2013, 37).

4.2 Tuotoksen kuvaus

Teimme opinnäytetyömme tuotoksen opinnäytetyömme teoreettisten lähtökohtien pohjalta. Teimme työmme teoreettisen viitekehyksen ennen tuotoksen tekoa, joten asiasisälön löytäminen tuotokseen oli helppoa. Tarkoituksenamme oli koota tuotokseen tärkeimmät pääkohdat opinnäytetyömme teoreettisesta viitekehyksestä. Tiedon tiivistäminen tuotokseen osoittautui haastavaksi, sillä halusimme pitää tuotoksemme sopivan tiiviinä ja pakettina, jota on helppo opiskella. Halusimme tehdä tuotoksesta sellaisen, että sen pystyy ymmärtämään ilman opinnäytetyön teoriaosuutta, sillä siten se palvelee parhaiten tarkoituksessaan. Mikäli aiheeseen haluaa tutustua syvemmin, saa opinnäytetyömme teoriaosuudesta syvempää tietoa aiheesta.

Tuotoksemme staattista oppimateriaalia, sillä se on muodoltaan diaesitys, jonka voi opiskella itsenäisesti Tampereen kaupungin moodlesta (Karjalainen). Diaesityksen valitsimme, koska se oli yhteistyötahomme toive opinnäytetyön tuotoksen muodosta. Diaesitys on kätevä, nopea ja tehokas tapa opiskella itsenäisesti, sillä siihen on helppo palata myöhemmin ja sen opiskelee nopeammin kuin monet muut tietolähteet. Weckerin (2012 Mäenpää 2012 mukaan) tekemän tutkimuksen mukaan diaesitys on myös tehokkaampi kuin pelkkä sanallinen esitys. Diaesitysmuotoisen tekstin etuja on myös se, että siinä on helppo palata taaksepäin tarvittaessa ja diaesityksen lukeminen saattaa olla mielekkäämpää kuin tavallisen asiatekstin lukeminen. Lisäksi diaesityksen kuvat helpottavat mieleen painamista. Lammin (2009, 42) mukaan tehokasta diaesitystä pystyy helposti seuraamaan ja siinä tulisi olla selkeä ydinviesti, joka kertoo kuulijoille asian pääpiirteissään. Tuotoksemme ei ole perinteinen diaesitys, jossa sanojen on tarkoituksena olla esiintyjän tukisanoina, vaan itsenäinen tuotos, joka lukijan tulee ymmärtää ilman tarkempaa selitystä. Näin ollen kaikkia diaesityksen tyyllisääntöjä tuotoksemme ei pysty noudattamaan.

Opinnäytetyössämme on käytetty joitakin kuvia havainnollistamaan esitystä ja piristämään diaesityksen ulkoasua. Kuvilla halusimme myös helpottaa mieleen painamista. Kuvat kuvasimme suurimmaksi osaksi tekijänoikeussyistä itse. Joitakin kuvia saimme eräältä avannetuoteyritykseltä, sillä kaikkea emme pystyneet lavastamaan. Saimme luonnollisesti avannetuoteyritykseltä luvan käyttää kuvia työssämme ja olemme merkinneet ne asianmukaisesti.

4.2.1 Sisältö

Avannepotilaiden ravitsemuksesta saattaa olla hankalaa löytää yksiselitteistä ja oikeaa tietoa, sillä avannepotilaiden ravitsemus on erittäin yksilöllinen ja siten myös tieto saattaa olla hyvin ristiriitaista. Tuotokseen olikin olennaista saada tiivistetyksi olennainen tieto, jota voi oikeasti käyttää hyödyksi avannepotilasta ohjatessa. Verkko-oppimateriaalin laatukriteerejä katsottaessa tiedon rajaaminen onkin yksi laatukriteereistä (Opetusministeriö 2006). Työmme keskeisiä aihealueita ovat paksu- ja ohutsuoliavannepotilaiden ravitsemuksen erot ja yhtenäiset piirteet, sekä ravitsemusohjaus.

Tuotoksessamme halusimme asioiden etenevän niin sanotusti kronologisessa järjestyksessä. Aloitamme tuotoksemme esittelemällä paksu- ja ohutsuoliavanteet lyhyesti, jotta oppijan olisi helpompi ymmärtää, mitä eroa ohut- ja paksusuoliavanteella on ja mistä erot ravitsemuksessa johtuvat. Tuotoksessa olemme myös kertoneet yleisimpiä indikaatioita suoliavanneleikkaukselle ja selittäneet, mistä syystä suoliavanne täytyy tehdä. Olemme myös halunneet tuotoksessamme kertoa, että suoliavanne voi olla pysyvä tai väliaikainen. Kaiken kaikkiaan suoliavanteiden esittelyä emme halunneet erityisesti painottaa, sillä työmme tarkoituksena on keskittyä suoliavannepotilaiden ravitsemukseen ja ravitsemusohjaukseen.

Lyhyen suoliavannetyyppien esittelyn jälkeen etenemme ravitsemukseen, joka tapahtuu heti leikkauksen jälkeen. Halusimme tuoda tiedon leikkauksen jälkeisestä ravitsemuksesta työhömmme, jotta lukija ymmärtää, että ravitsemus on hyvin erilaista leikkauksen jälkeen verrattuna jokapäiväiseen ravitsemukseen. Tässä osiossa kerromme, kuinka ravitsemus etenee suonensisäisestä ravitsemuksesta vaihe vaiheelta kohti tavallista suoliavannepotilaan enteraalista ravitsemusta. Olemme halunneet korostaa tässä osiossa, kuten läpi koko tuotoksen, ruokailutottumusten tärkeyttä oikeanlaisen ravinnon lisäksi. Lisäksi

olemme tähän osioon tuonut myös joitakin ohut- ja paksusuoliavannepotilaan leikkauksen jälkeisen ravitsemuksen eroja.

Leikkauksen jälkeisen ravitsemuksen jälkeen tuotoksemme etenee ohut- ja paksusuoliavanteiden ravitsemuksen yhtäläisyyksiin. Tässä osiossa käymme siis läpi avannepotilaiden ravitsemusta yleisesti. Myös tässä osiossa korostamme ruokailutottumusten tärkeyttä ja kerromme ruokakokeiluiden aloittamisesta ja periaatteista. Lisäksi kerromme yleisistä avannepotilaiden kohtaamista ongelmista ja kerromme, kuinka niitä voi hoitaa ravitsemuksen avulla.

Yleisen ravitsemusosion jälkeen tuotoksessamme kerrotaan ohut- ja paksusuoliavannepotilaiden ravitsemuksen erityispiirteistä. Erityisesti ohutsuoliavannepotilailla on vaikeuksia ravitsemuksen kanssa, joten myös tuotoksessamme on enemmän materiaalia ohutsuoliavannepotilaiden ravitsemukseen liittyen. Myös paksusuoliavannepotilaiden ravitsemuksesta on käyty läpi yleisimpiä ongelmia ja niiden hoitoa ravitsemuksen ja ruokailutottumusten avulla. Olemme halunneet myös tässä osiossa korostaa, että avanneleikatuille suositellaan mahdollisimman normaalia ravitsemussuosituksen mukaista ravitsemusta, eikä mitään ruoka-aineita ole syytä automaattisesti välttää.

Työmme keskeinen ydin varsinaisen ravitsemuksen lisäksi on suoliavannepotilaan ravitsemusohjaus, sillä halusimme korostaa pelkän tiedon lisäksi ohjausosaamisen tärkeyttä. Tuotoksessamme kerromme suoliavannepotilaan ravitsemusohjauksen peruseriaatteita ja tärkeimmistä sisällöistä, joita ohjauksessa tulee käydä. Lopuksi tuotoksessamme on vielä yhteenveto, joka kokoaa yhteen kaiken sen mitä tuotoksessa on aikaisemmin käyty läpi.

4.2.2 Ulkoasu

Valitsimme tuotokseemme yksivärisen ja yksinkertaisen taustan, sillä diaesityksen taustan tulee olla riittävän huomaamaton, eikä se saa kilpailla huomiosta esitettävän asian kanssa. (Lammi 2009, 58-59). Lammin (2009, 63) mukaan diaesitykseen voi periaatteessa valita minkä taustaväri tahansa. Tumma tausta antaa muodollisemman vaikutuksen, kun taas vaalea tausta on rennompi ja epämuodollisempi. Vaaleasta taustasta saa myös raik-

kaamman ja kirkkaamman yleisvaikutelman, joka sopii paremmin pieniin ja valoisiin tiloihin. Valitsimme tuotoksemme vaalean taustan, sillä halusimme diaesityksestä riikään ja sellaisen, että sen voi tarvittaessa myös tulostaa, sillä vaalea tausta sopii myös paremmin tulostettaviin dioihin. (Lammi 2009, 63; Silenti & Aarnio.)

Värivalinnoilla voi korostaa diaesityksen tärkeimpiä asioita (Lammi 2009, 66–67). Huonot värivalinnat taas voivat estää viestin välittymisen, sillä värit voivat tehdä esityksestä sekavan tai aiheuttaa ongelmia esimerkiksi punavihervärisokeille (Lammi 2009, 66–67; Silenti & Aarnio). Tämän vuoksi valitsimme tuotoksemme väreiksi selkeät ja helposti erottuvat värit. Värejä valittaessa pyrimme jäljittelemään Tampereen kaupungin värimaailmaa eli punaista ja vaaleaa, sillä värejä valitessa tulisi huomioida diaesityksen kohde-ryhmä ja diaesityksen edustama organisaatio. Värejä diaesityksessämme on neljä, joka onkin Lammin (2009, 66–67) mukaan ideaali määrä värejä diaesitykseen. Olemme käyttäneet joistakin väreistä myös erilaisia sävyjä.

Tehostekeinoina olemme käyttäneet erilaisia värityksiä ja kokoeroja korostamaan isoja ja tärkeimpiä kokonaisuuksia. Tehostuskeinomme etenevät johdonmukaisesti diasta toiseen, jolloin diaesityksen lukijan on miellyttävämpi seurata esitystä. Muita tehostekeittoja olemme kuitenkin käyttäneet tuotoksessamme säästellen, sillä ihmissilmä turtuu tehostekeittoihin, jos niitä käyttää liikaa. (Lammi 2009, 95.)

Diaesityksissä kannattaa tekstin lisäksi käyttää kuvia, sillä kuvat jäävät hyvin katsojan mieleen (Lammi 2009, 148). Tuotoksessamme olemmekin käyttäneet joitakin kuvia juuri helpottamaan mieleen painamista ja piristämään diasarjan yleisilmettä. Kuvan pohjalta katsoja saa myös havainnon asiasta suoraan ennen kuin on asiasta edes tarkemmin lukenut (Lammi 2009, 148). Tuotoksessamme olemme pyrkineet siihen, että kuvat rikastavat tekstiä ja kuvat ja teksti tukevat sujuvasti toisiaan, vaikka tuotoksemme aihe on sellainen, ettei siitä ole mahdollista saada kovinkaan paljoa havainnollistavia kuvia. Lammin (2009, 48) mukaan kuvien avulla lukija on myös mahdollista tavoittaa tunnetasolla tehokkaammin, mutta niiden valinnassa tulee kuitenkin ottaa huomioon diaesityksen värimaailma. Kuvien värimaailma ei saa riidellä diaesityksen muiden värien kanssa (Lammi 2009, 154). Olemmekin sovittaneet tuotoksemme kuvat hyvin muuhun diasarjaan sopivaksi sellaisiksi, että ne kiinnittävät katsojan huomion, mutta eivät ponnahta kuitenkaan liikaa esiin.

Diaesityksen värivalinnat ovat olennainen osa sen suunnittelua, sillä diojen tärkein tehtävä on jakaa tietoa ja se onnistuu vain silloin, mikäli asiat erottuvat diaesityksestä vaivattomasti (Lammi 2009, 74–77). Tuotokseemme olemme valinneet tumman tekstiväriin vaalealle pohjalle, sillä se helpottaa taustasta erottumista. Olemme myös värittäneet ylemmän tason otsikot tummemmalla kuin alemman tason otsikot, jotta aihekokonaisuudet erottuvat paremmin toisistaan. Olemme käyttäneet myös punaista väriä muun muassa korostamaan esityksen tärkeintä eli koko kokonaisuuden aiheita. (Lammi 2009, 70–71). Työssämme kaikki värit sopivat hyvin yhteen, eikä värejä ole käytetty liikaa. Olemme pyrkineet käyttämään värejä niin, että niissä on riittävä kontrasti, jolloin ne on helpompi erottaa (Silenti & Aarnio). Vastavärit eivät kuitenkaan sovi vierekkäin, joten olemme tuotoksessamme kiinnittäneet huomiota myös siihen. (Lammi 2009, 70–73.) Tuotokseemme olemme valinneet tekstin sävyksi lämpimän sävyn, sillä tekstin sävyn tulisi olla lämpimämpi kuin tuotoksen taustan (Lammi 2009, 72–73).

Värivalintoja miettiessä tulee kiinnittää huomioita myös erilaisiin kontrasteihin. Kontrastin merkitys on suuri, sillä sen avulla kuvaan saadaan eloa ja se on tehokas huomionherättäjä. Erilaisia kontrasteja voidaan luoda värien, kokoerojen ja muotojen avulla. Ilman kontrastia kuvassa ei ole eloa. (Lammi 2009, 111.) Tuotoksessamme erilaisia kontrasteja on luotu juuri värivalintojen ja erilaisten kokojen avulla. Näiden avulla pystyy myös hahmottamaan, mikä tuotoksessa on asian ydin ja mikä taas lisätietoa. Alla olevassa kuvassa (KUVA 2 Ulkoasu) on tuotoksemme ensimmäinen dia, josta käy ilmi tuotoksemme tyyli ja värimaailma.



KUVA 2 Ulkoasu

Oleellinen osa tuotoksemme ulkoasun suunnittelua oli oikeanlaisen fontin valinta, sillä tietynlaisiin kirjaimiin liitetään tietynlaiset mielikuvat ja erilaiset fontit sopivat erilaisiin tarkoituksiin. Myös luettavuus on yksi fontinvalinnan perusteista. Fontista tekee luettavan se, että kirjaimet erottuvat helposti toisistaan ja lukeminen on sujuvaa. Myös tikkukirjaimia pidetään helpommin luettavana kuin pienaakkosia. Diaesitykseen sopii parhaiten yksinkertainen ja pelkistetty fontti. (Lammi 2009, 82–91.) Lisäksi kirjaintyyleistä sopii parhaiten Groteski eli päätteetön kirjaintyyli, jossa kaikki viivat ovat suunnilleen saman paksuisia, sillä se erottuu paremmin päätteelliseen kirjaintyyliin verrattuna, kun tekstiä luetaan tietokoneen näyttöruudulta tai paperitulosteelta. (Lammi 2009, 87; Silenti & Aarnio). Tuotoksemme fonttivalinta on Century Gothic, joka on ulkoasultaan selkeä ja yksinkertainen. Century Gothic on kirjaintyyliiltään päätteetön kirjaintyyli, joka olikin yksi fontin valintaperusteista. Diaesityksessämme ovat otsikot kirjoitettu suuraakkosilla, suuremmalla fonttikoolla ja paksummilla kirjaimilla ja niin sanottu leipäteksti taas on kirjoitettu pienaakkosilla ja pienemmällä fonttikoolla, sillä näin työstä saadaan mahdollisimman harmoninen (Lammi 2009, 82–91). Työssämme olemme tietoisesti halunneet käyttää vain yhtä fonttityyliä.

Fontin tyylin lisäksi on fontin koko tärkeä osa tuotoksen ulkoasua. Diaesityksessä olevan tekstin tulisi erottua taustasta, jotta fonttia on vaivatonta lukea. Tuotokseemme valitsimme fontin, joka erottuu hyvin yksivärisestä taustasta. Myös diaesityksen fontin koon tulee olla riittävä, jotta sitä on vaivatonta lukea. Fontin koon tulisi olla vähintään 24, jonka vuoksi valitsimmekin leipätekstin kooksi 24. Myös pienempiä fontteja, kokoja 18–20 voi käyttää joissakin tapauksissa, kuten kuvateksteissä (Lammi 2009, 93; Silenti & Aarnio.) Tuotoksemme kuvatekstit ovat kokoa 18.

Varsinaisen tiedon lisäksi tuotoksessa tulee kiinnittää huomiota sen otsikointiin. Otsikoinnin tulee tukea muuta diaesitystä ja sen tarkoituksena on selkeyttää diaesitystä, sillä se vie lukijan huomion oikeaan asiaan ja kertoo mistä diaesityksessä on kyse. Otsikon tulee olla selkeästi erilainen kuin muun leipätekstin tai diaesityksen alaotsikoinnin, jotta lukijalla ei ole erehtymisvaaraa diaesitystä lukiessaan. (Lammi 2009, 96.) Tuotokses-
samme olemme erottaneet otsikot leipätekstistä hyödyntämällä erilaisia tekstin kokoja ja värityksiä. Pääotsikon koko on tuotoksessamme 68 ja väliotsikoiden koko taas on 40.

Lisäksi olemme laittaneet tuotoksen tärkeimpien osioiden otsikot omalle dialle, jotta otsikko saa riittävästi huomioita. Halusimme myös välttää liian täyden näköisten diojen tekemisen.

4.3 Toteuttamisen vaiheet

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen opinnäytetyön aiheseminaarilla, joka pidettiin alkusyksystä 2015. Aiheseminaarissa meille esiteltiin erilaisia eri työelämäyhteistyötahojen ja koulun omia aiheita. Saamamme aihe oli ainut haluamamme aihe ja saimmekin aiheen lopulta helposti, sillä muut eivät olleet kiinnostuneita siitä. Harjoittelimme ennen opinnäytetyön tekoa myös erilaisten opinnäytetöiden lukemista analysoimista. Tämän avulla opimme hahmottamaan opinnäytetyön erilaisia osioita, jolloin oman opinnäytetyön kirjoittaminen tuntui selkeämmältä.

Opinnäytetyön suunnitelman aloitimme myös syksyllä 2015 heti aihevalinnan jälkeen. Aihevalinnan jälkeen tapasimme nopeasti työelämäyhteistyötahomme ensimmäistä kertaa. Työelämäyhteistyötahon kanssa käydyssä palaverissa selkiytyi opinnäytetyömme aihe ja saimme kuulla tarkennuksia siitä, millaiselle tuotokselle heille on tarvetta. Suunnitelmaa tehdessä osallistuimme samalla metodiopintoihin, jossa käytiin läpi tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tekemistä. Syksyllä 2015 kävimme myös seuraamassa muutamia valmiiden opinnäytetöiden esityksiä, joista saimme ideoita omaan työhömmee. Opinnäytetyömme suunnitelma valmistui jouluna 2015 opinnäytetyön suunnitelmaseminaarisiin. Haimme lupaa työllemme heti tammikuussa 2016 ja saimme luvan vielä nopeasti samassa kuussa.

Luvan saamisen jälkeen aloitimme varsinaisen opinnäytetyön kirjoittamisen. Tapasimme työelämäyhteistyötahomme pari kertaa kirjoittamisen aikana, sillä halusimme nähdä heillä käytössä olevia ohjelehtisiä ja haastatella avannehoitajaa sekä ravitsemusterapeuttia. Saimme työmme teoriaosuuden valmiiksi keväällä 2016 opinnäytetyön käsikirjoitusseminaarisiin. Ennen käsikirjoitusseminaria selvisi myös tuotoksemme lopullinen muoto.

Kesällä 2016 pidimme suunnitelmasta poiketen taukoa opinnäytetyön tekemisestä muutamaa kirjoituskertaa lukuun ottamatta. Syksyllä kouluun palatessamme aloimme tehokkaasti kirjoittaa opinnäytetyötämme loppuun. Aloitimme myös tuotoksen tekemisen.

Syyskuussa 2016 viimeistelimme tuotoksemme ja otimme siihen kuvat, jonka jälkeen lähetimme tuotoksen työelämäyhteistyötaholle nähtäväksi ja arvioitavaksi. Opinnäytetyön raporttiosion saimme lopullisesti valmiiksi lokakuussa 2016, jonka jälkeen esittelimme työmme joulukuussa 2016. Työmme vaiheet on esitetty alla olevassa kuvassa (KUVA 3 Toteuttamisen vaiheet).



KUVA 3 Toteuttamisen vaiheet

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Vaikka opinnäytetyö ei ole virallinen tutkimus, on siinä käytetty tieteellisen tiedonhankinnan tutkimuksen teon keinoja. Opinnäytetyössä on käytetty asiallisia lähteitä ja se on ohjeistuksen mukaan toteutettu. Opinnäytetyölle on ohjeistuksen mukaan haettu lupaa opinnäytetyön suunnitelman avulla, joka oli liitettyinä lupahakemukseen. Koska opinnäytetyön aihe tulee Tampereen kaupungilta, on myös lupaa haettu sieltä. Työllemme myönnettiin opinnäytetyölupa hakemuksen perusteella. Opinnäytetyöstämme hyötyy työelämäyhteistyötaho eli tässä opinnäytetyössä Tampereen kaupungin hoitohenkilökunta, sillä tekemämme tuotos on Tampereen kaupungin hoitotyöntekijöiden käyttöön suunnattu.

Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeää, ettei lähteitä tai lähteistä otetun asian sanomaa väärin millään tavalla (Vilka & Airaksinen 2003, 70). Opinnäytetyötä tehdessämme ja lähteitä läpi lukiessamme olemme olleet hyvin lähdekriittisiä ja kiinnittäneet huomiota muun muassa lähteiden ikään ja siihen, että käytämme alkuperäislähdettä, sillä tämä lisää lähteiden luotettavuutta (Vilka & Airaksinen 2003, 73; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 93). Sijaislähdettä käytettäessä on riski, että alkuperäistä lähdettä on saatettu siteerata väärin, jolloin tieto liikkuu edelleen eteenpäin virheellisenä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 93). Työtä tehdessämme olemme joutuneet käyttämään muutamassa kohdassa sijaislähdettä, sillä alkuperäinen lähde on ollut mahdoton etsiä. Olemme myös kiinnittäneet huomiota siihen, ettemme plagioi suoraan kenenkään tekstiä, vaan poimimme lähteistä ainoastaan tietoa, jonka kirjoitamme opinnäytetyöhön omanlaisena tekstinä. Lähteitä käyttäessämme olemme kiinnittäneet paljon huomiota siihen, että tekstin asiasisältö ei muutu, sillä silloin käyttäisimme lähteitä virheellisesti. Olemme myös systemaattisesti kirjoittaneet lähteet ylös heti niitä käytettyämme, jotta voimme minimoida riskin lähteen mainitsemisen puuttumiseen. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet kattavasti suomalaisten lähteiden lisäksi useita englanninkielisiä lähteitä, jotka olemme suomentaneet tarkasti ja huolellisesti, sillä halusimme välttää mahdolliset käänkövirheet eri kielisiä lähteitä käyttäessämme.

Olemme käyttäneet opinnäytetyön tuotoksessa kuvia elävöittääksemme tekstiä ja helpottaaksemme asioiden mieleen painamista. Suurimman osan kuvista olemme itse kuvanneet, jolloin tekijänoikeudet kuviin ovat myös meillä, sillä kuvan oikeudet ovat yleensä kuvan ottajalla (Kuvasto 2006). Joitakin kuvia saimme avannesidosyritykseltä, joka antoi meille kirjallisen luvan käyttää heidän nettisivuillaan olevia kuvia. Jokaisessa opinnäytetyössä tai tuotoksessa esiintyvässä kuvassa on asianmukaisesti merkitty lähdeviite, jolloin on helppo tunnistaa, mitkä kuvat ovat meidän ottamia ja mitkä taas luvalla saatuja.

Opinnäytetyömme aiheesta ja toteutustavasta ei varsinaisesti ole suuria eettisiä ongelmakohtia, sillä emme ole esimerkiksi tutkimusmielessä haastatelleet ketään, jolloin vaarana voisi olla esimerkiksi haastateltavan tunnistettavuus opinnäytetyöstä. Koska emme toteuttaneet työssämme haastatteluja tai kyselyitä, emme myöskään ole voineet tulkita saamiamme tuloksia väärin. Lisäksi opinnäytetyömme aihe on sellainen, että raporttiin on helppo kirjoittaa asiatekstiä ilman, että tekstin sisältö ohjaisi kirjoittajan omat asenteet kirjoittamaansa asiaa kohtaan.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä itseopiskelumateriaalia avannepotilaan ravitsemusohjauksesta. Työssä käsitellään ensin ravitsemusta heti leikkauksen jälkeen, jonka jälkeen siirrytään yleisesti avannepotilaan jokapäiväiseen ravitsemukseen. Tämän jälkeen opinnäytetyössä perehdytään ohut- ja paksusuoliavannepotilaiden ravitsemuksen erityispiirteisiin. Lopuksi teoriaosuudessa käsitellään aiheeseen läheisesti liittyvää ohjausta hoitotyön näkökulmasta ja suoliavannepotilaan ravitsemusohjausta. Opinnäytetyöstä käy ilmi, millaista on suoliavannepotilaan hyvä ravitsemus, millaista on laadukas ravitsemusohjaus ja itseopiskelumateriaali, joka on Power Point -muodossa.

Kehittämisehdotuksena aiheesta voisi selvittää, kuinka hyvin tekemämme tuotos on palvellut Tampereen kaupungin hoitotyöntekijöitä. Esimerkiksi kyselytutkimuksella voisi kartoittaa hoitajien kokemuksia siitä, kuinka hyvin Power Point-esitys on palvellut heitä suoliavannepotilaiden ravitsemusohjauksessa. Lisäksi jatkossa voitaisiin tarkastella hoitajien valmiuksia antaa ravitsemusohjausta suoliavannepotilaille tuotoksen opiskelun jälkeen.

5.3 Pohdinta

Opinnäytetyöaihetta valitessamme kyseinen aihe oli ainut, joka meitä kiinnosti. Otsikointi oli tuolloin vielä melko avoin ja tiesimme ainoastaan, että opinnäytetyö tulee jontekin käsittelemään suoliavannepotilaiden ravitsemusta. Kiinnostuimme aiheesta, sillä olemme kumpikin kiinnostuneita suoliavannepotilaiden hoitotyöstä ja siihen liittyvistä asioista. Onneksemme haluamastamme aiheesta eivät olleet muut kiinnostuneita meidän lisäksemme, joten saimme aiheen, joka oli meidän ensimmäinen valintamme. Myöhemmin työelämäpalaverissa selvisi, että työelämäyhteistyötaho haluaa hoitotyöntekijöilleen aiheesta itseopiskelumateriaalia, joka on saatavilla Tampereen kaupungin intrassa. Opinnäytetyö tuntui meille mielekkäältä myös siksi, että halusimme luoda jotain konkreettista kyselyiden ja haastatteluiden sijaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa suoliavannepotilaiden ravitsemusohjauksesta itseopiskelumateriaalia, joka tulee Tampereen kaupungin hoitotyöntekijöiden käyttöön Tampereen kaupungin sisäisen intran avulla. Opinnäytetyön tarkoitus on toteutunut, sillä kuvaamme teoreettisessa viitekehyksessä niin suoliavannepotilaiden ravitsemusta, suoliavannepotilaiden ravitsemusohjausta kuin laadukasta itseopiskelumateriaaliakin. Sisältöjen pääkohdat olemme koonneet itsenäiseen tuotokseen, jota voi käyttää myös ilman opinnäytetyön raporttiosion lukemista.

Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kolmeen kysymykseen. Aluksi opinnäytetyössä käydään pienenä pohjustuksena aiheeseen, mikä on suoliavanne ja millaisia erilaisia suoliavanteita on olemassa. Tämän jälkeen vastataan kysymykseen, millaista on suoliavannepotilaan laadukas ravitsemus. Osio on jaettu ravitsemukseen välittömästi leikkauksen jälkeen, suoliavannepotilaan jokapäiväiseen ravitsemukseen yleisesti sekä ohut -ja pakusoliavannepotilaan ravitsemuksen erityispiirteisiin. Opinnäytetyössä käsitellään seuraavaksi vastaus kysymykseen suoliavannepotilaan laadukkaasta ravitsemusohjauksesta ohjaukseen liittyvän teorian avulla. Teoriaosiossa olemme ensin halunneet määrittää ohjauksen merkityksen hoitotyössä yleisesti, jonka jälkeen kerromme suoliavannepotilaan ravitsemusohjauksesta. Lopuksi vastaamme teoriaosuudessa vielä siihen, millaista on laadukas itseopiskelumateriaali hoitajien käyttöön kertomalla teoriaa siitä, millaista itseopiskelumateriaalia pidetään tutkitusti hyvänä.

Tavoitteena tälle opinnäytetyölle oli tuottaa materiaalia avannepotilaiden ravitsemukseen liittyvän osaamisen kehittämiseksi. Materiaalin avulla Tampereen kaupungin hoitotyöntekijät saavat varmuutta ohjata potilaita syömään terveellisesti potilaan tilanteen huomioiden. Tavoite on toteutunut, sillä olemme saaneet aikaan selkeän itseopiskelumateriaalin suoliavannepotilaan ravitsemusohjauksesta, joka on toteutettu lähteistä saatujen ohjeiden mukaan. Tuotos sisältää kattavasti tietoa niin suoliavannepotilaan ravitsemuksesta, kuin suoliavannepotilaan ravitsemusohjauksesta ja siihen on yhdistelty eri lähteistä saatuja tietoja siten, että siitä on tullut tiivis itseopiskelupaketti.

Käytimme teoriaosuudessa useita kansainvälisiä lähteitä, joiden aiheet liittyivät suoliavannepotilaiden ravitsemukseen. Aiheesta oli vaikeaa löytää kotimaisia tutkimuksia, sillä suurimmassa osassa tutkimuksissa suoliavannepotilaan ravitsemuksesta ei puhuttu lainkaan tai vain pienesti asiaa sivuten. Kaikissa kansainvälisissä lähteissä emme onnistuneet löytämään alkuperäistä tutkimusta, joten jouduimme käyttämään joissain tapauksissa sijaislähteitä. Kotimaisista tutkimuksista löysimme yhden tutkimuksen liittyen avannepotilaiden voimaannuttavaan ohjaukseen ja toisen tutkimuksen avannepotilaiden omaisiin liittyen. Käytimme tutkimuksia hyödyksi erityisesti suoliavannepotilaan ravitsemusohjausosiossa. Lähteemme ovat peräisin lehtiartikkeleista, erilaisista kirjallisuusmateriaaleista ja sähköisistä lähteistä. Lisäksi toteutimme ravitsemusterapeutin ja avannehoitajan haastattelun, josta saimme lisätietoa avannepotilaan ravitsemusohjauksesta.

Tiesimme jo työelämäpalaverin jälkeen, että tuotos tulee olemaan Power Point -muodossa. Tuotosta toteuttaessamme keskityimme etsimään tietoa siitä, millainen on hyvä PowerPoint -esitys, sillä halusimme perustella kaikki tuotoksen ulkoasuun liittyvät valinnat. Koska itseopiskelumateriaalin opiskelijat ovat jo työelämässä ja luultavasti tuntevat alan termejä, olemme olettaneet, että alan sanastoa ei tarvitse erikseen selittää. Tuotoksessa esiintyvä sanasto ei ole vaikeaa ja niiden selittäminen olisi tuonut vain turhaa pituutta tuotokselle, jonka pituuden halusimme pitää noin 30:ssa diassa.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli palkitsevaa, sillä opimme paljon hyödyllistä uutta tietoa suoliavannepotilaiden ravitsemuksesta. Suoliavanneleikkattuja on Suomessa kuitenkin huomattava määrä ja heitä hoidetaan gastroenterologisten osastojen lisäksi monilla muilla osastoilla. Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että suoliavannepotilaiden ravitsemusta on Suomessa tutkittu melko vähän ja eri lähteissä oleva

tieto saattaa vaihdella melko suurestikin. Suoliavannepotilaille on saatavilla paljon erilaisia oppaita, joissa puhutaan myös suoliavannepotilaiden ravitsemuksesta, mutta hoitotyön tutkittua tietoa on saatavilla erittäin vähän.

6 LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Bulman, J. 2001. Changes in diet following the formation of a colostomy. *British Journal of Nursing*. 10 (3), 179–86.
- Burch, J. 2006. Nutrition and the ostomate: input, output and absorption. *British Journal of Community Nursing*. 11 (8), 350–351.
- Burch, J. 2011. Providing information and advice on diet to stoma patients. *British Journal of Community Nursing*. 16 (10), 482.
- Cronin, E. 2013. Dietary advice for patients with a stoma. *Gastrointestinal Nursing*. 11 (3), 14,16,18–19.
- Dansac. 2015. Vinkit ja vihjeet. Kolostomia. Potilasohje.
- Eloranta, S., Vähätalo, M. & Johansson, K. 2009. Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus. *Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan*. 82 (8), 25.
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa, L. & Johansson, K. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva hoitotyö*. 8 (1), 9.
- Finnilco ry. 2015. Ohutsuoliavanne. Luettu: 16.11.2015. Saatavilla: <http://finnilco.fi/tieto/ohutsuoliavanne/>
- Freese, R. & Voutilainen, E. 2012. Vitamiinit ja kivennäisaineet sekä muut ravinnon yhdisteet. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) *Ravitsemustiede*. Keuruu: Otava.
- Fulham, J. 2008. Providing dietary advice for the individual with a stoma. *British journal nursing*. 17 (2), 24–25.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L & Hakala-Lahtinen, P. 2009. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Hytönen, I. 2013. IBD-opas. Crohn ja Colitis Ry.
- Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) 2009. Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Gummerus.
- Jäntti, M. 2014. Avanneleikatun ruokavalio. Ravitsemusterapeuttien Ry.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kara, R. 2009. Ravitsemussuositukset. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Gummerus.
- Karjalainen, K. Laadukasta verkko-oppimateriaalia tuottamassa. Luettu 9.1.2015. http://www.vopla.fi/tiedostot/Laatukasikirja/Oppimateriaali/laadukasta%20verkko-oppimateriaalia%20tuottamassa_final.pdf
- Keränen, V. & Penttinen J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell.
- Kuusela, U. (avannehoitaja) & Luostarinen, P. (ravitsemusterapeutti) 2016. Haastattelu 12.5.2016. Hatanpään sairaala.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti! Laadi selkeä esitys. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro Oy.
- Liimatainen, T., Koivula, M., Mattila, E. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Avanneleikattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitajakson aikana. *Hoitotiede*. 23 (3), 176,178.
- Lindroos, O. 2003. Tietoa avanteesta. Uudistettu ja tarkastettu painos. Turku: Kirjapaino Grafia Oy.
- Mutanen, M & Voutilainen, E. 2012. Ravintoaineiden imeytyminen, kuljetus, varastointi ja erityis. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Keuruu: Otava.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste M-L., Uotila, H & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskukseen, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Edita publishing.
- Opetushallitus. 2006. Verkko-oppimateriaalin laatuksiteerit. Luettu 25.4.2016. Saatavilla: http://www.oph.fi/download/47132_verkko-oppimateriaalin_laatuksiteerit.pdf
- Paasikivi, K. 2009. Avanteet. Teoksessa Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. 7. uudistettu painos. Helsinki: Dieetimedia Oy.
- Pikkarainen, P. 2012. Lyhytsuolisyyndrooma. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Keuruu: Otava.
- Richbourgh, L. 2012. Food fight: dietary choices made by people after stoma formation. *Gastrointestinal nursing*. 10 (4), 44, 48–49.
- Rautavaara-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saarnio, J., Pohju, A. & Ahtola, H. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. *Duodecim*. 130 (21), 2239–2244.

Salonen, J. 2015. B 12 -vitamiinin tai foolihapon puutos. Päivitetty 22.1.2015. Luettu 10.2.2016. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00788

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opettajille, opiskelijoille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Juvenes Print Oy.

Sand, O., Sjaastand, Ø., Haug, E., Bjälle, J. & Toverud, K. 2011. Ihminen fysiologia ja anatomia. 1. PAINOS. Helsinki: WSOY.

Seikku, L. & Remes, V. 2005. Tavallisimmat aikuisten gastrointestinaaliset stomiat. Suomen Lääkärilehti. 60 (3), 265–267. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.ez.to-kem.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=ohutsuoliavanne

Sica, J. & Burch, J. 2007. Management of intestinal failure and high output stomas. British journal of nursing. 16 (13). 774.

Silenti, M. & Aarnio, M. N.D. Hyvän esityksen piirteitä - ja mitä kannattaa välttää. TUKE, Helsingin Yliopisto.

Sirviö, P. 2014. Avannepotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Torpström, J. 2015. Ravitsemusterapeutti Jaana Torpström. FinnILCO 1/2015.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? 1. painos. Helsinki: Edita.