

Hanna Harju ja Jonna Kaspalo

**HOITAJIEN KOULUTUKSEN MERKITYS AVANNELEIKATUN SAAMAAN  
OHJAUKSEEN**

Yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston avanneohjaus avanneleikattujen arvioimana

# **HOITAJIEN KOULUTUKSEN MERKITYS AVANNELEIKATUN SAAMAAN OHJAUKSEEN**

Yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston avanneohjaus avanneleikattujen arvioimana

Hanna Harju ja Jonna Kaspalo  
Opinnäytetyö  
Kevät 2018  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma

---

Tekijät: Hanna Harju ja Jonna Kaspalo

Opinnäytetyön nimi: Hoitajien koulutuksen merkitys avanneleikatun saamaan ohjaukseen – Yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston avanneohjaus avanneleikattujen arvioimana

Työn ohjaajat: Kati Päätaalo ja Maarit Rajaniemi  
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2018

Sivumäärä: 57 + 5

Yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston hoitajia koulutettiin avannepotilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon ja ohjaukseen. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuvata avannepotilaiden omahoidon ohjauksen riittävyyttä ennen ja jälkeen hoitajien saaman koulutuksen. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää hoitajien ohjaamisosaamista ja sen myötä potilaiden saamaa avanneohjausta. Tutkimusongelmat olivat: Miten riittävää avannepotilaiden ohjaus oli heidän itsensä arvioimana ennen hoitajille suunnattua koulutusta, ja miten riittävää avannepotilaiden ohjaus oli heidän itsensä arvioimana hoitajille suunnatun koulutuksen jälkeen?

Tutkimuksen tietoperusta käsitteli avanteita ja potilaiden ohjausta koskevia tutkimuksia. Avannepotilaiden kokemuksia hoitajien antamasta ohjauksesta kerättiin vuoden 2016 aikana tekemällä kysely ennen ja jälkeen hoitajien saaman koulutuksen. Kummankin aineiston keruun aikana 14 osastolla hoidossa ollutta avanneleikattua vastasi kyselyyn. Tutkimus suoritettiin määrällisenä kyselynä, jonka olivat laatineet osaston työntekijät. Monivalintakysymysten vastaukset analysoitiin tarkastelemalla kyselyjen tuloksia erillisinä, koska tutkimuksen aineisto oli pieni. Tämän jälkeen ensimmäisen ja toisen kyselyn tulosten mahdollisia eroja tulkittiin vertailemalla niiden prosenttiosuuksia.

Tutkimuksen tulosten perusteella hoitajien koulutuksen merkitys vaihteli sen mukaan, mistä ohjaukseen liittyvästä aiheesta oli kysymys. Suurin merkitys hoitajien koulutuksella oli potilaan saamaan ohjaukseen ruokavaliosta ja suoliston toiminnasta: koulutuksen jälkeen valtaosa avanneleikatuista arvioi ohjauksen olleen riittävää. Siinä missä koulutuksen jälkeen vastanneista avanneleikatuista usea arvioi, että keskustelua avanteen vaikutuksesta minäkuvaan olisi voinut olla enemmän, koulutus myös lisäsi heidän määrää, jotka arvioivat keskustelumahdollisuudet riittäviksi. Usean aihepiirin kohdalla potilaiden arvio oli hyvin samankaltainen ennen ja jälkeen hoitajien koulutuksen. Tulokset olivat ristiriitaisia niiltä osin, mitä potilaat ovat saaneet harjoitella mielestään riittävästi osastolla. Sekä ennen että jälkeen hoitajien koulutuksen avanneleikatut olisivat kaivanneet lisää käytännön harjoittelua osastolla ollessaan. Kummankin kyselyn vastaajista pieni osa koki, ettei saanut jonkin aihepiirin tietoa tai ohjausta lainkaan.

Johtopäätöksenä voidaan esittää, että kirjallista ja suullista tietoa on tärkeä olla tarjolla riittävästi. Lisäksi avanneohjaus on toteutettava avanneleikatun omat toiveet, tarpeet ja lähtökohdat huomioiden. Näin varmistetaan, että jokainen potilas saa oman arvionsa mukaan riittävän määrän ohjausta. Hoitotyön kehittämisessä tutkimusperustainen hoitajien koulutus on keskeisessä roolissa. Hoitajien koulutuksella oli merkitystä, mutta myös uusia mahdollisia koulutuksen tarpeita ilmeni. Tämän vuoksi hoitajien avanneohjaukseen liittyvän koulutuksen olisi tärkeä olla jatkuvaa. Jatkotutkimuksissa avanneleikattujen kokemuksia ohjauksesta voisi tutkia esimerkiksi laadullisten menetelmien, kuten haastattelujen, avulla. Myös ohjausta antavien hoitajien arviot ja kokemukset avanneohjauksesta olisivat tärkeä tutkimusaihe.

---

Asiasanat: avanne, avanneleikkaus, hoitajien koulutus, hoitotyö, omahoito, potilasohjaus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree program in Nursing and Health Care

---

Authors: Hanna Harju and Jonna Kaspalo

Title of thesis: Significance of nurses' education to stoma guidance - University hospital's stoma guidance evaluated by stoma patients

Supervisors: Kati Päätaalo and Maarit Rajaniemi

Term and year when the thesis was submitted:

Spring 2018 Number of pages: 57 +5

---

University hospital's nurses of the surgical ward were trained in comprehensive care and guidance of patients with stoma. The purpose of the study was to describe the sufficiency of stoma guidance before and after the nurses' education. The aim of the study was to develop the nurses' guidance capability and, consequently, patients' guidance. The research problems were: From stoma patients' point of view, how was the stoma guidance before nurses' training, and after nurses' training?

The theoretical background of the research was based on researches about stomas and patients' guidance. Stoma patients' experiences were collected during the year 2016 by making a survey before and after the nurses' training. The questionnaire was made by the staff of the ward and it contained multiple-choice and open-ended questions. Each time, 14 randomly selected patients in the department 8 answered the questionnaire. During the data collection period 14 stoma patients who control-visited the department answered the questionnaire before and after nurses' training. The study was quantitative and answers to multiple choice questions were analyzed. Because the amount of data was small, the results of the questionnaires were considered separately. After that possible differences were analyzed by comparing the percentages.

Based on the results of the study, the importance of nurses' education varied depending on the subject of the counselling. Most importantly, nurses' education improved stoma guidance related to diet and intestinal wellbeing: after training, most of stoma patients estimated that the guidance was sufficient. After the education, many stoma patients evaluated there could be more discussion about how stoma influences in self-image. However, at the same time many patients evaluated there was enough discussion about that. For several subjects, the patients' evaluation were very similar before and after the nurses' education. The results were controversial in terms of what the stoma patients had to train while their stay at the department. As well before as after nurses' education stoma patients would have appreciated more practical training related to stoma. A small amount of respondents of both surveys felt that they did not receive any information or guidance at any topic.

The conclusions of the study are related to the fact that written and oral information are important and those should be sufficiently available. In addition, guidance of stoma patients must be carried out with respect to the patient's personal wishes and needs, and patient's status has to be paid attention. This will ensure that each patient receives an amount of guidance that is sufficient for him/her. When nursing is developed, research-based education plays a central role. Nurses' education was important, but also new potential educational needs were appeared. Therefore, it would be important that nurses' education related to guidance of stoma patients is continuous. In further studies stoma patients' experiences could be explored, for example, through qualitative methods such as interviews. Also, nurses' views and experiences about stoma guidance would be an important research topic.

---

Keywords: guidance of patients, nurses' education, nursing, self-care, stoma, stoma surgery

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	AVANTEET .....	8
2.1	Avannetyypit ja avanneleikkaukset .....	8
2.2	Avanteen kanssa eläminen .....	10
2.2.1	Ravitsemus .....	11
2.2.2	Ihon hoito .....	12
2.2.3	Ehkäisy ja raskaus .....	12
2.2.4	Seksuaalisuus ja parisuhde .....	13
2.2.5	Myöhäiset avannekomplikaatiot ja iho-ongelmat .....	15
2.2.6	Potilasjärjestö- ja tukihenkilötoiminta .....	19
2.3	Avanteiden omahoitoon ohjaaminen .....	19
2.3.1	Ohjaaminen hoitotyössä .....	19
2.3.2	Asiakkaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde .....	21
2.3.3	Onnistunut ohjaus hoitotyössä .....	23
2.3.4	Avanneohjauksen erityispiirteitä .....	24
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA .....	27
4	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	28
4.1	Aineiston keruu .....	28
4.2	Aineiston analyysi .....	30
5	AVANNEOHJAUKSEN RIITTÄVYYS POTILAIEN ARVIOIMANA .....	31
5.1	Tiedon määrä avanneohjauksessa .....	33
5.2	Avanteiden omahoidon ohjaus .....	38
5.3	Elämä avanneleikkauksen jälkeen .....	42
5.4	Ohjauksen ja harjoittelun riittävyys osastolla .....	47
6	POHDINTA .....	51
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	52
6.2	Jatkokehittämissideat .....	54
	LÄHTEET .....	55
	LIITTEET .....	58

# 1 JOHDANTO

Avanteista on kirjoituksia yli 2000 vuoden takaa (Burch 2008, 1). Avanne, josta käytetään yleisesti myös latinasta johdettua nimitystä stooma, on kirurgisesti vatsanpeitteiden läpi tehty aukko, jonka kautta suolen loppuosa on johdettu ihon pinnalle. Avanne toimii eritteiden ulostuloaukkona, jonka kautta uloste tai virtsa kerääntyy avannesidokseen, joka on kiinnitetty vatsanpeitteiden päälle. Avanneleikkausta käytetään useiden eri sairauksien hoitomenetelmänä, se voi olla pysyvä tai joissakin tapauksissa väliaikainen. Avanne ei siis ole sairaus vaan yksi tapa hoitaa sairautta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 12.)

Avanneleikkaukset ovat osa erikoissairaanhoitoa. Erikoissairaanhoidon vahvuudeksi Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen, Miettinen ja Kvist (2015) nostavat tutkimuksessaan erityisesti potilaiden erinomaiseksi arvioiman hoidon laadun: 77 % potilaista arvioi hoidon olevan laadultaan erinomaista. Yksittäisistä osa-alueista korostui henkilöstön ammatillisuus: 90 % katsoi sen olevan erinomaista. Laadun takeena puolestaan on henkilökunta, joka on motivoitunutta ja ammattitaitoista (Mäntynen 2015, 18–19, 27–28). Hoidon onnistumiseen ei kuitenkaan vaikuta pelkästään leikkauksen onnistuminen, vaan myös leikkauksen jälkeinen ohjaus. Avannepotilaan motivaation herääminen ohjaustilanteessa on tärkeää, jotta ohjaus onnistuisi ja potilaan aktiivinen rooli siinä toteutuisi (Liukkonen & Hokkanen 2003, 48–49). Toisaalta ohjauksen tavoitteiden olisi tärkeä nousta avannepotilaan omista tarpeista, ja toisaalta ohjauksen on tärkeä sisältää myös tiedon antamista (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25, 75). Avanneohjauksessa tämä tarkoittaa esimerkiksi tietoa ravitsemuksen ja ihonhoidon merkityksestä (Liukkonen & Hokkanen 2003, 85–87).

Katsaus suomalaiseen hoitotieteeseen osoittaa, että viimeaikaiset tutkimukset ovat kohdistuneet erityisesti lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin, terveysalan opiskelijoihin sekä sairaalapotilaiden hoitoon liittyviin asioihin ja hoitohenkilöstön työhön. Tutkimuksia ei juuri ole kuntoutuksesta ja ikääntyneiden hoitotyöstä. (Suhonen & Axelin 2013.) Avanneohjaus on kuitenkin ollut muutaman tutkielman aiheena, esimerkiksi Lifländer ja Mielonen (2007) tarkastelivat opinnäytetyössään virtsa-avannepotilaan ohjauksen rungon suunnittelua ja Liimatainen (2007) tutki pro gradu -tutkielmassaan avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaantia ja selviytymistä hoitojakson aikana läheisen kuvaamana.

Tutkimuksessamme olemme kiinnostuneita siitä, miten avannepotilaat arvioivat omahoidon ohjauksen riittävyyttä ennen ja jälkeen hoitajien koulutuksen. Tutkimuksen aineisto on Yliopistollisen sairaalan kirurgisella vuodeosastolla kerätty kyselyaineisto. Opinnäytetyön tuloksia tullaan hyödyntämään yliopistollisessa sairaalassa hoitajien koulutuksen kehittämisessä. Ohjauksen kehittäminen tutkimusperustaisesti on tärkeää kaikkialla, missä ohjausta tapahtuu, ja tutkimus tuottaa uutta tietoa tätä varten.

## 2 AVANTEET

Tässä luvussa tarkastellaan ensin avannetyyppejä ja avanneleikkauksia. Tämän jälkeen käsitellään asioita, jotka avanepotilaan on huomioitava arjessaan.

### 2.1 Avannetyypit ja avanneleikkaukset

Avanteet jaetaan yleisesti kahteen pääryhmään, joita ovat suoliavanteet eli enterostoomat ja virtsaavanteet eli urostoomat (Liukkonen & Hokkanen 2003, 27–28.) Tässä opinnäytetyössä käsittelemme suoliavanteiden hoitoa ja ohjausta. Suoliavanteita ovat ohutsuoliavanteet eli ileostoomat ja paksusuoliavanteet eli colostoomat, ja näistä nimistä käy ilmi mistä suolenosasta avanne on tehty (Burch 2008, 3). Käsite avanneleikattava viittaa henkilöön, jolle suunnitellaan avannetta kirurgisesti tehtäväksi. Avanneleikattu puolestaan tarkoittaa henkilöä, joka on jo leikattu ja kotiutunut sairaalasta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 13.) Kirsi Liukkonen ja Ulla Hokkanen (2003, 13) käyttävät kuitenkin käsitettä avanepotilas joko avanneleikattavasta tai jo avanneleikatusta henkilöstä, joka on edelleen sairaalahoidossa.

Avanneleikkauksia on tehty 1700-luvun loppupuolelta alkaen. 1900-luvulle asti tehtiin pelkästään paksusuoliavanteita, jolloin opittiin tekemään avanteita myös ohutsuoleen. 1950-luvulla avannekirurgia kehittyi nykyiseen muotoonsa, jossa suolenpää vedetään ulos omasta aukostaan ja ommellaan kiinni vatsanpeitteisiin. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 14–15.)

Suoliavanteita tehdään yksi- tai kaksipiippuisiksi. Yksipiippuisessa eli pääteavanteessa suolen loppuosa voi olla poistettu tai se voi olla ns. levossa esimerkiksi suolisauaman suojausta varten. Siinä suolenpää tuodaan vatsanpeitteiden läpi avanteeksi ihon päälle. Kaksipiippuisessa avanteessa suolen lenkki on nostettu vatsanpeitteiden päälle ja halkaistu avanteeksi, jonka alkuosasta erittyy uloste ja loppuosasta suolilimaa. Kaksipiippuinen avanne on usein väliaikainen ja se tehdään suojaamaan suolistossa alempana sijaitsevaa saumaa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 27–28.)



Riippuen sairaudesta tai vammasta, ohutsuoliavanteet voivat olla joko pysyviä tai väliaikaisia. Brooken ileostooma, jejunostooma ja loop-ileostooma ovat erilaisia ohutsuoliavannetyyppejä. Brooken ileostooma päädytään tekemään esimerkiksi haavaisen paksusuolentulehduksen eli colitis ulcerosan, Chronin taudin tai multippelin paksusuolen syövän vuoksi. Yhtä lailla syynä voi olla myös sädeaurioiden tai kasvaimen aiheuttama suolentukkeama, fisteli tai suolen puhkeaminen eli perforaatio. Brooken ileostooma tehdään kirurgisesti ohutsuolen viimeiseen kolmannekseen, minkä lisäksi leikkauksessa poistetaan sairaudesta riippuen useimmiten potilaan paksusuoli ja peräsuoli kokonaisuudessaan. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 29–30.) Väliaikainen avanne voidaan tehdä esimerkiksi kolmeksi kuukaudeksi turvaamaan suoliston paraneminen operaation jälkeen (Burch 2008, 4).

Mikäli Brooken ileostoomaa ei voida tehdä esimerkiksi ohutsuolen loppuosan vaurioitumisen kuten ohutsuolen kuolion takia, potilaalle tehdään jejunostooma. Jejunostooma joudutaan tekemään ohutsuolen yläosaan, ja tällöin haasteena on esimerkiksi eritteessä olevan syövyttävät ruuansulatusentsyymit. Loop-ileostooma on nykyään harvinaisuus, se tehdään kirurgisesti lähes aina väliaikaiseksi avanteeksi esimerkiksi yllättävän suolistoleikkauksen vuoksi tai suojaamaan eri syistä alemmas suolistoon tehtyä suolisaumaa. Erillisen muovisen sillan avulla varmistetaan, että suoli ei luiskahda vatsaonteloon, ja että kudokset alkavat kiinnittyä. Noin 7–10 vuorokauden kuluttua silta poistetaan, ja myöhemmin avanne voidaan myös sulkea. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 29–30.)

Paksusuoliavannetyypeistä yleisimmät ovat transversostooma ja sigmoideostooma, ja nämä voivat olla pysyviä tai väliaikaisia riippuen sairauden tai vamman laadusta. Transversostooma tehdään kirurgisesti esimerkiksi suolitukoksen, diverticuliitin tai anaalifistelin takia. Se voidaan tehdä myös suolianastomoosin vuoksi eli suojaamaan suolen saumaa leikkauksen jälkeen. Transversostooma on yleensä kaksipiippuinen ja se tehdään poikittaiseen paksusuoleen yleensä oikealle, navan yläpuolelle. Sigmoideostooma puolestaan on kaikista yleisin paksusuoliavannetyyppi, ja yleensä yksipiippuinen. Syitä sigmoideostoomaan ovat muun muassa peräsuolen syöpä, sädehoidon aiheuttama vaurio, trauma, fisteli tai suoliperforaatio. Toisin kuin transversostooma, sigmoideostooma tehdään laskevaan paksusuoleen, vasemmalle, navan alapuolelle. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 29–30.)

Avanneleikkauksen jälkeen – kuten muitakin leikkauspotilaita – avanneleikattuja seurataan yleisen käytännön mukaisesti. Tämän lisäksi avanneleikattujen toipumisen seurantaan liittyy muutamia

erityispiirteitä. Esimerkiksi avanteen väri kertoo verenkierrosta ja siihen liittyvistä mahdollisista häiriöistä. Verenvuodon on pysyttävä vähäisenä, ja turvotuksen tulisi laskea ensimmäisen viikon jälkeen. Näiden lisäksi tarkkaillaan avanteen eritystä. Jokaiseen avannetyyppiin voi lisäksi liittyä juuri kyseiselle tyypille ominaisia, erityisesti erityykseen liittyviä, seurattavia asioita. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 61–64.)

## **2.2 Avanteen kanssa eläminen**

Avanne on useimmiten pysyvä muutos avannepotilaan elämässä, ja tämän vuoksi aina jonkinlainen kriisi – jopa traumaattinen kriisi (Liukkonen & Hokkanen 2003, 40–41). Kriisit ja traumaattiset kriisit tarkoittavat äkillisiä, jopa järkyttäviä tapahtumia, ja niihin liittyviä sopeutumisprosesseja (Saari & Hynninen 2010, 43). Osalle avannepotilaista avanne kuitenkin on selkeä helpotus sairauden aiheuttamiin ongelmiin eli avannekriisin vakavuuteen vaikuttavat myös avanneleikkaukseen johtaneet syyt. Fyysisen paranemisen lisäksi avannepotilaan hoitajat ja läheiset ovat myös tärkeässä roolissa avannepotilaan psyykkisessä ja sosiaalisessa toipumisessa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 40–41.)

Liao ja Qin havaitsivat Pekingissä tehdyssä, avanneleikattujen elämänlaatua koskevassa tutkimuksessaan, että avanneleikatut kokivat hankaluuksia työelämässä ja sosiaalisissa tilanteissa sekä muutoksia kehonkuvassa ja seksuaalisuudessa. Itse avanteeseen liittyvistä ongelmista esiin nousivat avanteen vuotaminen ja avannepussin tyhjentämiseen ja vaihtamiseen liittyvät tekijät. Avanteen kanssa elämisen laatua tutkimuksen mukaan paransivat hyvä itsehoitoon ohjaaminen ja toivon antaminen avanneleikatulle. (Liao & Qin 2014, 196–200.) Sharpe, Patel ja Clarke ovat saaneet australialaistutkimuksessaan samankaltaisia tuloksia vertaillaessaan avanneleikattujen ja ei-avanneleikattujen suolistosyöpää sairastavien kehonkuvaa. Tutkimuksessa todettiin, että avanneleikatuilla on suurempi riski kokea ahdistuneisuutta ja sairastua masennukseen. (Sharpe, Patel & Clarke 2011, 395, 400–401.)

Mäkelän ja Niskasaaren Pohjois-Suomessa tekemän tutkimuksen mukaan avanneleikatun elämänlaatuun vaikutti myös potilaan sairaus ja sen vakavuus ennen leikkausta. Mikäli sairaus oli vakava ja sen oireet hankalat, potilaan elämänlaatu parani avanneleikkauksen jälkeen selvästi sairauden oireiden lieventymisen seurauksena. (Mäkelä & Niskasaari 2006, 26.)

Avanne ei estä työntekoa eikä harrastamista. Kaikkea voi tehdä – myös uida ja sauna. Avanteen kanssa elämiseen liittyy kuitenkin erityistä huomiota vaativia seikkoja. Seuraavaksi käsittelemme avanteen kanssa elämistä avannepotilaan ravitsemuksen, ihon hoidon, seksuaalisuuden, ehkäisy- ja raskauden kannalta.

### 2.2.1 Ravitsemus

Avanneleikkauksen jälkeen ravitsemus toteutetaan parenteraalisesti ensimmäisten vuorokausien aikana, jotta suolisto saa toipua leikkauksesta ja potilaan mahdollinen pahoinvointi ja oksentelu vältetään. Enteraalinen ravitsemus aloitetaan huomioiden potilaan vointi ja lääkärin ohjeet. Ravitsemus suun kautta aloitetaan vähitellen, jotta suoli ehtii tottua siihen. Alkuun tarjotaan pieninä annoksina muun muassa vettä ja mehua, jonka jälkeen nesteitä voi nauttia vapaasti. Seuraavaksi siirrytään nestemäiseen ruokaan ja sen jälkeen mahaleikatun ruokavalioon, jossa kaasua muodostavia ruoka-aineita vältetään. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2015, 532.) Suolistoleikkauksen jälkeen potilaalla on riski vajaaravitsemukseen, joten nestetasapainoa ja nestearvoja tulee seurata päivittäin. Jos ravitsemus ei ole riittävää, tulee sitä tukea nesteytyksellä ja lisäravinnejuomilla. (National Institute for Health and Care Excellence, viitattu 11.10.2017.)

Avanneleikatulla voi olla ongelmia esimerkiksi liian suolikaasun erittymisen, ripulin tai ummetuksen vuoksi. Näitä ongelmia voidaan ehkäistä ja hoitaa osittain ruokavaliolla, joka koostuu tavallisesta monipuolisesta ruuasta. Ravitsemusohjausta antavat yleensä avannehoitajat ja potilaan omahoitaja, myös ravitsemusterapeutin tapaaminen on mahdollista. Avanneleikatun on hyvä käyttää vain sellaisia ruoka-aineita, joiden hän tietää sopivan omalle vatsalleen. Uusia ruoka-aineita voi lisätä yksitellen, jotta mahdollisten oireiden aiheuttaja saadaan selville. Ruokapäiväkirjaa voi käyttää apuna seurannassa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 87–89.)

Avanneleikkauksen jälkeen suolisaumassa voi esiintyä turvotusta tai suolisauma voi jäädä joustamattomaksi, jolloin siihen voi takertua ruokaa ja nämä voivat aiheuttaa suolentukkeuman eli okklusion. Huolellinen pureskelu ja rauhallinen ruokailutahti voivat vähentää riskiä. Tiettyjä ruoka-aineita avanneleikatun on syytä varoa, esimerkiksi sitkeitä kalvoja tai kuoria, suuria kokonaisia siemeniä sekä karkeakuituisia raakoja kasviksia. Ohutsuoliavanneleikatun on tärkeää saada

riittävästi nesteitä ja suoloja, koska paksusuoli, jossa ne tavallisesti pääosin imeytyvät, on poistettu. Paksusuoliavanneleikatun ongelmana voi olla ajoittainen ummetus, jota voi ehkäistä ja hoitaa syömällä kuitupitoisia ruokia ja juomalla riittävästi. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 87–89.)

### **2.2.2 Ihon hoito**

Iho-ongelmia esiintyy enemmän ohutsuoliavanneleikatuilla, koska uloste on nestemäisempää kuin paksusuolesta erittyvä uloste. Kun avanteen paikka on hyvin suunniteltu ennen leikkausta, avannesidoksen vuotamisen riski vähenee ja iho-ongelmilta voidaan välttyä. (Mäkelä & Niskasaari 2006, 26.) Avannetta ympäröivän ihon hoito ja iho-ongelmien ennaltaehkäisy ovat erittäin tärkeitä avanneleikatun elämänlaadun kannalta. Avannesidos on hyvä poistaa hellävaraisesti, jotta se ei kuori ihoa ja aiheuta sen punoitusta tai jopa haavaumia. Aina sidosta vaihdettaessa on tärkeää puhdistaa avannetta ympäröivä iho haalealla vedellä ilman saippuaa, jotta avanteen eritettä ei jää iholle. Saippua ja liian kuuma vesi kuivattavat ihoa ja heikentävät näin ihon normaalia puolustusmekanismia. Avanneleikattu voi saunoa joko avannesidoksen kanssa tai ilman, suojaten avanteen kuumuudelta esimerkiksi pyyhkeellä. Avannetta ympäröivä iho ja avannesidos on suojattava auringolta. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 85–86.)

Avannetta ympäröivä iho on pesun jälkeen kuivattava huolellisesti taputtelemalla, ei hankaamalla, käyttäen esimerkiksi sideharsotaitoksia. Ilmakylpy kuivaamisen jälkeen on hyväksi iholle. Ihokarvat poistetaan sidoksen pysyvyyden varmistamiseksi. Avannesidoksen aukon koko täytyy tarkistaa sidoksen vaihdon yhteydessä etenkin alkuvaiheessa, jolloin avanteessa voi esiintyä turvotusta. Turvotuksen laskiessa avannesidoksen aukkokoon tulisi pienentyä, jottei avanteen erite pääse iholle ja aiheuta iho-ongelmia. (Hokkanen & Liukkonen 2003, 85–86.)

### **2.2.3 Ehkäisy ja raskaus**

Avanneleikattujen tulee huolehtia raskauden ehkäisystä, kuten ennen avanneleikkausta. Ehkäisytablettien kohdalla on tärkeä tietää, että samalla tavalla kuin muutkin lääkeaineet, myös ehkäisytabletit imeytyvät yleensä ohutsuolen alkupuolella. Imeytyminen saattaa olla siis lähes normaalia, jos avanne on vasta ohutsuolen loppupuolella. Ohutsuoliavanneleikattujen on kuitenkin

aina hyvä keskustella hoitavan lääkärin kanssa ehkäisystä ja lääkeaineiden imeytymisestä. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 110–111.)

Avanneleikkaus ei yleensä estä lasten hankintaa, mutta se on huomioitava lapsen saamista suunniteltaessa. Yleensä avanneleikattu voi synnyttää normaalisti alateitse, mutta on myös tilanteita, joissa keisarinleikkaus on suositeltava. Tämän vuoksi tulevasta raskaudesta on hyvä keskustella ensin oman gynekologin tai hoitavan lääkärin kanssa. Avanneleikatulla voi myös olla suolistosairauteen liittyvä pysyvä lääkitys ja tämän käytöstä raskauden aikana tulee myös neuvotella hoitavan lääkärin kanssa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 110–111.)

Raskausaikana vatsan kasvaessa avanne mataloituu ja voi jäädä kasvaneen vatsan alle näkymättömiin, ja tämä vaikuttaa avanteen sidontaan. Tämä on kuitenkin asia, joka voidaan huomioida raskauden edetessä käyttäen apuna matalalle avanteelle suunniteltuja sidoksia ja peiliä. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 110–111.)

#### **2.2.4 Seksuaalisuus ja parisuhde**

Seksuaalisuudella tarkoitetaan fyysistä halua, johon kuuluvat miehenä ja naisena oleminen, hellyys, turvallisuus, aistillinen mielihyvä, yhteenkuuluvuus, läheisyys, itsetunto ja avoimuus sekä rakkaus ja kumppanuus. Tasapainossa ollessaan seksuaalisuus on voimavara, joka voi tukea ihmisen fyysistä ja psyykkistä terveyttä. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 106.) Seksuaalisuuteen liittyviä asioita ohjataan systemaattisesti avanne- ja IPAA-potilaiden hoidon yhteydessä. Ohjausta antavat avannehoitaja sekä tarvittaessa lääkäri. Avannehoitajalla voi olla lisäksi seksuaaliterapeutin tutkinto, joten hän voi tarvittaessa antaa hoitoon liittyvää seksuaalineuvontaa. (Järvinen, Hautamäki-Lamminen & Kellokumpu-Lehtinen 2012, viitattu 11.10.2017.)

Kun ihmiselle on tehty avanne, hänen kehonkuvansa, käsitys itsestä ja omasta seksuaalisuudesta muuttuvat. Näihin muutoksiin ei vaikuta se, onko ihminen parisuhteessa vai ei – jokaisen ihmisen on itse läpikäytävä ne sopeutuessaan uuteen elämäntilanteeseen. Itsetunto ja omakuva ovat usein avanneleikatulla heikot ja kyky selvittää ja kohdata tilanne ei aina ole paras mahdollinen. Kun ihminen kasvaa aikuiseksi, hänen kehostaan tulee osa hänen omaa tuttua mieheyttään tai naiseuttaan, joka avanteen myötä saa uuden piirteen ja sen hyväksyminen on suuri haaste. Tämän haasteen selvittämisessä avannepotilas hyötyy hyvästä ja toimivasta parisuhteesta, jossa on totuttu

selviämään hankalustakin asioista puhumalla. Kuitenkin avanneleikkaus vaikuttaa aina parisuhteeseen, oli se miten toimiva tahansa. (Rosenberg-Ryhänen 2013, 23–25.)

Parisuhteessa yksi mahdollisuus on edetä portaittain avanteen kanssa elämään opetellessa aloittaen avanteen sidosten näyttämisestä ja niiden kanssa avun pyytämisestä päätyen – sitten kuin se molemmille osapuolille tuntuu luontevalta ja sopivalta – ensimmäiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen avanneleikkauksen jälkeen. Avoin keskustelu ja keskinäinen kunnioitus ovat avaintekijöitä sopeutumisvaiheessa. Mikäli parisuhteessa ei ole avointa puheyhteyttä, yksi mahdollisuus on keskustella esimerkiksi ystävän tai tukihenkilön kanssa. On hyvä muistaa, että toimiva ihmissuhde ei kaadu avanneleikkaukseen. (Rosenberg-Ryhänen 2013, 23–25.)

Uuden parisuhteen luominen voi tuntua avanneleikatusta vaikealta ja avanteesta kertominen nololta. Itsetunnon on oltava hyvä, jotta avanneleikattu uskaltautuu antautumaan mahdollisuudelle luoda uusia kontakteja. Avanteesta kertominen on kuitenkin tärkeää. Avanteesta kertomisen ajankohta uuden suhteen edetessä on henkilökohtainen valinta, eikä siihen ole valmista mallia. (Rosenberg-Ryhänen 2013, 23–25.)

Seksuaaliohjaus on osa avanneleikatun ohjausta, mutta se vaatii avannehoitajalta luovuutta ja herkkyyttä, koska ohjauksen tarve voi olla vaikeammin havaittavaa. Toisaalta avanneleikattava voi pyytää hoitajalta apua esimerkiksi seksiapuvälineiden käyttöön – tällaisissa tilanteissa avanneohjaus vaatii hoitajalta myös rohkeutta, ja ”hoitaja antaa potilaalleen vakuutuksen siitä, että hänen seksuaalisuuteen liittyvät ajatukset, tarpeet, tunteet ja toiminta ovat tavallisia ja luvallisia: näin potilas saa rohkeutta ja luvan toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan”. Seksuaaliohjaus on hyvä kirjata avanneleikatun hoitosuunnitelmaan. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 110–110.) Mäkelä ja Niskasaari ovat tutkineet avanneleikkauksen jälkeisiä ongelmia Pohjois-Suomessa. Heidän mukaansa seksuaaliohjauksessa tulisi huomioida myös itse avanneleikkauksen mahdollisesti aiheuttamat ongelmat: impotenssi, yhdyntäkivut ja hermovaurioiden aiheuttamat tuntopuutokset. (Mäkelä & Niskasaari 2006, 26.)

## 2.2.5 Myöhäiset avannekomplikaatiot ja iho-ongelmat

Avanneleikkauksen jälkeen voi tulla avannekomplikaatioita (taulukko 1) tai iho-ongelmia (taulukko 2). On tärkeää, että avanneleikkattu osaa näissä tilanteissa aina kääntyä avannehoitajan tai hoitavan lääkärin puoleen.

Taulukko 1. Avannekomplikaatiot ja niiden hoito. Lähde: Liukkonen & Hokkanen 2003, 99–101.

Avannekomplikaatio	Kuvaus	Hoito
Avannetyrä (Hernia parastomalis)	Leikkauksen jälkeen vatsanpeitteet voivat löystyä, ja vatsaontelon sisältöä pääsee pullistumaan vatsaontelon ulkopuolelle. Avannetyrä ilmenee pullistumana avanteen kohdalla työntäen avannetta ulospäin. Tämä voi aiheuttaa sidontavaikeuksia. Riskitekijöitä ovat liian varhainen ponnistelu leikkauksen jälkeen ja ylipaino.	Tyrävöiden käyttö, ja jos ne eivät auta, korjaava leikkaus.
Avanteen vetäytyminen (retraktio)	Avanne voi vetäytyä, jos ihoon kiinnittyminen leikkauksessa ei ole onnistunut, tai on ollut vaikeuksia saada suolta ylettymään avanteeksi asti. Vetäytyminen vaikeuttaa sidontaa ja sidokset voivat vuotaa erityisesti, jos potilas on makuuasennossa.	Matalan avanteen hoitoon suunniteltujen sidosten käyttäminen.  Jos avanteen vetäytyminen on aiheuttanut iho-ongelmia, korjaava leikkaus.
Avanteen ahtautuminen (stenoosi, striktuura)	Avannetta ympäröivän ihon kuroutuminen joko verenkiertohäiriön, infektion tai mukokutaanirajan ihorikon arpeutumisen vuoksi.	Korjausleikkaus, mikäli suolen tyhjentyminen vaikeutuu.
Avanteen esiin luiskahtaminen (prolapsi)	Ylösnoustessa, yskiessä ja ponnisteltaessa suoli työntyy ulospäin, mutta palautuu usein makuuasennossa. Tämä voi	Korjausleikkaus.

	aiheuttaa avanteen limakalvolle turvotusta ja verenkiertohäiriöitä sekä vaikeuttaa sidontaa.	
Avannefisteli	Crohnin tautia sairastaville, sädehoitoa saaneille ja sepsisten leikkauskomplikaatioiden jälkeen yleinen komplikaatio. Enterokutaanifistelissä yhteys on suolesta iholle, jolloin avanne on vaikea sitoa tiiviisti ja usein suolieritettä pääsee iholle.	Iholle avautuva enterokutaanifisteli voidaan sitoa avannesidoksella ja käyttää tiivisteinä pastaa ja ohutta ihonsuojalevyä.  Korjausleikkaus.
Ripuli	Ripuli on vakava tila erityisesti ohutsuolileikatuille, koska se voi johtaa nopeasti avanneleikatun kuivumiseen.	Riittävä nesteytys ja ripulijuomat. Mikäli ripuli pitkittyy tai aiheuttaa heikotusta, lämmönnousua ja vatsakipuja, on hakeuduttava lääkäriin.

Iho-ongelmien (taulukko 1) syynä ovat usein herkistyminen käytössä olevalle sidokselle, ihon kuorinta (stripping) sidosta poistettaessa, eritteiden pääsy iholle, ihosairaudet ja Crohnin tauti (fistelit). Ihon ärsytystä voivat aiheuttaa myös desinfektoiden, liuottimien ja saippuan käyttö. Jos yksiosaisista sidosta käytävällä avanneleikatulla ilmeinen iho-ongelmia, tulee hänen siirtyä käyttämään kaksiosaisista sidosta, jotta iho saa levätä sidosvaihtojen välillä. Iho-ongelmien valokuvaaminen helpottaa jatkuvaa seuranta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 102.)

Taulukko 2. Iho-ongelmat ja niiden hoito. Lähde: Liukkonen & Hokkanen 102–105.

Iho-ongelma	Kuvaus	Hoito
Eritevuodon aiheuttama ärsytys	Jos eritettä pääsee avannetta ympäröivälle iholle, se aiheuttaa ihon punoitusta. Syynä siihen on yleensä	Sidontaongelmissa tarkastetaan avanteen koko ja ohjataan potilasta



	<p>väärä sidonta: sidoksen aukkokoko on liian iso, avanne on matala, potilas on lihonut tai avanteen sijainti on huono esimerkiksi ihopoimun vuoksi.</p>	<p>leikkaamaan sopivan kokoinen reikä.</p> <p>Jos avanne on matala tai huonossa paikassa, rikkinäiselle iholle sirotellaan pulveria. Tiivisteenä voidaan käyttää erilaisia pastanauhoja ja otetaan käyttöön kupera Convex-levy.</p>
Ihonkuorinta eli stripping	<p>Jos sidos poistetaan kovakouraisesti ja nopeasti, se voi aiheuttaa avannetta ympäröivän ihon kuoriutumista sekä siitä johtuvaa ihon punoitusta ja jopa haavoja.</p>	<p>Ihon suojaaminen, tiheiden sidosvaihtojen välttäminen, kaksiosaiset sidokset ja oikeaoppinen sidoksen poistotekniikka.</p>
Karvatupentulehdus eli folliculiitti	<p>Jos ihokarvat repeytyvät irti sidosta poistettaessa tai ne poistetaan huolimattomasti, karvatupet voivat tulehtua. Tämä ilmenee punoittavina kohtina karvatuppien alueella. Voidaan välttää ajamalla ihokarvat puhtaalla karvanpoistokoneella kuivalta iholta myötäkarvaan.</p>	<p>Ihon suojaaminen ja tulehtunut alueen penslaaminen antibakteerisella metyleenisinellä.</p>
Psoriasis	<p>Monimuotoinen krooninen tulehdustauti, jota voi olla kaikilla, myös avannetta ympäröivällä ihoalueilla.</p>	<p>Psoriasisikseen käytettävää voidetta voi laittaa ohuelti aluslevyn alle, kunhan antaa sen imeytyä kunnolla ennen aluslevyn kiinnittämistä. Myös mahdollisia lääkevoiteita tulee laittaa ohuelti, koska</p>

		<p>kortisonin vaikutus moninkertaistuu sidoksen alla. Aurinko tekee hyvää psoriasisiholle, mutta avanne ja sitä ympäröivä iho on muistettava suojata auringolta</p>
Ihon hiivasieni-infektio	<p>Yleensä Candida-sienen aiheuttama infektio hautuneella ihoalueella.</p>	<p>Tärkeintä on ehkäisevä hoito: Ihon kuivaaminen huolellisesti ennen aluslevyn kiinnitystä. Ilmakylyt.</p> <p>Jos on epäily hiivasieni-infektiosta, otetaan aina viljelynäyte, jolla varmistetaan ärsytyksen aiheuttaja.</p>
Syylät, granulooma ja pseudoverrukoosinen reaktio	<p>Avanteen juuressa tai suolen limakalvolla esiintyvää syylämäistä liikakasvua, granuloomaa. Vaaraton, mutta voi vaikeuttaa sidoksen pysymistä.</p> <p>Pseudoverrukoosinen reaktio johtuu usein virtsan pääsystä iholla ja ilmenee myös pieninä nystyröinä avanteen juurella.</p>	<p>Ihomuutoksien varovainen penslaaminen laapiksella tai metyleenisinillä.</p>
Allerginen kontaktiekseema	<p>Nykyisin harvinainen avannesidokselle herkistyminen. Aiheuttaa punoitusta koko aluslevyn alueella.</p>	<p>Ihotautien erikoislääkärin konsultointi.</p>

## **2.2.6 Potilasjärjestö- ja tukihenkilötoiminta**

Finnilco ry on valtakunnallisesti toimiva avanneleikattujen yhdistys, joka auttaa avanneleikattuja ennen ja jälkeen avanneleikkausten tiedotuksen, sopeutumisvalmennuskurssien ja vertaistukihenkilötoiminnan avulla. Yhdistyksen toimintaan kuuluu myös edunvalvonta. (Finnilco 2017; Liukkonen & Hokkanen 2003, 112.) Pohjoismainen avanneleikattujen yhdistys Nordic Ostomy Association ja Kansainvälinen avanneleikattujen yhdistys IOA, International Ostomy Association pyrkivät parantamaan avanneleikattujen elämänlaatua maailmanlaajuisesti (Finnilco 2017; Liukkonen & Hokkanen 2003, 113).

Potilas- ja tukihenkilötoiminnasta tiedottaminen on osa avannehojausta. Avannehoitaja voi myös esimerkiksi auttaa avanneleikattua täyttämään kurssihakemuksen. Kursseilla on mahdollisuus myös vertaistukeen, koska siellä tapaa muita avanneleikattuja. Osa toiminnasta on suunnattu myös avanneleikattujen läheisille. (Finnilco 2017; Liukkonen & Hokkanen 2003, 113.)

## **2.3 Avanteiden omahoitoon ohjaaminen**

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa potilaan yksilöllistä ja henkilökohtaista ohjausta. Ohjauksen tavoite on potilaan itsehoitoisuuden kehittyminen. Potilaan motivoituminen ja osallistuminen on tärkeää ohjaustilanteessa. Ohjauksen suunnitteluun vaikuttaa käytössä olevat resurssit. Tärkeää on huomioida käytettävissä oleva aika sekä ohjaajan opetustaidot ja persoona. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 48–49.)

### **2.3.1 Ohjaaminen hoitotyössä**

Suomen laissa hoitotyöhön liittyvään ohjaukseen viitataan yleispiirteisesti määritellen tehtäviä, jotka liittyvät terveyteen. Suomen perustuslaki (731/1999) ja kuntalaki (410/2015) velvoittavat palveluiden olevan jokaiselle riittäviä – hoitotyöhön liittyvän ohjauksen voi tulkita osaksi tätä. Askeleen lähempänä hoitotyön käytännön tasoa ovat terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja

erikoissairaanhoidolaki (1062/1989): esimerkiksi terveysneuvontaa käsitellään terveydenhuoltolain pykälässä 13 ja lääkinnällistä kuntoutusta erikoissairaanhoidolain pykälässä 1. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista puolestaan kattaa paitsi asiakkaan oikeuden saada hoitoa myös oikeuden saada lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Myös tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus mainitaan laissa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5, 12, 16.)

Ohjauksen käsite on vaikea johtuen sen, että ohjausta käsitteenä ja sen synonyymejä käytetään kirjavasti. Koulutus, kasvatus ja valmennus käsitteinä ovat lähellä ohjausta. Ohjaaminen hoitotyössä -kirjan kirjoittajat painottavat ohjauksen tapahtuvan asiakkaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa määritellen sen ”asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä”. Sanakirjamääritelmiin verrattuna määritelmä korostaa asiakkaan aktiivista roolia. ”Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija. Hoitaja tukee häntä päätöksenteossa ja pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjaus on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, mutta se sisältää myös tiedon antamista, ellei asiakas itse ole kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen. Tuloksellinen hoitotyö voi vaatia useita ohjauksetoja.” (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Hoitotyön kentällä asiakkaan ohjaus kuuluu jokaisen hoitajan työhön. Asiakkailla on oikeus ohjaukseen, he usein tietävät laadukkaan hoidon merkityksen ja osaavat sitä vaatia. Siinä missä ohjaus on suunnitelmallista ja aikaa vievää työtä, hoitoaikojen lyhentymisen seurauksena ohjaukseen jäävä aika on vähentynyt. Tieto näyttöön perustuvista ohjaustavoista on erityisen tärkeää, jotta ohjaus onnistuu toivotulla tavalla. Esimerkiksi Käypä hoito- ja Hoitotyön suositukset sekä tietokannat, kuten Cochrane-kokoomatietokanta auttavat näyttöön perustuvan tutkimustiedon soveltamista hoitotyössä. Internetin käyttö toisaalta tarjoaa paljon mahdollisuuksia hoitotyöhön liittyvässä tiedonhaussa, mutta vaikeutena on arvioida, onko tieto tutkittua. Ohjauksen kuitenkin on perustuttava aina näyttöön, joten tiedonlähteellä on merkitystä. (Kyngäs ym. 2007, 5, 12, 56.)

Eloranta, Leino-Kilpi ja Katajisto (2014) tutkivat potilasohjauksen muutoksia hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tutkimukseen osallistui 623 hoitajaa vuonna 2001, ja 756 hoitajaa vuonna 2010. Vuonna 2010 hoitohenkilökunta arvioi potilasohjaustaitonsa keskimäärin paremmaksi kuin vuoden 2001 vastaajat. Yllättäen kuitenkin vain potilasohjauksessa käsiteltävän sisällön laajuus oli laajentunut tarkasteltuna ajanjaksona, ja muutos nähtiin myönteisenä kehityksenä. Muut osa-alueet – potilaiden ohjaustarpeiden arviointi, ohjauksen tavoitteiden määrittely, ohjauksen

tuloksellisuuden arviointi ja monipuolisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen olivat heikentyneet kyseisenä ajanjaksona. Tutkijat katsovat näiden kaikkien osa-alueiden olevan tärkeitä potilasohjauksen kehittämiskohteita, ja muun muassa hoitotyöntekijöiden koulutuksen olevan tämän vuoksi tärkeä ja paneutumista vaativa seikka. (Eloranta ym. 2014, 63-64, 69-70.)

### **2.3.2 Asiakkaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde**

Asiakkaan ja hoitajan ohjaussuhteessa kummallakin on asiantuntemusta: asiakkaalla omasta elämästään ja hoitajalla ohjauksesta ja ohjattavasta asiasta. Ohjauksen tarve kumpuaa ennen kaikkea asiakkaan tarpeista, ja tämän perusteella hoitajan rooli on arvioida hoidon tarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Fyysiset taustatekijät, kuten ikä ja sairaus, on huomioitava. Siinä missä ikääntyneiden kanssa työskennellessä esimerkiksi muistisairaudet ja aistielimiin liittyvät ongelmat on huomioitava ohjauksessa, on arvioitava myös asiakkaan läheisten mahdollinen osallistuminen ohjaukseen. Psykkisiin taustatekijöihin kuuluu muun muassa motivaatio. Esimerkiksi asiakas, joka on kova saunomaan, ei välttämättä ole motivoitunut oppimaan saunomiseen liittyvien rajoitteiden huomioimista. Sosiaaliset taustatekijät puolestaan tarkoittavat sitä, että asiakas on kohdattava osana ympäristöään. Esimerkiksi kulttuuriperustaiset asiat kuten tabut ja perinteet heijastuvat asiakkaan toimintaan. Asiakas voi myös kokea tarvetta suojata perhettä sairaudeltaan ja tämän vuoksi kieltää heitä olemaan mukana ohjaustilanteissa. Ohjausta suunniteltaessa on tärkeä taten huomioida myös sosiaaliset taustatekijät. (Kyngäs ym. 2007, 29–36.)

Vuorovaikutukseen asiakkaan ja hoitajan välillä kuuluu sanallinen ja sanatonta viestintä. Sanallisen viestinnän haasteita ovat sanojen vaihtelevat merkitykset eri ihmisille. Yli puolet viestinnästä on sanatonta – ilmeitä, eleitä, tekoja ja kehon kieltä – minkä vuoksi hoitajan on keskityttävä myös siihen, vaikka sen kontrollointi on haastavaa. Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen periaatteiksi voidaan laskea seuraavat asiat: hoitajalla on vastuu vuorovaikutuksesta, vuorovaikutus on tavoitteellista, asiakkaan kanssa neuvotellaan tavoitteista, vuorovaikutuksen rakenne joustaa tarpeen mukaan. Vuorovaikutussuhteessa asiakkaalle on aina myös annettava tilaa esittää mielipiteitä, jotka ovat ristiriidassa hoitajan antaman ohjauksen kanssa. Ohjaussuhteen onnistuminen vaatii myös hoitajan taustatekijöiden tunnistamista. Ohjausta on myös arvioitava jatkuvasti ja kehitettävä arvioinnin perusteella. Ohjauksen arviointi tukee myös hoitajan ammatillista kehittymistä ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007, 38–39, 41, 45.)

Ohjausprosessiin kuuluu myös eri vaiheiden kirjaaminen asiakkaan hoitokertomukseen. Ohjauksen tavoitteet, ohjauksen eteneminen, ohjauksessa käsitellyt asiat ja ohjauksen arviointi ovat kirjattavia asioita. Suunnitelmallisuus toteutuu vain kirjaamisen kautta. (Kyngäs ym. 2007, 45–46.) Kuusiston, Sarannon ja Asikaisen (2014) mukaan potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon on ensiarvoisen tärkeää, että myös potilaan jatkohoidon kannalta tärkeä tieto siirtyy. Esimerkiksi hoitotyön yhteenveto oli heidän tutkimuksensa mukaan hyvä väline tukemaan hoidon jatkuvuutta ja yhteistyötä hoitotyön ammattilaisten välillä. Tiedonkulun sujuminen oli yhteydessä myös hoitotyön henkilökunnan yhteistyötä koskevaan tyytyväisyyteen. (Kuusisto ym. 2014, 310-311, 314-315.)

Ohjausmenetelmää valittaessa on hyvä muistaa, että usean menetelmän käyttö varmistaa ohjauksen onnistumista. Asioiden kertomisen lisäksi kirjallinen materiaali tukee ohjausprosessia: arvioidaan, että kuulluista asioista muistetaan 10 prosenttia, nähdyistä 75 prosenttia, mutta kuulluista ja nähdyistä asioista 90 prosenttia. Ihmiset omaksuvat asioita eri tavoin, joten asiakasta on tärkeä auttaa tunnistamaan omat tapansa oppia. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Koska asiakkaat ovat sairaalassa usein mahdollisimman lyhyen ajan, kirjalliset ohjeet tai oppaat ovat tärkeitä. Jotta asiakkaalla on mahdollista ymmärtää kirjallisia ohjeita, ne on kirjoitettava ymmärrettävästi sekä sisällöllisesti että kieliasultaan. Selkeässä kirjallisessa ohjeessa on myös konkreettisia esimerkkejä siitä, miten asiakkaan tulee toimia. Kirjallisten ohjeiden lisäksi demonstraatio on avainasemassa. Demonstraatio tarkoittaa asian havainnollistamista ja konkretisoimista. Demonstroinnin tavoitteena on näyttää asiakkaalle, miten joku asia – kuten avannesidoksen vaihtaminen – tehdään. Demonstraatiossa huomioitavia asioita ovat muun muassa mahdollisimman samanlaisten välineiden käyttö, joita asiakaskin tulee käyttämään, ja asiakkaan käteisyys. Harjoitellessaan asiakas tarvitsee aikaa ja rauhaa. Päämääränä on, että harjoittelujaksojen jälkeen asiakas suoriutuu asiasta itsenäisesti. (Kyngäs ym. 2007, 124–130.)

Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari ja Papastavrou (2013) vertailivat tutkimuksessaan hoitajien ja potilaiden näkemyksiä potilaiden yksilöllisestä hoidosta ja sen toteutumisesta. Potilaat itse arvioivat, että heidän yksilöllisyyttään tuettiin parhaiten kliinisen tilanteen osalta. Sen sijaan henkilökohtaisen elämäntilanteen tukemisen potilaat arvioivat heikoimmaksi. Hoitajat arvioivat yksilöllisen hoidon parhaiten ja heikoiten toteutuneet osa-alueet samansuuntaisesti, mutta kuitenkin niin, että hoitajien arviot olivat potilaiden arvioita paremmat. Tutkijat pohtivat, merkitseekö käsite yksilöllinen hoito eri asioita hoitajille ja potilaille. Asiakaslähtöisyyden kehittämisessä tämä on tärkeä näkökulma. (Suhonen ym. 2013, 80–81, 85, 89–90.)

### 2.3.3 Onnistunut ohjaus hoitotyössä

Hyvä ja onnistunut ohjaus rakentuu tarpeellisten taustatietojen varaan. Ohjausprosessin alussa tunnustetaan, mitä asiakas jo tietää ja mikä on ohjausprosessin päämäärä. Kun asiakkaalla ja hoitajalla on yhteinen näkemys hoidosta ja asiakas on motivoitunut, asiakkaan sitoutuminen hoitoon paranee ja tyytyväisyys lisääntyy. Onnistuneen ohjauksen avaintekijöiksi voidaan laskea myös luottamuksellisuus ja arvostus hoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. (Kyngäs ym. 2007, 47–48.)

Hyvä ohjaus on myös motivoivaa ohjausta. Asiakasta rohkaistaan tutkimaan asenteitaan ja tutustumaan käsityksiinsä ja uskomuksiinsa. ”Motivoiva ohjaus perustuu empatian ilmaisemiseen, ristiriidan tuottamiseen, väittelyn välttämiseen, vastarinnan myötäilyyn ja pystyvyyden tunteeseen.” (Kyngäs ym. 2007, 49.)

Kähkönen, Saaranen ja Kankkunen (2012) tutkivat sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden ohjausta. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Hoitotyön ohjauksen osalta tulokset ovat kiinnostavia myös avanneohjausta tutkittaessa. Tutkimuksen mukaan potilasohjauksessa on kiinnitettävä erityistä huomiota ikääntyneiden ja yksin elävien henkilöiden pysymiseen ohjauksen parissa. Tulosten mukaan naisten ja miesten ohjaustarpeet olivat erilaisia, sillä naiset kaipaavat ohjausta määrällisesti enemmän. Kotiutusvaiheessa potilaalle tärkeintä on arjessa selviytymistä tukevan tiedon saanti. Muilta osin potilasohjauksen ajoitusta tutkijat kehottavat siirtämään sairaalavaiheen jälkeiseen aikaan. Sairaalassa annetun yksilö- tai ryhmäohjauksen tulokset eivät tutkimuksen mukaan ole vaikuttavia, koska potilaat saavat paljon tietoa, jota he eivät ymmärrä. Sen sijaan uudet, teknologia-avusteiset ohjausmenetelmät, kuten internetin välityksellä tapahtuva ohjaus, osoittautuivat paitsi tehokkaaksi myös kustannusvaikuttavaksi ohjausmenetelmiksi. (Kähkönen ym. 2012, 201–202, 204–206.)

### 2.3.4 Avanneohjauksen erityispiirteitä

Avannepotilaan omahoitoon ohjaamisen tavoitteena on, että avanneleikattu itsenäisesti tai läheisen tai kotisairaanhoidon avulla selviytyy avanteen hoidosta kotona. Ohjaustilanteessa keskeistä on tämän vuoksi avannepotilaan motivaation herääminen ja aktiivinen osallistuminen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 48–49.) Ohjauksen tavoitteet on välttämätöntä määritellä yhdessä asiakkaan oma näkemys huomioiden, jotta tavoitteet ovat asiakkaan saavutettavissa ja itsehoito onnistuu. Tavoitteet voivat olla sekä subjektiivisia, kuten sopeutuminen avanteen kanssa elämiseen, että objektiivisia, kuten sidoksen vaihtaminen. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Avanneleikatun lisäksi ohjaukseen voi osallistua myös hänen läheisensä. Yleisiä avanteiden omahoitoon ohjaamiseen vaikuttavia asioita ovat paitsi potilaan fyysiset ja psyykkiset valmiudet, myös ohjausresurssit. Lisäksi keskeisiä ovat käytettävät ohjausmenetelmät. Avannepotilaan ohjauksessa on kyse erityisesti taitojen opettamisesta, mutta ennen leikkausta avanneleikattavalle on tärkeä tarjota myös teoriatietoa asiasta. "Ohjattavan asian on oltava mielekästä, sitä on oltava sopiva määrä ja sopivaa vaikeustasoa suhteessa oppijan tietoihin ja taitoihin. Ohjattava asia on jäsennettävä niin, että ohjaus etenee loogisessa järjestyksessä." (Liukkonen & Hokkanen 2003, 48–49.) Useimmiten avannepotilaan ohjaus on yksilöohjausta. Yksilöohjaus mahdollistaa ryhmäohjausta paremmin asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen ja hänen motivaation tukemisen. Tämän seurauksena asiakkaat yleensä arvostavat yksilöohjausta. Yksilöohjauksen etuna on, että se on asiakkaan oppimisen kannalta tehokasta, haittana puolestaan, että se on hoitajalle aikaa vievää. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Avannepotilaan mielipiteiden huomioiminen osana ohjausprosessia on myös tärkeää. Osalle potilaista yhden ja saman työtavan käyttäminen koko ohjausprosessin ajan voi tuoda selkeyttä, toisille taas keskeistä voi olla sen ymmärtäminen, että "avanteen hoidossa voi käyttää luovuutta". (Liukkonen & Hokkanen 2003, 48–49.)

Avanteiden omahoitoon ohjaamista ei ole juuri tutkittu Suomessa. Teija Liimataisen (2007) pro gradu -tutkielman tutkimustulosten mukaan avannepotilaat ja heidän läheiset kokivat avanteenhoidon ohjauksen onnistuneeksi. Lyhyen sairaalajakson aikana ohjauksessa keskityttiin erityisesti avanteen hoidon ohjaukseen eikä niinkään avanteen kanssa elämiseen. Tämä kuitenkin oli avannepotilaiden ja heidän läheistensä mielestä hyvä ratkaisu. Lisäksi tutkimuksessa kävi ilmi, että ohjauksessa tärkeää oli ohjauksen yksilöllisyys ja avannepotilaalle mahdollisimman sopiva



ajankohta. Heti avanneleikkauksen jälkeen avanneleikattu on usein kipeä, väsynyt ja huonovointinen, minkä vuoksi ohjausta ei ole hyvä aloittaa aivan heti avanneleikkauksen jälkeen. (Liimatainen 2007, 32.)

Tanskalaisen tutkimuksen mukaan jo väliaikainen avanne aiheutti avanneleikatuille epävarmuuden tunteita, jotka liittyivät avanteen kanssa elämisen sosiaalisiin haasteisiin ja avanteen sulkemiseen. Tutkimuksessa korostui avanneleikattujen saaman ohjauksen ja avanteisiin liittyvän realistisen tiedon merkitys osana avanneleikattujen sopeutumista tilanteeseen. Tutkimuksen mukaan avanneohjauksessa olisi tärkeä keskittyä avanteen kanssa elämiseen liittyviin selviytymisstrategioihin. (Danielsen, Soerensen, Burchart & Rosenberg 2012, 1343, 1348–1350.)

J. Burchin Englannissa tekemän tutkimuksen mukaan avanneleikatut tarvitsevat avanteen kanssa selviytymiseen vaihtelevia tukitoimia, joiden toteuttamisessa hoitajalla on useita rooleja, muun muassa omahoidon ohjaaminen ja tuen antaminen. Tutkimus osoitti, että psyykinen sopeutuminen avanteen kanssa elämiseen on hidas prosessi, jossa terveydenhuollon ammattilaiset voivat olla suurena tukena ja apuna. (Burch 2013, 55, 60–62.)

Luvussa 2.3.2 käsiteltiin ohjaukseen vaikuttavia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia taustatekijöitä. Avanneohjaus tapahtuu usein sairaalaympäristössä, ja sairaalaympäristössä tapahtuvaan ohjaukseen voi laskea kuuluvan myös muita ympäristötekijöitä. Näitä ovat muun muassa hoitoyksikön siisteys ja lämpötila sekä ilmapiiri ja rauhallisuus. Tämän vuoksi tila, jossa ohjaus toteutetaan, on tärkeä. Asiakkaan ja hoitajan välinen fyysinen etäisyys ohjaustilanteen eri vaiheissa on myös asia, jonka kanssa on tasapainoitava. Sopivaksi välimatkaksi ohjaustilanteessa on arvioitu esimerkiksi puoli metriä, minkä lisäksi asiakkaan ja hoitajan olisi hyvä olla samalla tasolla; nämä eivät aina ole mahdollisia esimerkiksi avannesidoksen vaihtoa ohjattaessa. (Kynäs ym. 2007, 36–38.)

Ohjaussuhteessa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, missä määrin asiakas voi lopulta ottaa vastuuta omasta toiminnastaan. Rohkaisu vastuunottoon on hoitajan tehtävä – avanteen kanssa elämisessä riippuvuus ohjausta antavasta hoitajasta ei pidemmän päälle ole mahdollista. Hoitajan eteen voi tulla myös tilanteita, joissa potilas on hyvin passiivinen. Tällöin ”hoitajan on otettava vastuu ja käytävä läpi ne perusasiat, jotka hän katsoo välttämättömiksi”. (Kynäs ym. 2007, 41–42.) Vaikeita tilanteita ovat myös ne, joissa avanneleikattu tekee virheitä avanteen hoidossaan.

Hoitajan tulee puuttua näihin virheisiin samalla muistaen, että persoonalliset tavat hoitaa avannetta ovat kuitenkin sallittuja. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 93.)

### 3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata avannepotilaiden omahoidon ohjauksen riittävyttä ennen ja jälkeen hoitajien koulutuksen. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitajien ohjaamisaamasta ja sen myötä potilaiden saamaa avanneohjausta.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten riittävää avannepotilaiden ohjaus oli heidän itsensä arvioimana ennen hoitajille suunnattua koulutusta?
2. Miten riittävää avannepotilaiden ohjaus oli heidän itsensä arvioimana hoitajille suunnatun koulutuksen jälkeen?

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä luvussa kuvataan aineiston keruuta ja aineiston analyysia.

### 4.1 Aineiston keruu

Yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston hoitajia koulutettiin avannepotilaiden hoitoon ja ohjaukseen liittyen. Hoitajista osa oli sairaanhoitajia ja osa lähihoitajia. Koulutus oli järjestetty kahden luennon luentosarjana niin, että se sisälsi lääkäreiden ja avannehoitajien luennot. Lääkärit olivat avanteita tehneitä kirurgeja. Avannehoitajat olivat sairaanhoitajia, jotka ovat erikoistuneet avanteiden hoitoon. Tätä opinnäytetyötä varten ei ollut mahdollista saada käyttöön koulutuksessa käytettyä materiaalia. Koulutuksen käyneet avannehoitajat kertoivat koulutuksen luentojen sisältäneen tietoa avanteista ja avanteiden hoidosta. Sen sijaan koulutus ei sisältänyt teoriatietoa ohjauksesta.

Avannepotilaiden kokemuksia hoitajien antamasta hoidosta ja ohjauksesta kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen olivat laatineet kirurgisen vuodeosaston työntekijät. Kyselylomakkeen laatijat olivat pyrkineet sisällyttämään lomakkeeseen kysymyksiä niistä tiedoista, jotka avannepotilaan tulisi avanteista tietää, ja niistä taidoista, joita avannepotilas tarvitse avannetta hoitaessa.

Aineisto kerättiin kahdessa osassa niin, että jälkimmäinen osa tapahtui hoitajien koulutuksen jälkeen. Aineiston keruun ensimmäisessä vaiheessa keväällä 2016 paperinen tutkimuskysely jaettiin lähtökohtaisesti kaikille tämän aineiston keruun ajankohtana osastolla kontrollikäynnillä olleille avanneleikatuille henkilöille. Kuitenkin tutkittavien joukosta rajattiin pois henkilöt, joiden terveydentila hoitajien arvion mukaan olisi estänyt kyselylomakkeeseen vastaamisen. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi muistisairaavat avanneleikatut eivät saaneet mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Otantaa ei kuitenkaan voi pitää satunnaisena (vrt. Valli 2007, 113), koska tutkittavien joukosta pois rajautuneet henkilöt eivät olleet satunnaisesti valittuja.

Kaikki kyselyn saaneet avanneleikatut vastasivat kyselylomakkeeseen ja palauttivat sen joko kontrollikäynnin lopuksi tai seuraavalla käynnillä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja se

tehtiin nimettömänä eli yksittäistä vastaajaa ei voitu tunnistaa. Avanneleikatuille korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta heidän jatkohoitoonsa. Hoitajien koulutuksen jälkeen syksyllä 2016 aineistoa kerättiin vastaavalla tavalla sama määrä kuin kyselyn ensimmäisessä osassa eli kyselylomake jaettiin 14 henkilölle, joista jokainen myös osallistui tutkimukseen.

Raine Valli (2007, 102) kirjoittaa kyselylomakkeesta perinteisenä tapana kerätä tutkimusaineistoa. Kyselylomaketutkimukset eroavat toisistaan esimerkiksi sen mukaan, ovatko tutkijat paikalla aineistonkeruutilanteessa ja vastaavatko tutkittavat kyselytutkimukseen yksittäin tai yhtenä suurena joukkona. Kyselytutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat muun muassa kysymysten onnistuminen: yksiselitteiset kysymykset, jotka eivät johdattele, ovat hyviä. (Valli 2007, 102–103.) Avanneleikatuille jaetun kyselylomakkeen alussa kysyttiin taustakysymyksiä sukupuoli, ikä, minkälainen avanne teille on tehty, ja onko leikkaus tehty suunnitellusti vai päivystyksellisesti (liite 1). Nämä kysymykset toimivat paitsi taustatietojen kartoittajina myös nopeasti vastattavina kysymyksiä helpottaen seuraaviin kysymyksiin vastaamista (Valli 2007, 103).

Kyselylomakkeessa oli taustakysymysten lisäksi 17 kysymystä ja kohta vapaille kommenteille. Valtaosa kyselylomakkeen kysymyksistä liittyi avannepotilaan saamaan avanneohjaukseen, avanneohjauksen riittävyteen ja siihen, ketkä avanneohjausta antoivat. Jokaisen kysymyksen jälkeen oli jätetty tilaa, jonne vastaaja voi halutessaan kirjoittaa vapaita mieleen tulevia asioita ja kommentteja. Tämä mahdollisuus oli erikseen mainittu kyselylomakkeessa. Lisäksi kyselylomakkeen lopussa oli kohta "Vapaita kommentteja". (Liite 1.) Tässä tutkimuksessa kuitenkin aineistona on vain kyselylomakkeen monivalintakysymysten vastaukset, eivät vastaajien mahdolliset kommentit. Vapaat kommentit olivat vain osaston sisäistä käyttöä varten eikä niitä analysoida tässä tutkimuksessa.

Kyselylomake oli printattuna noin kolme sivua pitkä. Lomakkeen pituus on yksi tutkimuksessa huomioitavista seikoista, koska liian pitkä lomake saattaa joko saada vastaajan luopumaan vastaamisesta tai vaikuttaa niin, että viimeisiin kysymyksiin vastaaja ei vastaa huolellisesti, jolloin tutkimuksen luotettavuus kärsii (Valli 2007, 104). Toinen huomioitava seikka on se, että kysymysten tulee olla ymmärrettäviä eli esimerkiksi vierasperäisiä sanojen käyttö ei ole aina sopivaa (Valli 2007, 103). Kyselylomakkeessa (liite 1) ei ollut vierasperäisiä sanoja.

Kyselylomakkeeseen kuuluu myös mitta-asteikon valinta (vrt. Valli 2007, 115). Kyselylomakkeessa (liite 1) osa taustatietoja koskevista kysymyksistä sisälsi valmiit vaihtoehdot (sukupuoli, ikä, onko leikkaus tehty suunnitellusti vai päivystyksellisesti). Taustatietokysymyksistä "Minkälainen avanne Teille on tehty?" puolestaan oli avokysymys. Kyselylomakkeessa (liite 1) avanneohjaukseen liittyvissä kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat "riittävästi", "jonkin verran" ja "ei lainkaan". Valli (2007, 116) korostaa, että mitta-asteikkoon ei hänen mielestään ole aina välttämätöntä sisällyttää "en osaa sanoa" -kategoriaa, koska jos vastaajalla ei ole mielipidettä asiasta, hän voi jättää vastaamatta kysymykseen.

## **4.2 Aineiston analyysi**

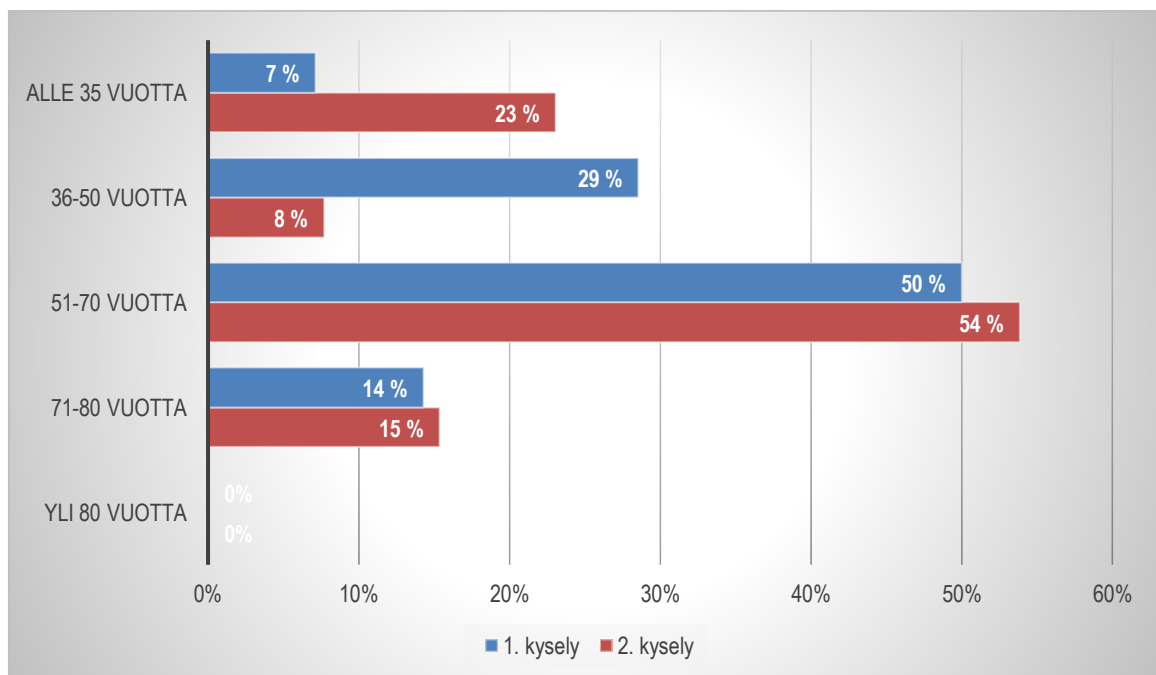
Tutkimus on määrällinen, ja aineistoa analysoidaan frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Kyselylomakeaineistot (kummassakin 14 lomaketta) analysoidaan erillisinä. Aineiston analyysin apuna käytetään Webropol-kysely- ja raportointiohjelmaa. Saatuja tuloksia vertaillaan – mikä on mahdollisesti muuttunut ja mihin suuntaan.

## 5 AVANNEOHJAUKSEN RIITTÄVYYS POTILAIEN ARVIOIMANA

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen tulokset eli miten avanneleikatut potilaat itse arvioivat saamansa ohjauksen riittävyyttä ennen ja jälkeen hoitajien koulutuksen. Aluksi käydään läpi kyselyihin vastanneiden henkilöiden taustatietoja. Sen jälkeen tuloksia tarkastellaan seuraavasti: tiedon määrä avanneohjauksessa, avanteiden omahoidon ohjaus ja elämä avanneleikkauksen jälkeen.

Ensimmäiseen kyselyyn vastanneista miehiä oli 75% ja naisia 25%. Toiseen kyselyyn vastanneista miehiä oli 50% ja naisia 50%. Tällä hetkellä ei ole tutkittua tietoa tai tilastoja siitä, onko avanneleikkaus yleisempää miehillä vai naisilla (Lausmaa & Takala, keskustelu 8.12.2017). Tässä tutkimuksessa tuloksista ei käy ilmi erikseen miesten ja naisten vastaukset. Kähkösen ym. (2012) tutkimuksessa naiset kaipasivat ohjausta miehiä enemmän.

Vastaajien ikä on kuvattu kuviossa 1. Vastaajien ikä jakaantui ensimmäisessä kyselyssä niin, että alle 35-vuotiaita oli 7 %, 36–50-vuotiaita 29 %, 51–70-vuotiaita 50 % ja 71–80-vuotiaita 14 %. Toiseen kyselyyn vastanneista alle 35-vuotiaita oli 23 %, 36–50-vuotiaita oli 8 %, 51–70-vuotiaita oli 54 % ja 71–80-vuotiaita 15 %. Kummassakaan kyselyssä kukaan vastaajista ei ollut yli 80-vuotias. Siitä minkä ikäisille avanneleikkauksia eniten tehdään, ei ole tällä hetkellä tutkittua tietoa eikä tilastoa (Lausmaa & Takala, keskustelu 8.12.2017).

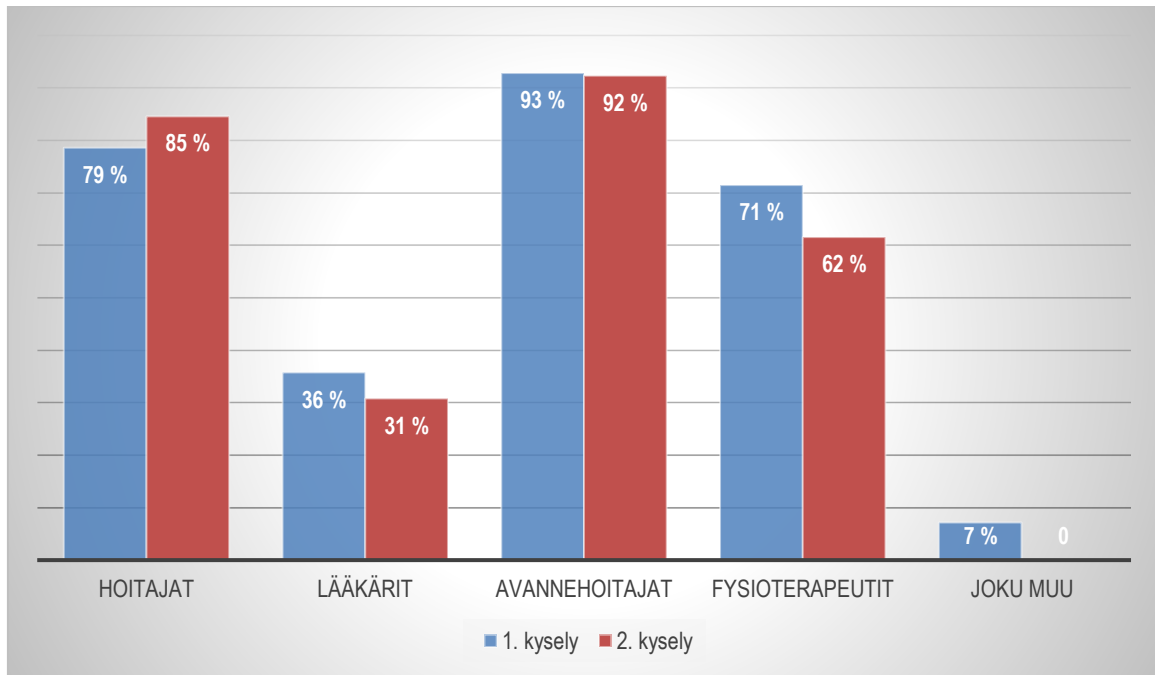


## Kuvio 1. Vastaajien ikä.

Sekä ensimmäisen, että toisen kyselyn kaikille vastaajille avanne oli tehty suunnitellusti eli kyselyssä ei ollut yhtään vastaajaa, jolle avanne olisi tehty päivystyksellisesti. Sillä, onko leikkaus tehty suunnitellusti vai päivystyksellisesti ja millainen sairaus leikkausta on edeltänyt, vaikuttaa avanneleikatun psyykkiseen toipumiseen. Suunnitellusti tehty avanneleikkaus mahdollistaa myös avannehoitajan ohjauksen ennen leikkausta, mikä puolestaan tukee potilaan sopeutumista avanteen tuomaan elämänmuutokseen ja parantaa potilaan itsehoitoisuutta leikkauksen jälkeen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 35–37.)

Kuviossa 2 esitetään avanneohjausta osastolla antaneet työntekijät. Ensimmäisen kyselyn vastaajista ohjausta olivat saaneet hoitajilta 79 %, lääkäreiltä 36 %, avannehoitajilta 93 %, fysioterapeuteilta 71 % ja joiltain muilta 7 %. Toisen kyselyn mukaan ohjausta oli saanut hoitajilta 85 % joka oli 6 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäiseen kyselyyn vastanneista. Lääkäreiltä ohjausta oli saanut vastaajista 31 % joka oli 5 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Avannehoitajilta ohjausta oli saanut 92 % vastaajista, joka oli vain 1 prosenttiyksikkö vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Fysioterapeuteilta ohjausta oli saanut toisen kyselyn mukaan 62 % vastaajista, joka oli 9 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Toisessa kyselyssä muilta tahoilta ohjausta ei ollut tullut lainkaan. Työntekijöitä vertailemalla ei kuitenkaan voi tulkita, selittävätkö nämä pienet erot ensimmäisen ja toisen kyselyn vastausten mahdollisia muita eroja.

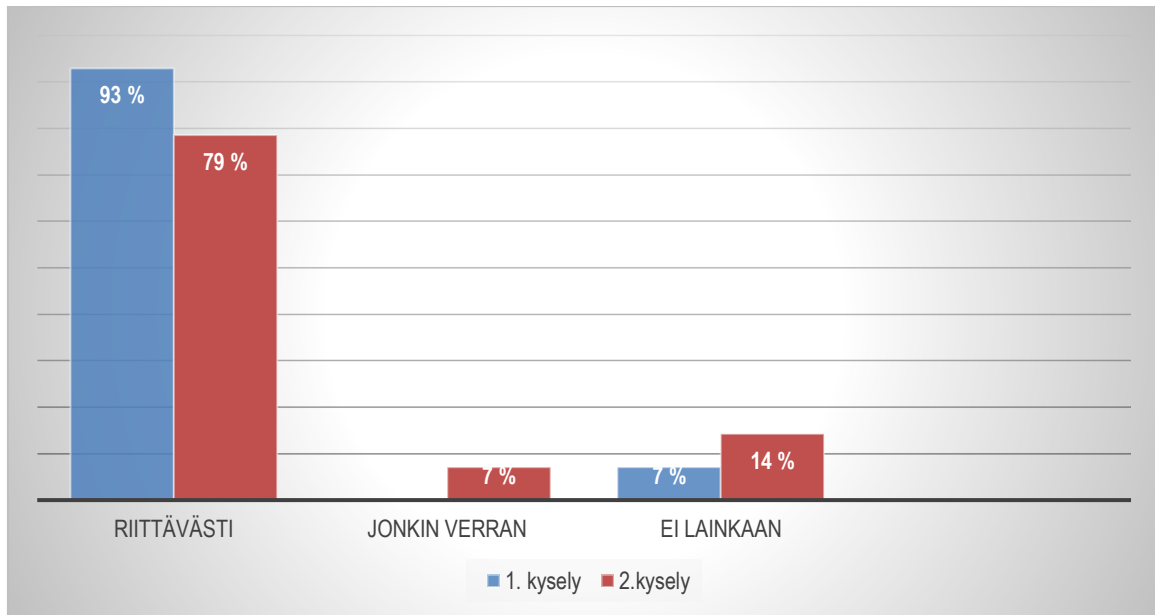




Kuvio 2. Avanneohjausta osastolla antaneet työntekijät.

### 5.1 Tiedon määrä avanneohjauksessa

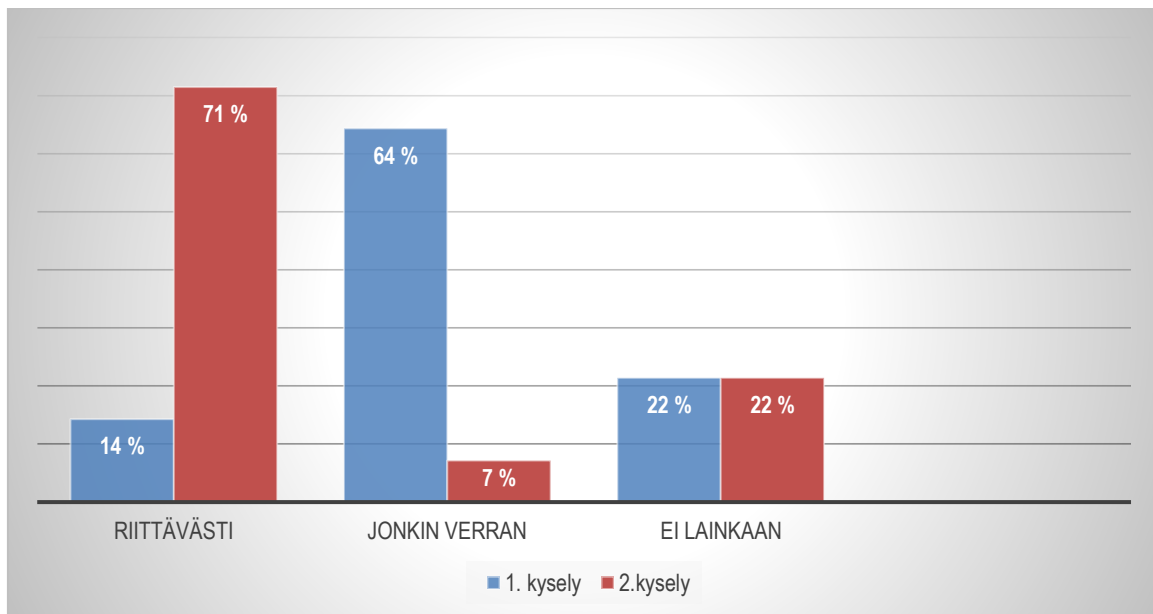
Syistä joiden vuoksi avanne oli potilaille tehty, sai osastolla ensimmäisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa 93 %, jonkin verran avanteeseen johtavista syistä tietoa sai 0 % ja tietoa ei saanut lainkaan 7 % vastaajista (kuvio 3). Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa sai 79 % vastaajista, joka oli 14 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa saaneita oli 7 % joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja tietoa ei saanut lainkaan 14 % vastaajista, joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.



Kuvio 3. Osastolla saadun tiedon määrä avanneleikkaukseen johtaneista syistä.

Valtaosa – mutta eivät kaikki – kokivat saaneensa tietoa riittävästi avanneleikkaukseen johtaneista syistä. Lisäksi riittävästi tietoa saaneiden määrä on avannehoitajien koulutuksen jälkeen pienempi kuin ennen koulutusta. Tulos on siinä mielessä yllättävä, että kyselyyn vastanneista jokaiselle avanneleikkaus oli tehty suunnitellusti. Suunniteltu avanneleikkaus tehdään esimerkiksi syövän seurauksena (Liukkonen & Hokkanen 2003, 29–30), ja ohjausprosessissa fyysiset taustatekijät, kuten sairaus, on aina tärkeä huomioida (Kyngäs 2007, 30). Tuloksista ei käy ilmi, miksi osa vastaajista koki, että osastolla avanneleikkaukseen johtaneista syistä ei keskusteltu lainkaan.

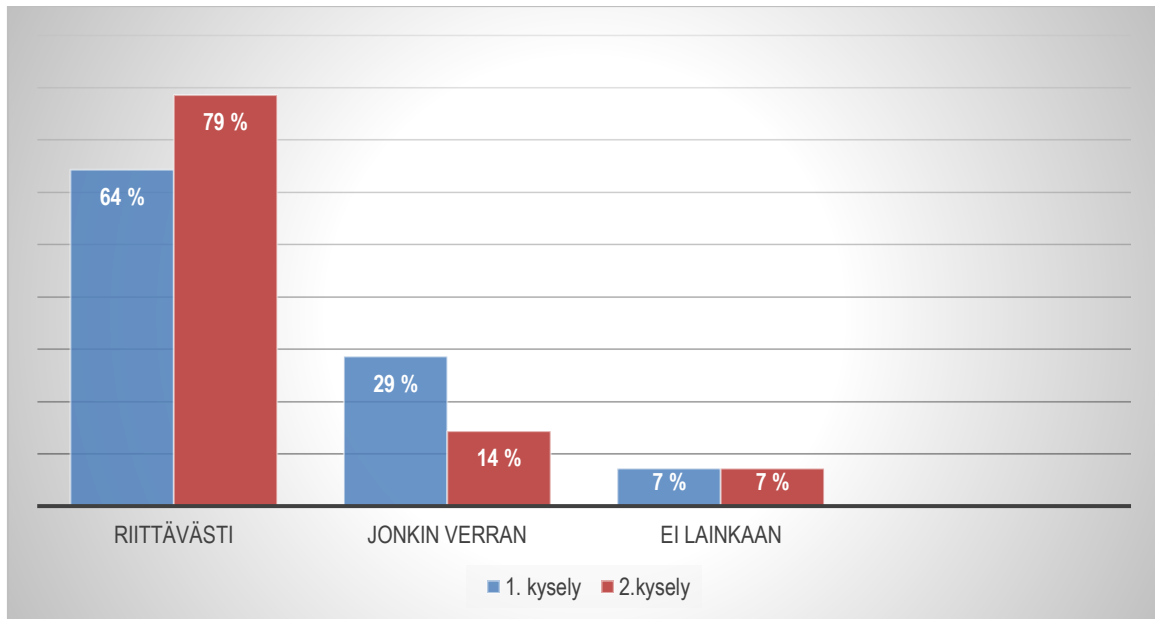
Kuviosta 4 käy ilmi avanneleikattujen arvio siitä, missä määrin he kokivat saaneensa osastolla tietoa avanneleikatun ruokavaliosta. Tietoa avanneleikatun ruokavaliosta osastolla ollessa oli ensimmäisessä kyselyssä saanut riittävästi 14 % vastaajista, jonkin verran tietoa oli saanut 64 % ja ei lainkaan 22 % vastaajista (kuvio 4). Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 71 %, joka oli 57 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa oli saanut 7 %, joka on 57 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja tietoa ei ollut saanut lainkaan 22 % vastaajista, joka oli sama kuin ensimmäisessä kyselyssä.



Kuvio 4. Osastolla saadun avanneleikatun ruokavaliota koskevan tiedon määrä.

Kyselyjen tuloksia vertailemalla käy ilmi, että hoitajien koulutuksen jälkeen merkittävä osa avanneleikatuihin kokee saaneensa riittävästi tietoa. Ennen hoitajien koulutusta suurin osa vastaajista arvioi saaneensa tietoa jonkin verran. Koska ero on näin merkittävä, sen voi tulkita niin, että hoitajien koulutuksella oli merkitystä siihen, että avanneleikatuille annettiin riittävästi tietoa heille sopivasta ruokavaliosta. Hieman huolestuttavana tuloksena voi kuitenkin pitää sitä, että noin viidennes kummankin kyselyn vastaajista koki, ettei saanut tietoa lainkaan. Avanneleikkauksen jälkeen on erityisen tärkeää, että parenteraalisesta ravitsemuksesta siirrytään enteraaliseen ravitsemukseen avanneleikatun toipumisen tahtiin, ja kaasua muodostavia ruoka-aineita vältetään jatkossakin (Ahonen ym. 2015, 532). Monipuolisen ruokavaliion merkitys avanteeseen liittyvien ongelmien ehkäisyssä on tärkeä osa avanteen itsehoitoa. Lisäksi on tärkeä tietää ne ruoka-aineet, joiden syömistä pitäisi välttää. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 87–89.)

Kuviossa 5 kuvataan, missä määrin vastaajat kokivat saaneensa osastolla tietoa suoliston toiminnasta. Ensimmäisen kyselyn perusteella vastaajista riittävästi tietoa sai 64 %, jonkin verran tietoa saaneita oli 29 % ja ei lainkaan tietoa saaneita oli 7 % vastaajista. Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa suolen toiminnasta sai 79 % vastaajista joka oli 14 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa saaneita oli 14 % joka oli 15 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja ei lainkaan tietoa saaneita oli 7 % vastaajista, joka oli saman verran kuin ensimmäisessä kyselyssä.

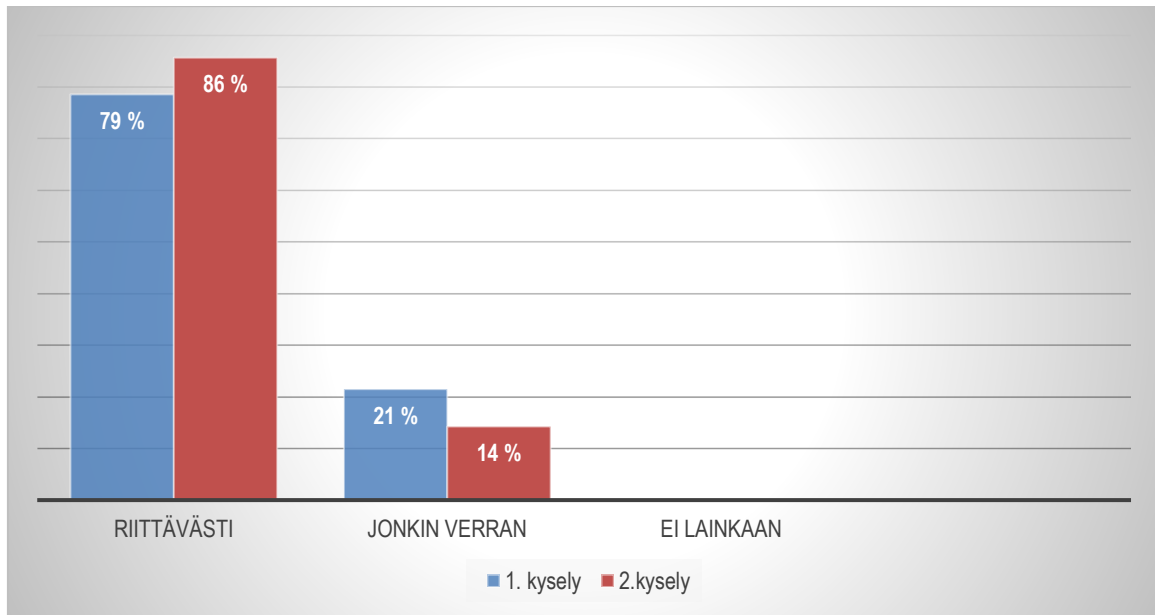


Kuvio 5. Osastolla saadun tiedon määrä suoliston toiminnasta.

Verrattaessa ensimmäisen ja toisen kyselyn tuloksia, avannehoitajien koulutuksen jälkeen jonkin verran tietoa saaneita on noin 15 prosenttiyksikköä vähemmän, ja riittävästi tietoa saaneita lähes saman verran enemmän. Varovaisesti voi tulkita, että hoitajien koulutus on parantanut tämän asian kohdalla potilaan saamaa avanneohjausta. Avanneleikatun on tärkeää saada tietoa suoliston toiminnasta, jotta hän osaisi ennaltaehkäistä ja hoitaa mahdollisia ongelmia, esimerkiksi ummetusta ja ripulia (Liukkonen & Hokkanen 2003, 87–89).

Osastolla olleista potilaista kirjallista materiaalia avanteista oli saanut 79 % vastaajista, jonkin verran tietoa oli saanut 21 % ja ei lainkaan tietoa oli saanut 0 % vastaajista (kuvio 6).

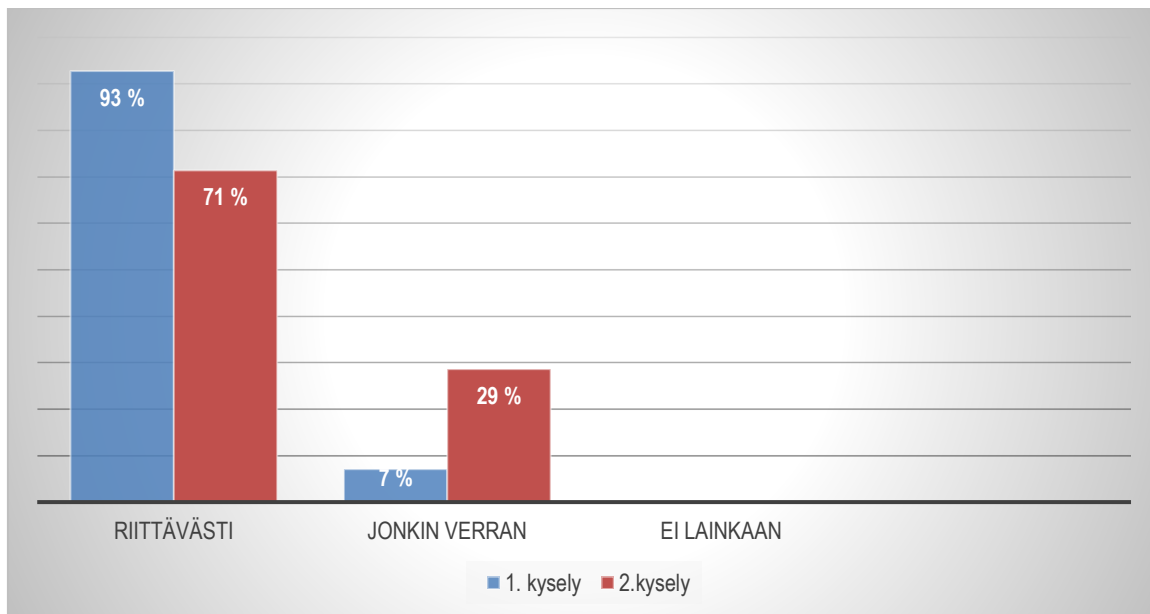
Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 86 % vastaajista, joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa oli saanut 14 %, joka 7 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Toisessa kyselyssä ei lainkaan tietoa saaneita oli myös 0 %.



Kuvio 6. Osastolla saadun avanteita koskevan kirjallisen materiaalin määrä.

Valtaosa kummankin kyselyn vastaajista arvioi saamansa kirjallisen materiaalin määrän riittäväksi, ja ero kyselyiden välillä on pieni. Liimatainen (2007, 32) korostaa, että avanneleikatulle on tärkeää antaa suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista materiaalia, johon hän voi rauhassa tutustua kotiuduttuaan sairaalasta. Kirjallinen materiaali tukee ohjausprosessia. Koska sairaalajaksot ovat yleensä melko lyhyitä, keskitytään niissä antamaan avanteen hoidon ohjausta ja kirjallisen materiaalin aika on myöhemmin. (Liimatainen 2007, 32.)

Kuten kuviosta 7 käy ilmi, osastolla olleista potilaista suullista ohjausta avanteista oli saanut 93 % vastaajista, jonkin verran tietoa oli saanut 7 % ja ei lainkaan tietoa oli saanut 0 % vastaajista. Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 71 %, joka oli 22 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa oli saanut 29 %, joka oli 21 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Toisessa kyselyssä ei lainkaan tietoa saaneita oli myös 0 % vastaajista.

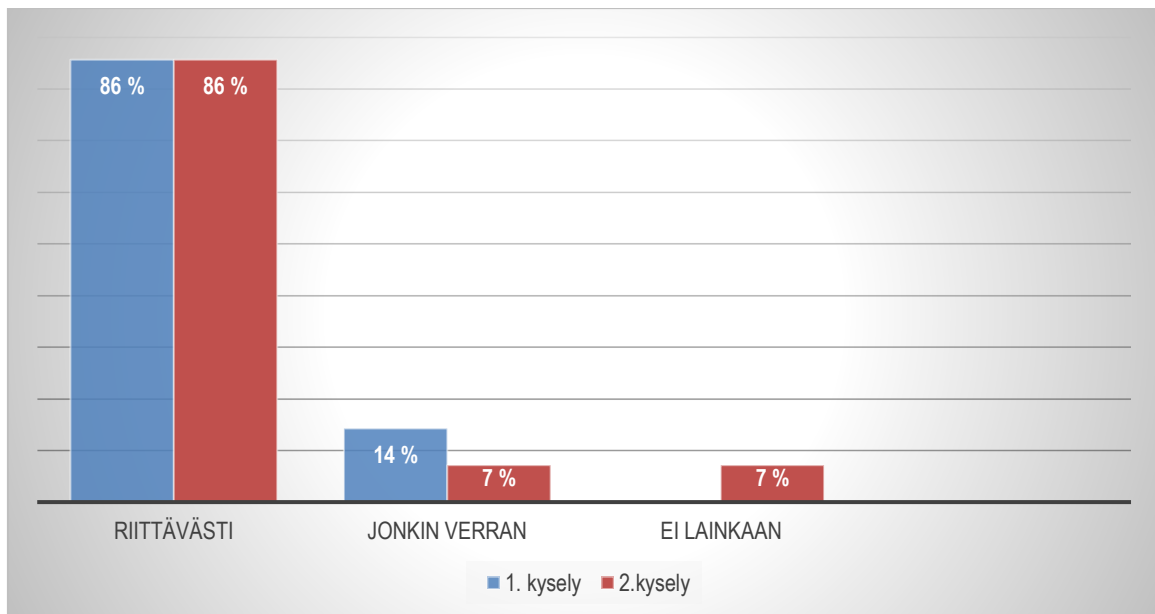


Kuvio 7. Osastolla saadun suullisen tiedon määrä.

Avanneohjauksessa annettavan tiedon osalta suullisen tiedon määrän riittäväksi arvioivat useammat vastaajat ennen hoitajien saamaa koulutusta kuin koulutuksen jälkeen. Tulosten perusteella potilaiden arvioimana hoitajien koulutus ei parantanut potilaiden saamaa tiedon määrää. Kyngäs ym. (2007, 73) katsovat, että suullisen tiedon antaminen on tärkeää, mutta on arvioitu, että kuulluista asioista muistetaan vain 10 prosenttia. Kuitenkin kuulluista ja nähdyistä asioista muistetaan jo 90 prosenttia, joten suullisen ohjauksen yhdistäminen näyttämiseen on todetusti hyvä ohjaustapa (Kyngäs ym. 2007, 73).

## 5.2 Avanteiden omahoidon ohjaus

Osastolla ohjausta avannesidoksen vaihdosta oli saanut ensimmäisessä kyselyssä 86 % vastaajista, jonkin verran tietoa oli saanut 14 % ja ei lainkaan tietoa 0 % vastaajista, kuten kuviosta 8 havaitaan. Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut saman verran kuin ensimmäisessä kyselyssä eli 86 % vastaajista, jonkin verran tietoa oli saanut 7 % joka oli 7 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja ei lainkaan ohjausta saaneita oli 7 % vastaajista, joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.

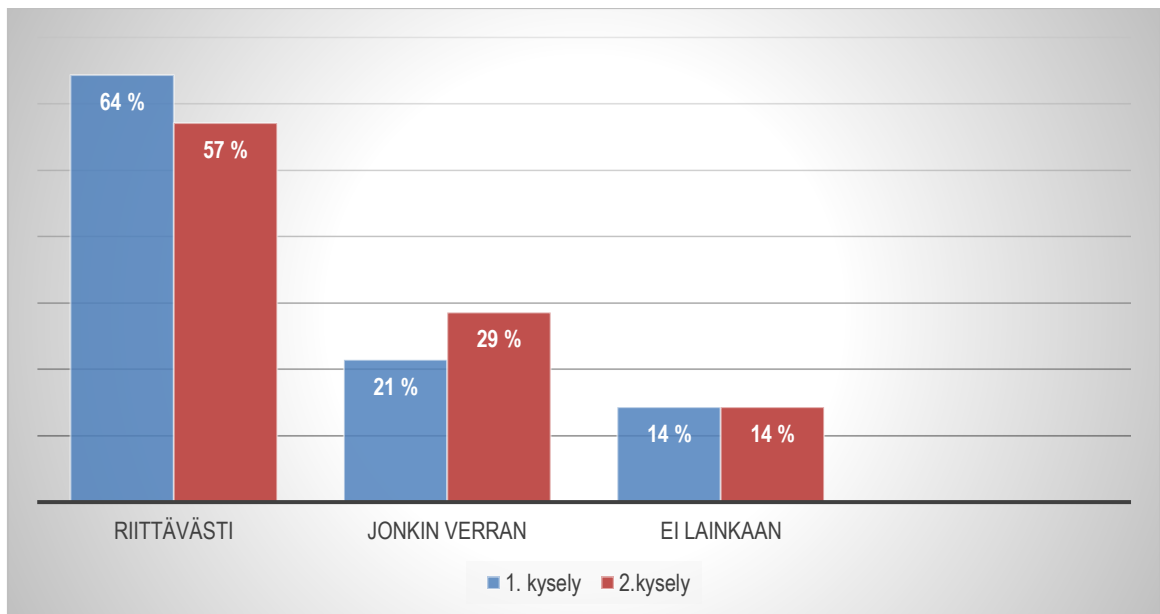


Kuvio 8. Osastolla annetun avannesidoksen vaihdon ohjauksen määrä.

Ensimmäisen ja toisen kyselyn tulokset ovat hyvin samankaltaisia, ja ainoa ero on se, että hoitajien koulutuksen jälkeen 7 % vastaajista ei koe saaneensa ohjausta lainkaan. Tässä aineistossa 7 % tarkoittaa yhtä vastaajaa, joten ero on hyvin pieni. Vastauksesta ei käy ilmi, miksi potilas ei ole saanut lainkaan tätä ohjausta, tai onko kysymys kenties ymmärretty eri tavoin. Liukkosen ja Hokkasen (2003, 47–49) mukaan avanneohjaukseen kuuluu sidoksen vaihtamisen harjoittelu siten, että avanneleikattu selviytyy itsenäisesti tai avustettuna avanteen hoidosta kotona. Hoitajan tehtävänä on arvioida ohjattavan kyky hoitaa avannetta ja hänen mahdollisuutensa selviytyä avanteen kanssa kotona (Liukkonen & Hokkanen 2003, 47–49).

Avannetta ympäröivän ihon hoidosta oli saanut ohjausta ensimmäisen kyselyn mukaan 62 % vastaajista (kuvi 9). Jonkin verran tietoa oli saanut 21 % ja ei lainkaan 14 % vastaajista.

Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 57 % vastaajista joka oli 7 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran ohjausta oli saanut 29 % vastaajista joka oli 8 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja ei lainkaan ohjausta saaneita oli sama 14 % kuin ensimmäisessä kyselyssä.

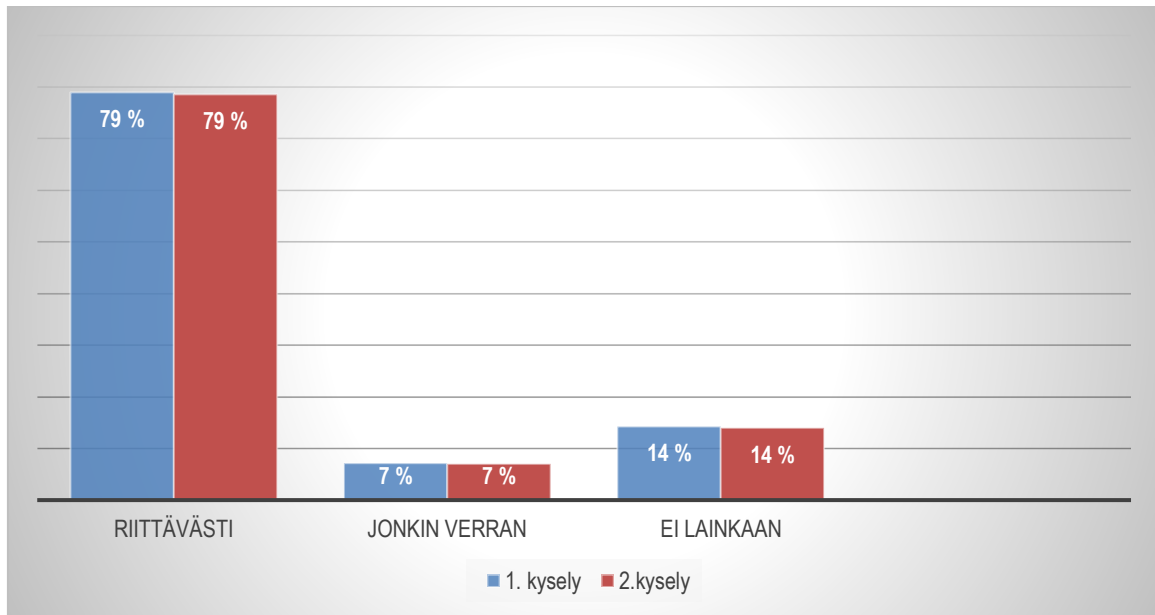


Kuvio 9. Avannetta ympäröivän ihon hoitoa koskevan ohjauksen määrä osastolla.

Riittävästi tietoa saaneiden avanneleikattujen määrä on hoitajien koulutuksen jälkeen hiukan pienempi kuin ennen hoitajien koulutusta. Ero on kuitenkin hyvin pieni ja sen syyt vaikeasti tulkittavista. Valtaosa kummankin kyselyn vastaajista koki saaneensa tietoa joko jonkin verran tai riittävästi – eivät kuitenkaan kaikki. Avanneleikatun elämänlaadun kannalta on tärkeää hoitaa avannetta ympäröivää ihoa hyvin, minkä lisäksi ho-ongelmien, kuten punoituksen, ihorikkeymien, karvatupentulehduksen ja eritevuodon aiheuttaman ärsytyksen ennaltaehkäisy edistää avannesidoksen pysymistä (Liukkonen & Hokkanen 2003, 102–105). Avanteen paikalla on myös iso merkitys iho-ongelmiin, koska ohutsuoletta erittyvä uloste on nestemäistä. Tämän seurauksena ongelmat ovat ohutsuoliavanneleikatuilla yleisempiä kuin paksusuoliavanneleikatuilla. (Mäkelä & Niskasaari 2006, 26.)

Kuvio 10 havainnollistaa potilaiden arvion avanteen tarkkailua koskevan ohjauksen määrästä osastolla. Osastolla ollessaan ohjausta avanteen tarkkailusta oli saanut ensimmäisen kyselyn perusteella 79 % vastaajista, jonkin verran 7 % ja ei lainkaan 14 % vastaajista. Toisessa kyselyssä tulokset olivat samat.

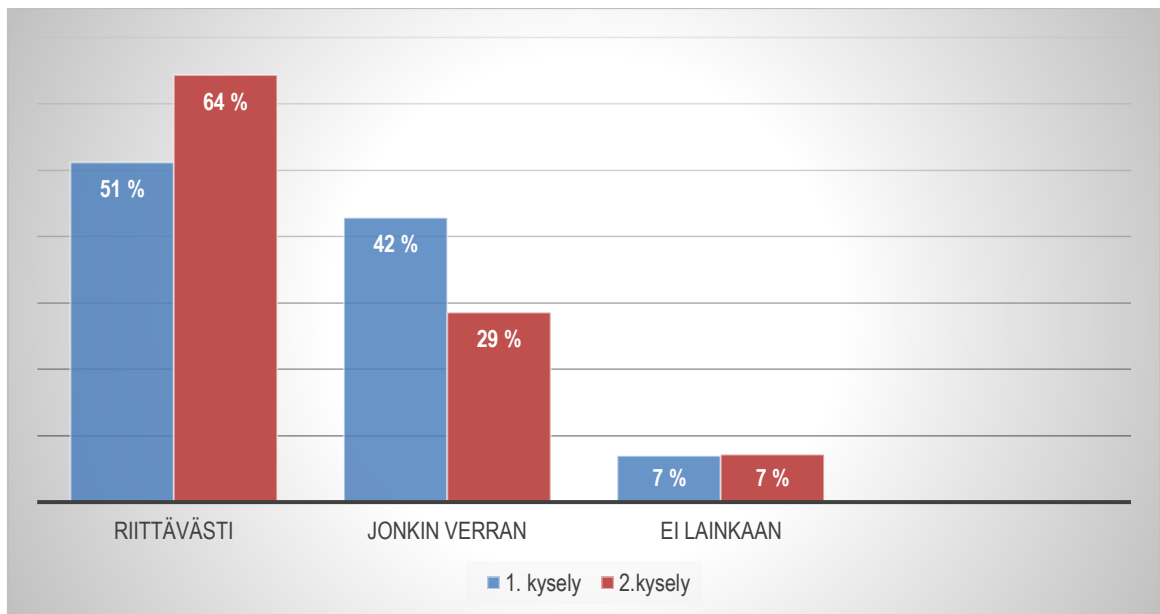




Kuvio 10. Avanteen tarkkailua koskevan ohjauksen määrä osastolla

Tuloksia vertailemalla hoitajien koulutuksella ei näytä olevan vaikutusta tähän asiaan. Kuten ihon hoidon kohdalla, myös tässä pieni osa kummankin kyselyn vastaajista ei koe saaneensa ohjausta lainkaan. Tähän on syytä kiinnittää huomiota kuitenkin havaiten, että valtaosa kokee ohjauksen olleen riittävää. Avannekomplikaatioiden ja iho-ongelmien ennaltaehkäisyksi on tärkeää, että avanneleikattu osaa tarkkailla avannetta ja sen vitaliteettia oikein ja ottaa tarvittaessa yhteyttä avannehoitajaan tai lääkäriin (Liukkonen & Hokkanen 2003, 99–101).

Osastolla ollessani ohjausta siitä, miten toimia, jos avanteen kanssa tulee jotain ongelmia, sai riittävästi 51 % vastaajista (kuvio 11). Jonkin verran ohjausta sai 42 % ja ei lainkaan 7 % vastaajista. Toisen kyselyn perusteella riittävästi ohjausta sai 64 % joka oli 13 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran ohjausta saaneita oli 29 % joka oli 13 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Ohjausta ei saanut lainkaan 7 % vastaajista, joka oli sama tulos kuin ensimmäisessä kyselyssä.

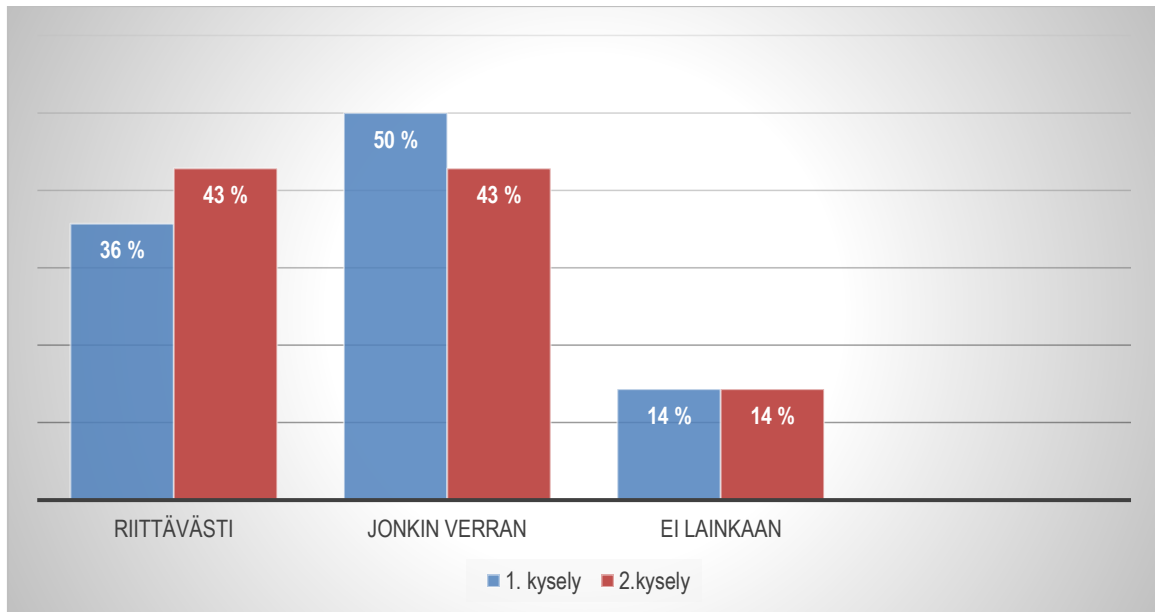


Kuvio 11. Osastolla saadun ohjauksen määrä koskien sitä, miten tulee toimia, jos avanteen kanssa tulee ongelmia.

Hoitajien koulutuksen jälkeen riittävästi ohjausta saaneiden määrä on hiukan suurempi kuin ennen hoitajien koulutusta. Toisaalta hoitajien koulutuksen jälkeen 7 % vastaajista eli yksi vastaaja on arvioinut, ettei saanut lainkaan ohjausta siihen, miten toimia, jos avanteen kanssa tulee ongelmia. Kuten avainteen tarkkailun kohdallakin todettiin, on tärkeää, että avanneleikkattu tietää miten avannetta tarkkaillaan, miten toimia ja mihin ottaa yhteyttä, jos ongelmia tulee (Liukkonen & Hokkanen 2003, 99–101).

### 5.3 Elämä avanneleikkauksen jälkeen

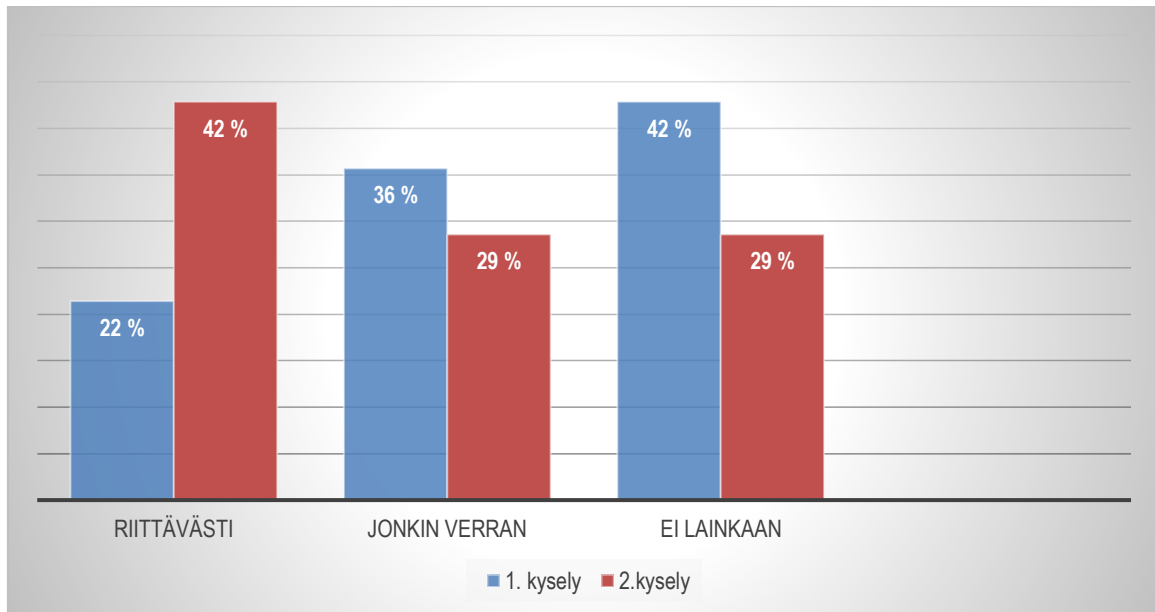
Kuviossa 12 kuvataan, miten potilaat arvioivat saaneensa mahdollisuuden keskustella avanteen vaikutuksesta työntekoon ja harrastuksiin. Avanteen mahdollisesta vaikutuksesta harrastuksiin ja työntekoon oli saanut osastolla ohjausta ensimmäisen kyselyn mukaan riittävästi 36 % vastaajista, jonkin verran tietoa oli saanut 50 % ja ei lainkaan 14 % vastaajista. Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 43 % vastaajista, joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa saaneita oli 43 % vastaajista joka oli 7 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Tietoa ei ollut saanut lainkaan 14 % vastaajista, joka oli sama kuin ensimmäisen kyselyn tulos.



Kuvio 12. Osastolla tarjotut keskustelumahdollisuudet koskien avanteen mahdollisia vaikutuksia harrastuksiin ja työntekoon.

Tulosten perusteella hoitajien koulutus ei ole parantanut tilannetta – riittävästi keskustelumahdollisuuksia saaneiden määrä on hiukan suurempi ennen hoitajien koulutusta. Toisaalta valtaosa kummankin kyselyn vastaajista kokee, että keskustelumahdollisuuksia oli tarjolla riittävästi tai jonkin verran. Selkeiden vastausten sijaan tulos herättää ennemminkin kysymyksiä: koska avanne ei estä työntekoa eikä juurikaan vaikuta harrastamiseen, voisiko olla niin, että asiaa ei sen vuoksi ole nostettu ohjauksessa esille niin paljon kuin avanneleikattu ehkä olisi toivonut. Myöskään elämänlaadusta ei suoraan kysytty; Mäkelän ja Niskasaaren (2006, 26) tutkimuksessa erityisesti avanneleikatut, joiden sairauden oireet olivat olleet hankalia, kokivat elämänlaadun parantuneen.

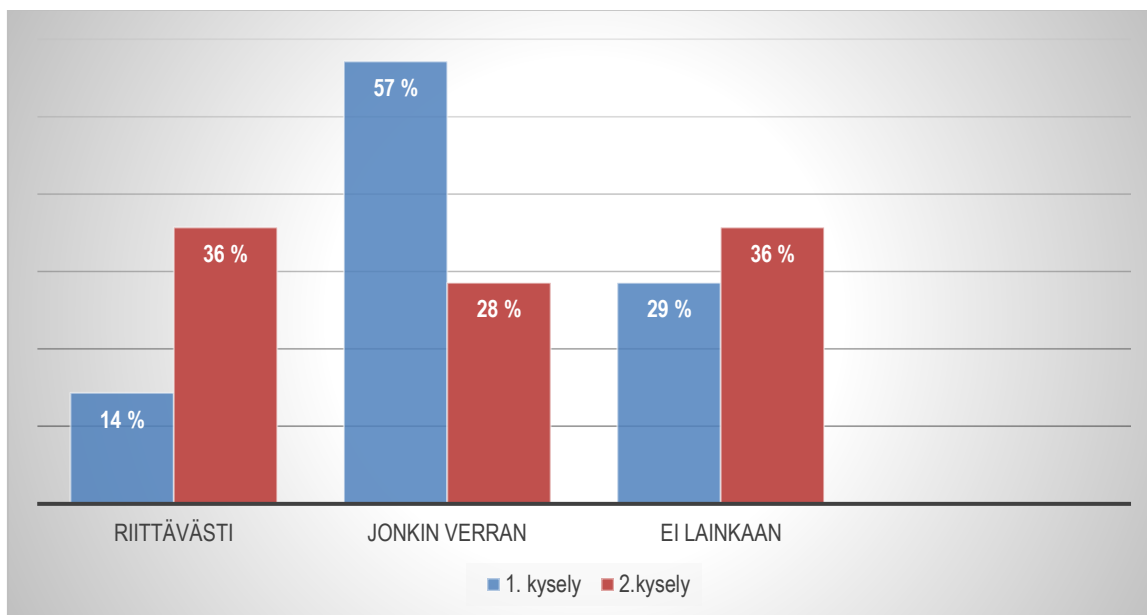
Osastolla olleista potilaista oli saanut keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksessa minäkuvaani ensimmäisen kyselyn perusteella riittävästi 22 % vastanneista (kuvio 13). Jonkin verran oli saanut keskustella 36 % ja ei lainkaan 42 % vastaajista. Toisen kyselyn perusteella riittävästi oli saanut keskustella 42 %, joka oli 20 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran oli saanut keskustella 29 % joka oli 7 prosenttiyksikköä vähemmän ja ei lainkaan keskustelleita oli 29 %, joka oli 13 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.



Kuvio 13. Osastolla tarjotut mahdollisuudet keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksesta minäkuvaan.

Tulosten mukaan hoitajien koulutuksen voi tulkita kasvattaneen niiden avanneleikattujen määrää, jotka kokivat saaneensa riittävästi keskustelumahdollisuuksia koskien avanteen mahdollista vaikutusta minäkuvaan. Toisaalta tuloksista käy ilmi, että niiden avanneleikattujen määrä, jotka eivät kokeneet saaneensa yhtään näitä keskustelumahdollisuuksia, on melko suuri kummankin kyselyn kohdalla. Tuloksista ei kuitenkaan voi päätellä sitä, miten vastaajat ovat esimerkiksi tulkinneet käsitteen minäkuva. Kyngäs ym. (2007, 30) muistuttavat, että ohjauksessa on tärkeää huomioida ohjattavan yksilölliset taustatekijät ja käyttää käsitteitä, jotka ohjattava varmasti ymmärtää. Liaon ja Qinin (2014, 196–200) tutkimuksessa avanneleikatut kokivat kehonkuvan muuttuneen, ja Sharpen, Patelin ja Clarken (2011, 395, 400–401) tutkimuksessa kehonkuvan muutos lisäsi ahdistuneisuuden riskiä. Avanneleikkaus vaikuttaa minäkuvaan ja kehonkuvaan yksilöllisesti jokaisen avanneleikatun kohdalla. On tärkeää, että ohjauksessa otetaan nämä muutokset huomioon. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 94.)

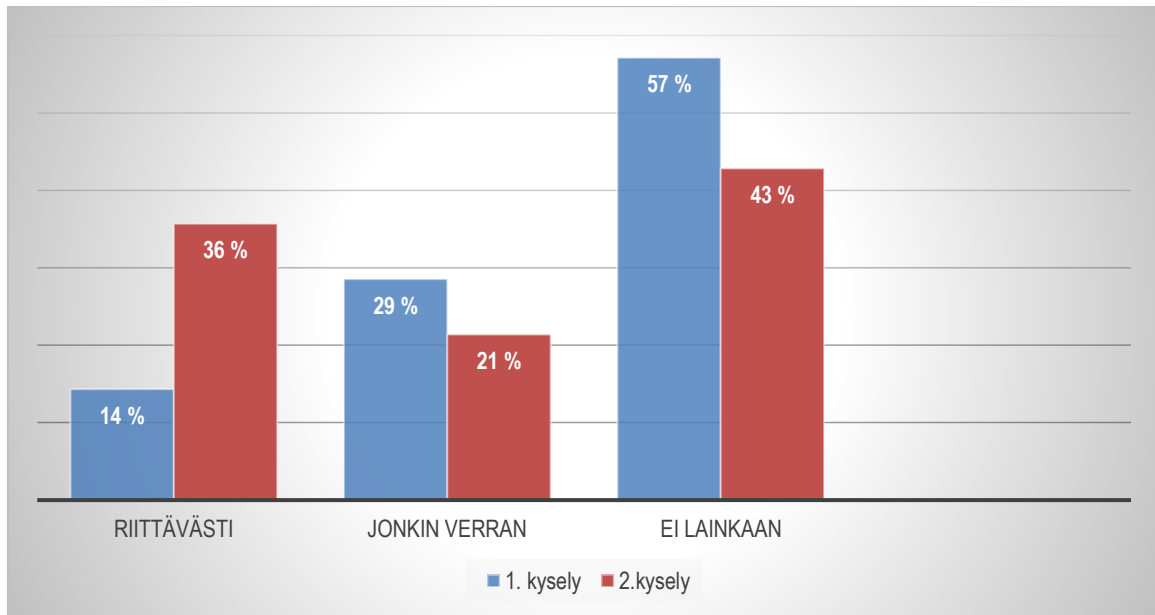
Olen saanut riittävästi osastolla ollessani keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksessa ihmissuhteisiini, vastasi ensimmäisessä kyselyssä 14 % (kuvio 14). Jonkin verran vaihtoehdon vastanneista valitsi 57 % ja ei lainkaan -vaihtoehdon 29 %. Toisen kyselyn perusteella riittävästi oli saanut keskustella 36 % joka oli 22 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran keskustelleita oli 28 % joka oli 29 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja ei lainkaan keskustelleita oli 36 % joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.



Kuvio 14. Osastolla saadut mahdollisuudet keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksesta ihmissuhteisiin (esimerkiksi parisuhde, ystävyysuhteet).

Hoitajien koulutuksen jälkeen riittävästi-vaihtoehdon valinneiden määrä on suurempi kuin ennen koulutusta kerätyssä kyselyssä. Ei lainkaan -vaihtoehdon valinneiden määrä on kummassakin suuri, ja jälkimmäisessä kyselyssä vastaajan verran (7 %) suurempi. Tulokset ovat ristiriitaisia, ja niistä on vaikea tulkita hoitajien koulutuksen selvää merkitystä asiaan. Liukkosen ja Hokkasen (2003, 40–41) mukaan avanneleikkattu tuntee usein pelkoa, hämmennystä, masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta elämänmuutoksestaan ja voi olla myös epävarma siitä, miten läheiset suhtautuvat kehon muutokseen. Avanneleikkaus on usein traumaattinen kriisi, josta selviytymisessä läheisillä on suuri merkitys (Liukkonen & Hokkanen 2003, 40–41).

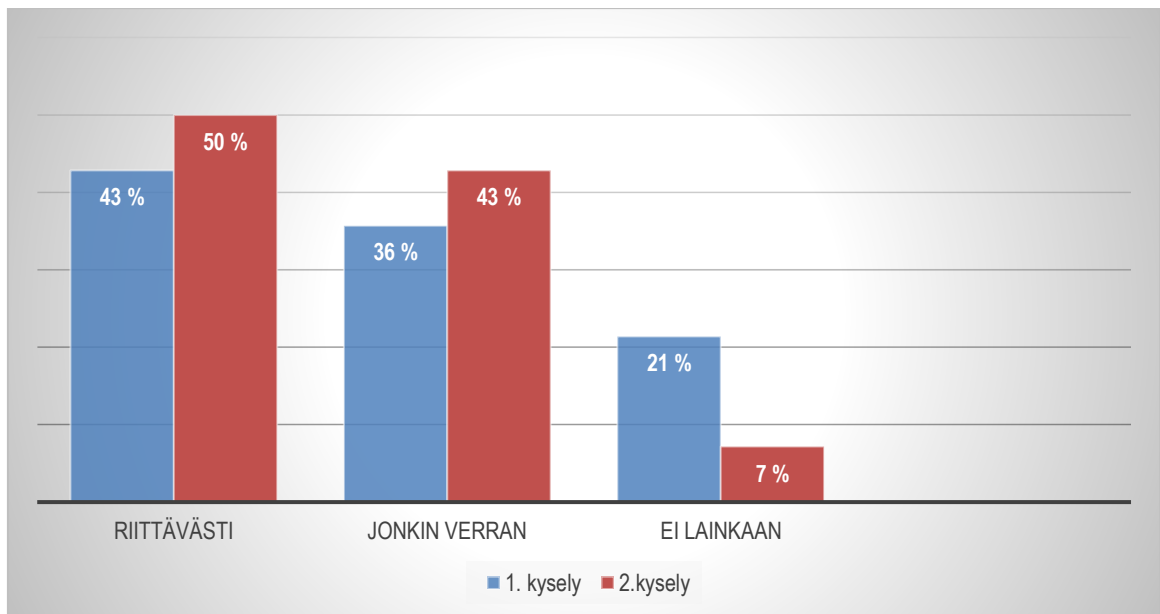
Kuviosta 15 käy ilmi, että seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä ensimmäisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 14 % vastaajista. Jonkin verran tietoa oli saanut 29 % vastaajista ja tietoa ei ollut saanut lainkaan 57 % vastaajista. Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 36 % joka oli 22 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa oli saanut 21 % joka oli 8 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä ja heitä, jotka eivät olleet saaneet lainkaan tietoa oli 43 % vastaajista, joka oli 14 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.



Kuvio 15. Osastolla annettu tieto seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä.

Vaikka riittävästi-vaihtoehdon valinneiden määrä on suurempi hoitajien koulutuksen jälkeen, vaihtoehdon ”en lainkaan” on valinnut kummassakin kyselyssä suurin osa vastaajista. Hoitajien koulutuksen merkitys asiaan jää tuloksen perusteella epäselväksi. Seksuaalisuuteen liittyviä asioita käydään systemaattisesti läpi avannepotilaiden hoidon yhteydessä (Järvinen ym. 2012, viitattu 21.1.2018). Rosenberg-Ryhänen (2013, 23–25) painottaa, että avanneleikatun kehonkuva ja käsitys omasta itsestään ja seksuaalisuudestaan muuttuvat leikkauksen jälkeen ja nämä asiat on läpikäytävä ja uuteen elämäntilanteeseen sopeuduttava. Avanneohjaukseen tulisi sisältyä systemaattista ohjausta myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (Rosenberg-Ryhänen 2013, 23–25).

Osastolla ollessa tietoa potilasjärjestö- ja tukihenkilötoiminnasta oli saanut riittävästi 43 % vastaajista. Jonkin verran tietoa oli saanut 36 % vastaajista ja 21 % vastaajista ei ollut saanut lainkaan tietoa. Toisen kyselyn perusteella riittävästi tietoa oli saanut 50 % vastanneista, mikä oli 7 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Jonkin verran tietoa oli saanut 43 %, joka oli 7 prosenttiyksikköä enemmän, ja ei lainkaan 7 %, joka oli 14 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.

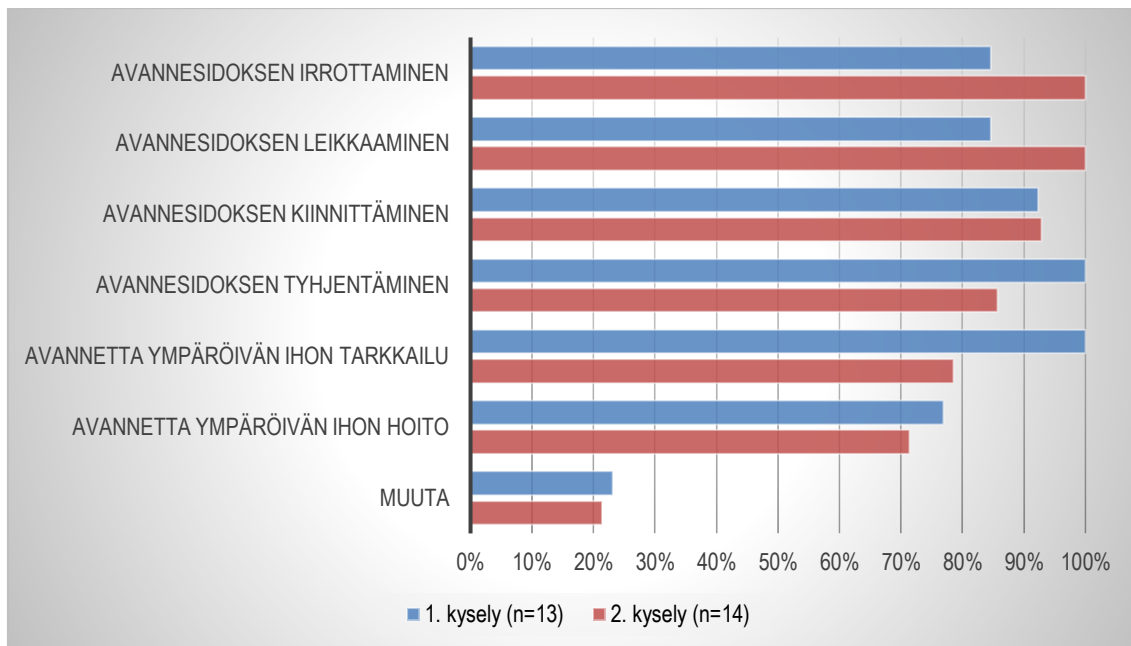


Kuvio 16. Osastolla annettu tieto potilas- ja tukijärjestötoiminnasta.

Hoitajien koulutuksen jälkeen vaihtoehdot ”riittävästi” ja ”jonkin verran” on valinnut useampi kuin ennen koulutusta, ja vaihtoehdon ”ei lainkaan” enää 7 % eli yksi vastaaja. Muutosta voi varovaisesti tulkita niin, että hoitajien koulutuksella on ollut vaikutusta siihen, että tietoa on annettu aiempaa enemmän. Potilasjärjestöt toimivat avanneleikatun tukena (Finnilco 2017; Liukkonen & Hokkanen 2003, 113). Ne muun muassa järjestävät kursseja, jotka osaltaan mahdollistavat avanneleikatulle ja myös hänen läheisilleen vertaistuen saantia, koska kursseilla tapaa muita avanneleikattuja. Potilas- ja tukihenkilötoiminnasta tiedottaminen on osa avanneohjausta. (Finnilco 2017; Liukkonen & Hokkanen 2003, 113.)

#### 5.4 Ohjauksen ja harjoittelun riittävyys osastolla

Kuviossa 17 kuvataan, mitä asioita avanneleikatut ovat kokeneet harjoitelleensa riittävästi osastolla, jotta he selviytyvät kotona.



Kuvio 17. Asiat, joita osastolla oli harjoiteltu riittävästi kotona selviytymistä varten.

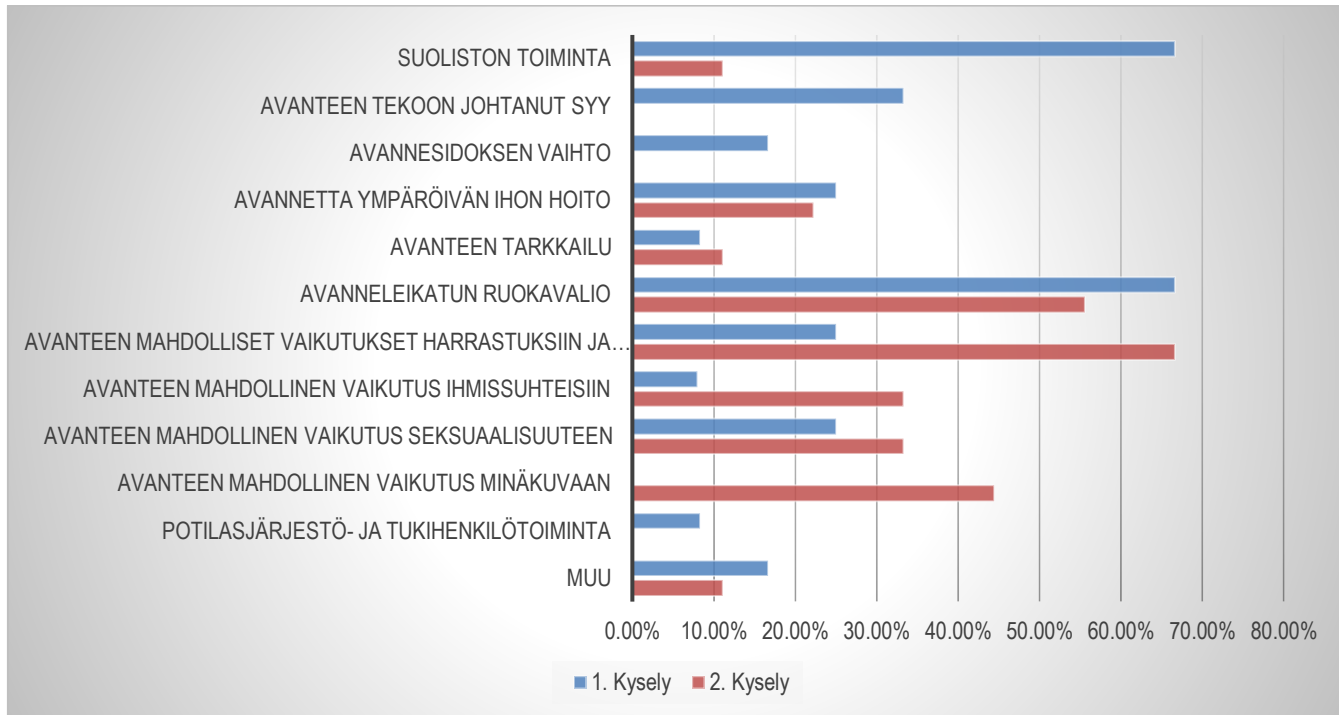
Ensimmäisen kyselyn mukaan avannesidoksen irrottamista oli saanut riittävästi harjoitella 85 % vastaajista, toisen kyselyn mukaan irrottamista oli saanut harjoitella 100 % vastaajista, joka oli 15 % enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Avannesidoksen leikkaamista oli riittävästi saanut harjoitella ensimmäisessä kyselyssä 85 % ja toisessa kyselyssä 100 %, joka oli 15 prosenttiyksikköä enemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä. Riittävästi harjoitusta avannesidoksen kiinnittämisestä oli saanut ensimmäisen kyselyn mukaan 92 % ja toisen kyselyn mukaan 93 % vastaajista, tässä eroa oli 1 prosenttiyksikkö. Avannesidoksen tyhjentämistä oli saanut harjoitella riittävästi 100 % ensimmäisessä ja 86 % toisessa kyselyssä, tässä kohtaa eroa oli 14 prosenttiyksikköä.

Avannetta ympäröivän ihon tarkkailuun oli saanut harjoitusta riittävästi 100 % ensimmäisen kyselyn vastaajista ja toisen kyselyn vastaajista 21 prosenttiyksikköä vähemmän eli 79 % vastaajista. Avannetta ympäröivän ihon hoitoa oli riittävästi saanut harjoitella 77 % vastaajista ensimmäisessä kyselyssä ja toisessa kyselyssä 71 %, joka oli 6 prosenttiyksikköä vähemmän kuin ensimmäisessä kyselyssä.

Siinä missä hoitajien koulutuksen jälkeen aiempaa useampi avanneleikattu arvioi harjoittelun olleen riittävästi avannesidoksen irrottamisen ja leikkaamisen osalta, sen tyhjentämisen ja ympäröivän ihon tarkkailun osalta aiempaa harvempi arvioi harjoittelun olleen riittävästi. Avannesidokseen liittyvän harjoittelun osalta tulokset ovat tältä osin hiukan ristiriitaisia. Tulokset eivät myöskään kerro, miten



avanneleikatut ovat arvioineet sen, kuinka paljon harjoittelua on riittävästi. Kuviossa 18 on puolestaan kuvattuna asiat, joihin liittyvää ohjausta tai harjoittelua olisi toivottu enemmän osastolla ollessa.



Kuvio 18. Asiat, joihin liittyvää ohjausta tai harjoittelua olisi toivottu enemmän osastolla ollessa.

Enemmän ohjausta suoliston toiminnasta osastolla ollessaan olisi ensimmäisessä kyselyssä toivonut 67 % vastaajista ja toisessa kyselyssä 56 prosenttiyksikköä vähemmän eli 11 %. Avanteen tekoon johtaneista syistä ohjausta olisi toivonut ensimmäisessä kyselyssä enemmän 33 % vastaajista ja toisessa kyselyssä 0 %. Avannesidoksen vaihdosta enemmän ohjausta olisi toivonut ensimmäisessä kyselyssä 17 % ja toisessa kyselyssä 0 % vastaajista. Avannetta ympäröivän ihon hoidosta enemmän ohjausta tai harjoitusta olisi toivonut ensimmäisessä kyselyssä 25 % vastaajista ja toisessa kyselyssä 3 prosenttiyksikköä vähemmän eli 22 %. Avanteen tarkkailuun enemmän ohjausta tai harjoitusta olisi toivonut ensimmäisessä kyselyssä 8 % vastaajista joka oli 3 prosenttiyksikköä vähemmän kuin toisessa kyselyssä, jossa enemmän ohjausta tai harjoitusta toivovia oli 11 %.

Avanneleikatun ruokavalioon lisää ohjausta olisi toivonut ensimmäisessä kyselyssä 67 % ja toisessa kyselyssä 56 % vastaajista, näiden ero oli 11 prosenttiyksikköä. Avanteen mahdollisista vaikutuksista harrastuksiin ja työntekoon lisää ohjausta olisi toivonut ensimmäisen kyselyn mukaan 25 % ja toisen kyselyn vastaajista 42 prosenttiyksikköä enemmän eli 67 %. Avanteen mahdollisista

vaikutuksista ihmissuhteisiin enemmän ohjausta olisi toivonut ensimmäisessä kyselyssä 8 % ja toisessa kyselyssä 33 % vastaajista, kyselyjen välinen ero oli 25 prosenttiyksikköä. Avanteen mahdollisesta vaikutuksesta seksuaalisuuteen olisi toivonut enemmän ohjausta ensimmäisessä kyselyssä 25 % vastaajista ja toisessa 8 prosenttiyksikköä enemmän eli 33 % vastaajista. Avanteen mahdollisesta vaikutuksesta minäkuvaan ohjausta lisää ei toivonut ensimmäisessä kyselyssä kukaan ja toisessa kyselyssä 44 % vastaajista. Potilasjärjestö- ja tukihenkilötoiminnasta lisää ohjausta toivoi ensimmäisessä kyselyssä 8 % vastaajista ja toisessa kyselyssä ei kukaan. Ensimmäisessä kyselyssä muuta-kohtaan vastasi 17 % ja toisessa kyselyssä 11 % vastaajista.

Ennen hoitajien koulutusta ohjausta tai harjoittelua olisi toivottu enemmän suoliston toiminnasta ja avanteen tekoon johtaneista syistä ja ruokavaliosta kuin koulutuksen jälkeen. Koulutuksen jälkeen ohjausta tai harjoittelua olisi toivottu enemmän puolestaan avanteen vaikutuksista harrastuksiin ja työntekoon, ihmissuhteisiin ja minäkuvaan kuin ennen koulutusta. Tulosten tulkinnassa hoitajien koulutuksen merkitys ei ole täysin yksiselitteinen, vaan tulokset vastausten sijaan herättävät myös kysymyksiä: onko koulutuksen jälkeen mahdollisesti keskitytty esimerkiksi avanteen tekoon johtaneisiin syihin ja ruokavalioon aiempaa enemmän, ja toisiin asioihin on jäänytkin vähemmän aikaa? Kyngäs ym. (2007, 41–43) painottavat, että avanneleikattu on ohjaustilanteessa aktiivinen toimija ja sellaisena hänet tulisi kohdata.

Jokainen on yksilö ja jokaisen ohjaustarpeet erilaiset, näihin tarpeisiin ja toiveisiin olisi hyvä pystyä ohjauksessa vastaamaan (Kyngäs ym. 2007, 41–43). Ohjauksen sopiva ajankohta voi myös vaihdella (Liimatainen 2007, 32). Suhosen ym. (2013, 80–90) tutkimuksessa potilaat arvioivat saamansa ohjauksen heikkoudeksi henkilökohtaisen elämäntilanteensa huomioimisen. Avanteen kanssa elämiseen liittyvät selviytymisstrategiat (vrt. Danielsen ym. 2012, 1343–1350) voivat vaihdella tilanteiden mukaan, ja eri avanneleikatut tarvitsevat erilaisia tukitoimia arjessa selviytyäkseen (Burch 2013, 55–62).

## 6 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tutkittiin sitä, miten avanneleikatut potilaat itse arvioivat saamansa ohjauksen riittävyyttä ennen ja jälkeen hoitajien koulutuksen. Ensimmäinen kysely tehtiin ennen hoitajien koulutusta ja siihen vastasi 14 avanneleikattua. Toinen kysely tehtiin hoitajien koulutuksen jälkeen ja yhtä lailla siihen vastasi 14 avanneleikattua. Aineistoja tarkasteltiin erillisinä johtuen niiden pienestä koosta, minkä lisäksi aineistojen mahdollisia eroja tulkittiin vertailemalla prosenttiosuuksia.

Tulosten perusteella hoitajien koulutuksen jälkeen aiempaa useampi avanneleikattu arvioi saaneensa riittävästi tietoa erityisesti avanneleikatun ruokavaliosta ja suoliston toiminnasta. Näiltä osin hoitajien koulutuksen vaikutus oli selkein. Toisaalta taas hoitajien koulutuksen jälkeen avanneleikatuista aiempaa useampi olisi toivonut enemmän keskustelumahdollisuuksia avanteen vaikutuksesta minäkuvaan. Tätä tulosta voi selittää usea eri tekijä – vaikuttiko tähän muutokseen juuri hoitajien koulutus vai kenties se, että kyselyyn vastanneista aiempaa useampi oli alle 35-vuotias. Selkeän tuloksen sijaan herää uusia kysymyksiä – kiinnostavatko minäkuvaan liittyvät kysymykset enemmän alle 35-vuotiaita kuin yli 35-vuotiaita?

Avanneleikatut arvioivat kirjallisen tiedon olleen riittävää, mutta hoitajien koulutuksen jälkeen suullisen tiedon määrä arvioitiin aiempaa pienemmäksi. Tulosten valossa näyttää tärkeältä, että sekä kirjallista että suullista tietoa olisi tarjolla riittävästi. Tulokset olivat osin ristiriitaisia sen osalta, mitä asioita oli harjoiteltu riittävästi osastolla ollessa. Sekä ennen että jälkeen hoitajien koulutuksen tietoa ja harjoittelua kaivattiin lisää, joskin aiheet erosivat hiukan toisistaan. Näitä tuloksia voi tulkita varovaisesti niin, että avanneleikattu on tärkeä aina kohdata aktiivisena toimijana, ja avanneohjaus toteutetaan erityisesti hänen lähtökohdistaan varmistaen, että juuri hänelle tärkeistä asioista on saatu tietoa ja harjoittelua riittävästi. Ohjauksessa on tärkeä varmistaa myös, että tietoa ja keskustelumahdollisuuksia tarjotaan myös harrastuksiin ja työntekoon, minäkuvaan, ihmissuhteisiin, seksuaalisuuteen sekä potilas- ja tukijärjestötoimintaan liittyen. Näiden osalta pieni osa vastaajista koki ohjauksen puuttuneen jopa kokonaan.

Kysymyksiä herättää myös se, miksi osa vastaajista sekä ennen että jälkeen hoitajien koulutuksen oli valinnut vaihtoehdon ”ei lainkaan” usean eri kysymyksen kohdalla. Vaikka avanneohjauksessa on vakiintuneita käytänteitä ja sisältöjä, vastaajien kokemus ei silti ollut yhdenmukainen. Tämän

vuoksi avanneohjauksessa olisi jo ohjauksen aikana tärkeä varmistaa, että potilas kokee ohjauksen olevan riittävää. Avanneohjauksen onnistuminen ei kuitenkaan ole pelkästään avanneohjaajista ja avanneleikatuista kiinni. On tärkeä eri tavoin varmistaa, että avanneohjaukseen on tarpeeksi aikaa ja resursseja. Myöskään tutkimuksen kentältä tai kirjallisuudesta ei löydy varsinaisia ohjenuoria siihen, miten hoitaja voisi parhaiten tukea avanneleikattua. Lisää tutkimusta siis tarvitaan.

## 6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tämä tarkoittaa muun muassa eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä sekä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten esittämisessä ja tutkimustulosten arvioinnissa (Kuula 2011, 34–36).

Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui niin, että hoitajat huolehtivat avanneleikattavien tiedottamisesta, tutkimuslomakkeen jakamisesta ja aineiston keräämisestä. Siinä missä tutkijoilla ei näin ollut mahdollisuutta osallistua aineiston keräämisen prosessiin, käytäntö mahdollisesti turvasi tutkimusympäristön niin kutsutun sosiaalisen ekologian säilyttämistä (vrt. Mäkinen 2006, 116–117). Olli Mäkinen (2006, 116–117) korostaa, että tutkimusprosessin aiheuttamat häiriöt tutkittaville ja tutkimusympäristölle on aina pyrittävä minimoimaan.

Avanneleikatuille kerrottiin tutkimuksen laajuudesta, tutkimuslomakkeen pituudesta ja sen täyttämiseen kuluva ajasta. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin tuoden myös ilmi, että mahdollinen kieltäytyminen ei lainkaan vaikuta esimerkiksi jatkohoitoon. (Vrt. Kuula 2011, 106–108). "Vapaaehtoisuuden merkitys on hyvin tärkeää erityisesti silloin, kun tutkimusaineistoa kerätään viranomaisen toiminnan yhteydessä. Tällöin ihmisille ei saa tulla sellaista vaikutelmaa, että heidän on osallistuttava tutkimukseen tai muutoin sillä voi olla negatiivisia seurauksia heille itselleen." (Kuula 2011, 108.)

Tutkimusaineisto eli täytetyt kyselylomakkeet säilytettiin niin, että aineistoon pääsy oli yksin tutkijoilla. Jokinen (2006, 115–116) pitää tätä tärkeänä, koska näin huolehditaan luottamuksellisuudesta eli siitä, että tutkittavien yksityisyys varmistetaan eikä heidän henkilökohtaisia tietojaan levitellä ympäriinsä. Tulosten esittämisessä huolehdittiin siitä, että tutkimukseen osallistuneet avanneleikatut eivät ole tunnistettavissa. Tarkkaa aineiston keruun

paikkaa ja ajankohtaa ei tuotu ilmi, jotta yksittäistä avanneleikattua ei ole mahdollista tunnistaa tuloksista. (vrt. Kuula 2011, 200.)

Tutkimuksen ja sen tulosten kriittinen arviointi on yksi tutkimuksen tärkeimmistä eettisistä periaatteista. Luotettavuutta arvioidessa käsitellään mahdollisia virhelähteitä ja myös muita tutkimukseen vaikuttaneita asioita. (Mäkinen 2006, 102.) Siinä missä kysymysten selkeyden ja kattavuuden voi arvioida lisänneen tutkimuksen luotettavuutta, kyselylomakkeiden antaminen kotiin täytettäväksi voi puolestaan heikentää sitä. On mahdotonta varmasti tietää, kuka lomakkeen on lopulta täyttänyt ja kuinka rehellisesti vastaukset on annettu. On myös mahdollista, että lomakkeiden täyttäjät ovat tulkinneet lomakkeiden kysymyksiä eri tavoin.

Tässä tutkimuksessa vastausprosentti oli 100 %, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta (vrt. Heikkilä 2014). Tutkimuksen luotettavuutta vahvistavia seikkoja ovat tarpeeksi korkean vastausprosentin lisäksi myös suuri otos ja koko tutkimusongelman kattavat kysymykset (Heikkilä 2014). Tässä tutkimuksessa aineiston koko puolestaan on pieni. Aineisto koostuu kahdesta lomakeaineistosta (14 kappaletta molemmissa aineistoissa), jotka eivät ole keskenään tilastollisesti vertailukelpoisia vastaajien pienen määrän vuoksi.

Tutkimuksen luotettavuutta ja laatua arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimus kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Reliabiliteetti puolestaan on mittauksen tarkkuus. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 129–130.) Locke, Silverman ja Spirduso (2010, 81) tarkastelevat tutkimuksen validiteettia sekä sisäisen että ulkoisen validiteetin näkökulmista: sisäinen validiteetti arvioi, että missä määrin tutkimuksessa vastataan tutkimuskysymyksiin, ja onko aineisto ollut tähän sopiva. Ulkoinen validiteetti arvioi, onko tuloksilla arvoa ja ovatko ne päteviä myös tutkimuksen ulkopuolella (Locke ym. 2010, 81) tai ”tutkimuksen yhteydestä toiseen yhteyteen siirrettävissä” (Ronkainen ym. 2011, 130). Lisäksi on hyvä kriittisesti tarkastella tulosten ja todellisuuden vastaavuutta – tätä kuvaa englanninkielinen käsite credibility (Guba & Lincoln 1994, 114).

Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa tutkimuksen laatu. Tutkimuksen laatua voi arvioida Ronkaisen ym. (2011, 142–142) esittämien kriteerien avulla: tutkimuksen kurinalaisuus, tutkimuksen eri osien yhteensopivuus ja toimivuus, tutkimuksen lähtökohdat, tutkimusprosessi ja empiiriset toimintatavat, aineiston keruu sekä lopputulokset ja päätelmät. Nämä kaikki on pyritty huomioimaan tutkimusta tehdessä. Tässä tutkimuksessa on myös pyritty vastaamaan

tutkimuskysymyksiin. Tutkimusaineisto tuli valmiina yliopistollisen sairaalan kirurgiselta vuodeosastolta. Kirurgisen vuodeosaston hoitajien koulutuksen merkitystä voi varovaisesti arvioida tämän tutkimuksen tulosten valossa, mutta tutkimustulokset myös herättävät uusia kysymyksiä. Tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä.

## **6.2 Jatkokehittämisasiat**

Hoitajien koulutus paransi avanneohjausta erityisesti ruokavaliota ja suoliston toimintaa koskevan tiedon osalta. Kokonaisuudessaan avanneohjausta arvioitiin useammin riittäväksi kuin puutteelliseksi sekä ennen että jälkeen hoitajien koulutuksen. Mikäli hoitajia koulutetaan myös jatkossa, koulutuksessa voisi tämän tutkimuksen tulosten valossa painottaa seuraavia aiheita: avannetta ympäröivän ihon hoito, toiminta ongelmatilanteissa, potilas- ja tukijärjestötoiminta, avanteen vaikutus harrastuksiin ja työntekoon, minäkuvaan, ihmissuhteisiin ja seksuaalisuuteen. Tällaisen hoitajien koulutuksen kautta voisi olla mahdollista saavuttaa tilanne, jossa aiempaa useampi avanneleikattu arvioisi avanneohjauksen riittäväksi.

Jatkotutkimuksissa avanneleikattujen kokemuksia voisi tutkia myös laadullisin menetelmin esimerkiksi keräten tietoa haastatteluin. Avanneleikattujen arvokkaan kokemuksen lisäksi tärkeä olisi selvittää myös hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia avanneohjauksesta. Näin voisi selvittää myös avanneohjaukseen vaikuttavia seikkoja, jotka eivät käyneet tässä tutkimuksessa ilmi. Kiinnostava tutkimuskohde olisi myös avanneohjaukseen suunnatut resurssit.

## LÄHTEET

Burch, J. 2008 Stoma care. Chichester, West Sussex: Wiley.

Burch, J. 2013. Optimal support systems for patients with stomas – an opinion piece. *Nursing: Research and Reviews*. 2014, 4 (4), 55–64.

Daneilsen, A., Soerensen, E., Burcharth, K. & Rosenberg, J. 2012. Impact of a temporary stoma on patients' everyday lived: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. *Journal of Clinical Nursing* 2012, 22, 1343–1352.

Eloranta, S, Leino-Kilpi H. & Katajisto, J. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 2014, 26 (1), 63–73.

Finnilco ry. Viitattu 3.10.2017. [www.finnilco.fi](http://www.finnilco.fi)

Guba, E. G. & Lincoln Y. S. 1994. Competing paradigms in qualitative research. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 105–117.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Viitattu 25.5.2017. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>

Järvinen, S., Hautamäki-Lamminen, K., & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa. Viitattu 11.10.2017. <https://www.thl.fi/documents/10531/95751/Raportti%202012%2025.pdf>

Kuula, A. 2011. *Tutkimusetiikka*. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Kuusisto, A., Saranto, K. & Asikainen, P. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 2014, 26 (4), 310–321.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kähkönen, O., Saaranen, T. & Kankkunen, P. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 2012, 24 (3), 201–215.

Lausmaa, M. 2017. Avannehoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala. Takala, H. 2017. Kirurgian erikoislääkäri, Oulun yliopistollinen sairaala. Keskustelu 8.12.2017.

Liao, C. & Qin, Y. 2014. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences* 2014, 1 (1), 196–201.

Liftländer, I. & Mielonen, A. 2007. Virtsa-avannepotilaan ohjauksen rungon suunnittelu. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Liimatainen, T. 2007. Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 7.5.2017, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78640/gradu02271.pdf?sequence=1>.

Liukkonen, K. & Hokkanen, U. 2003. Avanne. Mikkeli: AO-paino.

Locke, L. F., Silverman, S. I. & Spirduso W. W. 2010. Reading and understanding research. 3. painos. Thousand Oaks, CA: Sage.

Mäkelä, J. T. & Niskasaari, M. 2006. Stoma care problems after stoma surgery in northern Finland. *Scandinavian Journal of Surgery* 2006, 95, 23–27.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M., & Kvist, T. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta. *Hoitotiede* 2015, 27 (1), 18–30.



National Institute for Health and Care Excellence, 2017. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Viitattu 11.10.2017, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/1-Guidance#oral-nutrition-support-in-hospital-and-the-community>.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.

Rosenberg-Ryhänen, L. 2013. Seksuaalisuus ja parisuhde. Tietoa avanteesta. Viitattu 25.5.2017, <http://finnilco.fi/wp-content/uploads/2015/03/Tietoa-avanteesta-2013.pdf>

Saari, S. & Hynninen, T. 2010. Kuvaus Suomessa tehtävästä psykologisesta auttamisessa akuuteissa kriiseissä ja traumaattisissa tilanteissa. *Psykologia* 2010, 45 (01), 43–50.

Sharpe, L., Patel, D. & Clarke, S. 2011. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research* 2011, 70, 395–402.

Suhonen, R. & Axelin, A. 2013. Pääkirjoitus. Mitä Suomen hoitotieteessä tutkitaan / julkaistaan suomeksi? *Hoitotiede* 2013.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M.-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 2013, 25 (2), 80-91.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* I. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 102–125.

1. Sukupuoli

- Mies  Nainen

2. Ikäni on

- Alle 35 vuotta     36-50 vuotta     51-70 vuotta     71-80 vuotta     Yli 80 vuotta

3. Mikä avanne Teille on tehty?

---

---

---

4. Onko leikkaus tehty?

- Suunnitellusti  
 Päivystyksellisesti

5. Olen saanut osastolla ollessani tietoa suoliston toiminnasta

- Riittävästi  
 Jonkin verran  
 Ei lainkaan

6. Olen saanut osastolla ollessani tietoa syistä jonka vuoksi avanne on minulle tehty

- Riittävästi  
 Jonkin verran  
 Ei lainkaan

**7. Olen saanut osastolla ollessani kirjallista materiaalia avanteesta**

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**8. Olen saanut osastolla ollessani suullista tietoa avanteesta**

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**9. Olen saanut osastolla ollessani ohjausta avannesidoksen vaihdosta**

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**10. Olen saanut osastolla ollessani ohjausta avannetta ympäröivän ihon hoidosta**

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**11. Olen saanut osastolla ollessani ohjausta avanteen tarkkailusta**

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**12. Olen saanut osastolla ollessani tietoa avanneleikatun ruokavaliosta**

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**13.** Olen saanut osastolla ollessani keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksesta harrastuksiini ja työntekoon

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**14.** Olen saanut osastolla ollessani keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksesta ihmissuhteisiini (esim. parisuhde, ystävyysuhteet)

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**15.** Olen saanut osastolla ollessani tietoa seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

**16.** Olen saanut osastolla ollessani keskustella avanteen mahdollisesta vaikutuksesta minäkuvaani

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

17. Olen saanut osastolla ollessani ohjausta siitä, miten toimia jos avanteen kanssa tulee jotain ongelmia

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

18. Olen saanut osastolla ollessani tietoa potilasjärjestö- ja tukihenkilötoiminnasta

- Riittävästi
- Jonkin verran
- Ei lainkaan

19. Olen harjoitellut seuraavia asioita riittävästi osastolla ollessani selviytyäkseni kotona

- Avannesidoksen irrottaminen
- Avannesidoksen leikkaaminen
- Avannesidoksen kiinnittäminen
- Avannesidoksen tyhjentäminen
- Avannetta ympäröivän ihon tarkkailu
- Avannetta ympäröivän ihon hoito
- Muuta
- \_\_\_\_\_

20. Olisin toivonut enemmän ohjausta tai harjoittelua seuraavista asioista osastolla ollessani

- Suoliston toiminta
- Avanteen tekoon johtanut syy
- Avannesidoksen vaihto
- Avannetta ympäröivän ihon hoito
- Avanteen tarkkailu
- Avanneleikatun ruokavalio

- Avanteen mahdolliset vaikutukset harrastuksiin ja työntekoon
- Avanteen mahdollinen vaikutus ihmissuhteisiin
- Avanteen mahdollinen vaikutus seksuaalisuuteen
- Avanteen mahdollinen vaikutus minäkuvaan
- Potilasjärjestö- ja tukihenkilötoiminnasta

Muusta

---

## 21. Osastolla minua ohjasivat

- Hoitajat
- Lääkärit
- Avannehoitajat
- Fysioterapeutit

Joku muu

---

## 22. Vapaita kommentteja

---

---

---