



Suolistoavanteen hoito:

ohjausopas ja video terveystieteen koulutukseen

Borsevitskaja Tatjana

Karvinen Minka

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2025

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma
Perioperatiivinen hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

BORSEVITSKAJA, TATJANA & KARVINEN, MINKA:
Suolistoavanteen hoito: ohjausopas ja video terveysalan koulutukseen

Opinnäytetyö 41 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Helmikuu 2025

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ohjausopas ja video avannepotilaan omahoidosta ja avannesidoksen vaihdosta terveysalan opiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea terveysalan opiskelijoiden ammatillisen osaamisen kehittämistä ja lisätä tietoutta avannepotilaan hoitotyöstä ja avannesidoksen vaihtamisesta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, ja sen tuloksena syntyivät kirjallinen raportti, video ja ohjausopas. Kirjallisen raportin teoriaosassa käsiteltiin ohut- ja paksusuolen anatomiaa, yleisimpiä indikaatioita avanteen muodostamiselle, avannesidoksen vaihtoa sekä oppimateriaalin laatimista terveysalan opiskelijoille.

Jatkotutkimushaasteena nousi esiin tarve luoda opas avanteen oheistuotteista ja niiden käytöstä, sekä oikeanlaisten sidosten valitsemisesta avannepotilaille heidän henkilökohtaisiin tarpeisiinsa perustuen. Opas voisi edistää avannepotilaan itsehoitomahdollisuuksia sekä lisää terveysalan opiskelijoiden tietämystä oheistuotteista ja niiden käytöstä. Erilaisilla sidoksilla ja oheistuotteilla voi olla suuri merkitys potilaan elämänlaatuun, koska ne voivat auttaa mm. vuoto- ja iho-ongelmissa.

ABSTRACT

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

BORSEVITSKAJA, TATJANA & KARVINEN, MINKA:
Care of Intestinal Wound Pouch: An Educational Guide and Video for Health Care Education

Bachelor's thesis 41 pages, appendices 2 pages
February 2025

The purpose of this thesis was to create a guidance and video on self-care and pouch changing for healthcare students. The aim was to support the development of professional competence among healthcare students and enhance their knowledge of pouch patient care and pouch changing. The thesis was carried out in cooperation with Tampere University of Applied Sciences.

The thesis was carried out as a functional project, resulting in the creation of a written report, a video, and a care guide. The theoretical part of the written report explores the anatomy of the small and large intestines, the most common indications for ostomy care, the process of changing an ostomy appliance, and teaching materials designed for healthcare students.

In the future, a guide should be developed on the wide range of ancillary products and their use. This would include identifying the right type of external faecal pouches for an ostomy patient based on their individual needs. Such a guide could promote self-care opportunities for patients and enhance healthcare students' knowledge of external fecal pouches and their appropriate use. Having the right external fecal pouches and accessories can significantly improve a patient's quality of life by addressing challenges associated with living with an ostomy, such as leakage and skin problems.

Key words: intestinal wound, pouch change, patient guidance, guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KÄSITTEELLINEN VIIITEKEHYS	6
	2.1. Ruoansulatuselimistön rakenne ja toiminta	7
	2.2. Paksu- ja ohutsuoliavanteen eri tyypit	9
	2.2.1 Erilaiset ohutsuoliavanteen tyypit	10
	2.2.2 Erilaiset paksusuoliavanteen tyypit	10
	2.3. Avanneleikkauksen yleisimmät indikaatiot	12
	2.4. Avanteeseen liittyvät komplikaatiot	12
	2.5. Avanteen sijainnin suunnittelu	13
	2.6. Avannetarvikkeiden valinta	16
	2.7. Avannesidoksen vaihtaminen	23
	2.7.1 Avannesidoksen tyhjentäminen	25
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	26
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
	4.1. Toiminnallinen opinnäytetyö	27
	4.2. Tiedonhaku	28
	4.3. Opinnäytetyön prosessi	29
	4.4. Tuotos	30
5	POHDINTA	33
	5.1. Eettisyys	33
	5.2. Luotettavuus	34
	5.3. Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	35
	LÄHTEET	36
	KUVALÄHTEET	39
	LIITTEET	40
	Liite 1. Alkuperäinen kuvakäsikirjoitus	40

1 JOHDANTO

Stoomia eli suoleen tehtyjä aukkoja oli käytetty ihmishenkien pelastamiseen jo vuodesta 350 eKr. Vuonna 1710 oli mainittu kirurgisten stoomien käytöstä. Suolistoleikkausmenetelmiä kehitettiin ja paranneltiin ajan myötä, ja ensimmäinen onnistunut leikkaus tällä alalla tehtiin vuonna 1793, kun ranskalainen kirurgi Duret loi avanteen henkilölle, jolla ei ollut peräaukkoa. Vatsaontelon stoomien tarkka sijoittaminen onnistuttiin kuitenkin tekemään vasta vuonna 1978. Alun perin kirurgien tehtäviin kuulunut stooman sijoittaminen suoritetaan nykyisin sekä kehittyneissä että kehittyvissä maissa sertifioitujen stomaterapeuttien tai enterostomaterapeuttien toimesta. (Leyk ym. 2018, 23.)

Avanteen luominen on lääketieteellinen toimenpide, jossa potilaalle tehdään leikkauksessa keinotekoinen ulosteaukko vatsan seinämään. Tämä toimenpide suoritetaan yleensä, kun potilaalla on vakavia suoliston ongelmia (suoliston tukkeuma, syöpä, trauma tai tulehdus), jotka estävät normaalin suoliston toiminnan. Avanne mahdollistaa ulosteen poistumisen kehosta suoraan vatsan seinämän läpi keräämällä sen ulkoiseen keräyspussiin, joka kiinnitetään vatsan päälle. (Huovinen ym. 2023, 592; Nazarko 2024, 184–185.)

Suomessa on 7 000 avanneleikattua ihmistä. Leikkausten suuri määrä korostaa tarpeen ymmärtää ja tukea tätä potilasryhmää. Suurin osa heistä saa väliaikaisen avanteen (Lepistö 2018).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ohjausopas ja video avannepotilaan omahoidosta ja avannesidoksen vaihdosta terveysalan opiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea terveysalan opiskelijoiden ammatillisen osaamisen kehittämistä ja lisätä tietoutta avannepotilaan hoitotyöstä ja avannesidoksen vaihtamisesta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

2 KÄSITTEELLINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyön käsitteellisenä viitekehysenä toimivat: ruoansulatuselimistön rakenne ja toiminta, erilaiset ohut- ja paksusuoliavannetyypit, avanteen yleisimmät indikaatiot, avanteen sijainnin suunnittelu, avanteeseen liittyvät komplikaatiot, avannetarvikkeiden valinta, avanteen vaihtaminen ja avannesidoksen tyhjentäminen. Opinnäytetyössä keskityttiin ainoastaan ohut- ja paksusuoliavanteisiin. Opinnäytetyön käsitteellinen viitekehys on kuviossa 1.

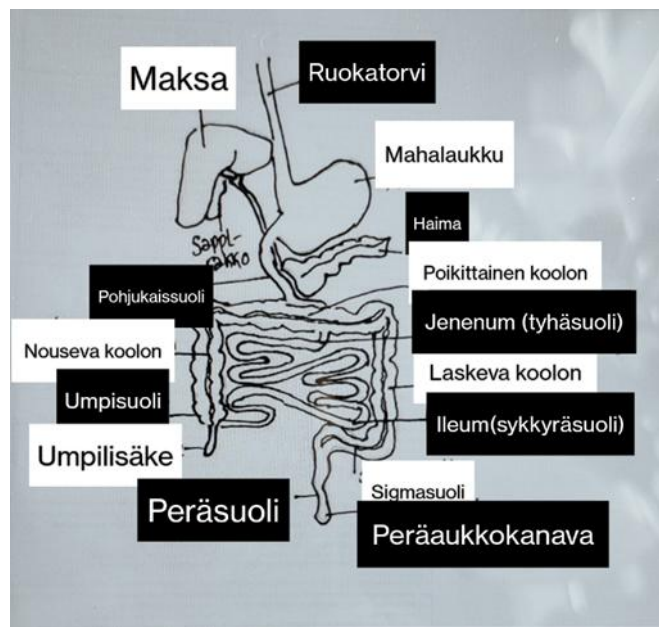


KUVIO 1. Käsitteellinen viitekehys.

Avanteesta käytetään myös sanaa stooma, joka tarkoittaa aukkoa. Suoliavanteita on kahta päätyyppiä: väliaikaisia ja pysyviä. Väliaikainen suoliavanne on tarkoitettu tilapäiseen käyttöön esimerkiksi leikkauksen jälkeen, näin leikatun suoliston on mahdollista palautua ja toipua rauhassa. Jos suoliston normaalia toimintaa ei voida palauttaa, suoliavanne jää pysyväksi osaksi potilaan arkea. (Huovinen ym. 2023, 592; Bedford 2022, S18.)

2.1. Ruoansulatuselimistön rakenne ja toiminta

Ruoansulatuskanava on monimutkainen biologinen järjestelmä, joka vastaa ruoan mekaanisesta ja kemiallisesta hajottamisesta, sekä ravintoaineiden imeytymisestä elimistöön. Se koostuu useista elimistä ja kudoksista, jotka työskentelevät yhdessä ruoan käsittelyssä. (Risto 2023, 346; Greenwood-Van Meerveld, Johnson & Grundy 2017, 2–4.)



KUVIO 2. Ruoansulatuselimistö (Bjälle ym. 2013, 381, muokattu). (Kuva: Minka Karvinen, 2024).

Ruoansulatuskanava (kuvio 2) on noin 7–9 metriä pitkä aikuisella ihmisellä. Ruoansulatuskanavan pituuteen lasketaan mukaan suunontelo, ruokatorvi, mahalaukku, ohutsuoli, paksusuoli ja peräsuoli. (Risto 2023, 348; Greenwood-Van Meerveld ym. 2017, 3.)

Ohutsuolen sisäpinta on runsaasti poimuttunut ja tämä rakenne auttaa lisäämään sen pinta-alaa ruoansulatuksen ja ravinteiden imeytymisen tehostamiseksi. Ohutsuoli on jaettu kolmeen pääosaan: pohjukaissuoleen (duodenum), tyhjäsuolet (jejunum) ja sykkyräsuolet (ileum). (Risto 2023, 347; Nazarko 2024, 184.) Ohutsuolen alku- ja keskiosan merkitys ravinteiden imeytymisessä on keskeinen.

Ohutsuolessa tapahtuu peristaltiikkaa, jossa suolen lihakset supistuvat ja rentoutuvat vuorotellen, työntäen ruokaa eteenpäin ruoansulatuskanavassa. Lisäksi siellä tapahtuu segmentoitumista, mikä tarkoittaa suolen eri osien supistumista, jolloin ruoka sekoittuu tehokkaammin ja ravintoaineet imeytyvät paremmin. (Risto 2023, 347; Greenwood-Van Meerveld ym. 2017, 4.)

Paksusuoli muodostuu umpisuolesta (caecum), umpilisäkkeestä (appendix vermiformis) sekä varsinaisesta paksusuolesta (colon). Itse paksusuoli koostuu kolmesta melko suorasta ja yhdestä kiemuraisemmasta osasta. (Bjålie ym. 2013, 417; Nigam, Knight & Williams 2019, 50.) Laskevan koolonin peräsuoleen yhdistää kiemurainen osa, sigmasuoli (colon sigmoideum). Vatsakalvon takana sijaitsevat nouseva ja laskeva kolon. Poikittainen koolon ja sigmasuoli ovat kiinnittyneet vatsaontelon takaseinään suoliliepeellä. (Bjålie ym. 2013, 417; Nigam ym. 2019, 51.)

Paksusuolessa ei ole yhtenäistä pitkittäistä lihaskerrosta, toisin kuin esimerkiksi ohutsuolessa. Paksusuoli koostuu kolmesta nauhamaisesta samansuuntaista pitkittäisestä lihasolusta (taenia coli) ja ne ovat tasavälein koolonin pinnassa. Koska nauhat ovat lyhyempiä, kuin mitä kolon olisi venytettynä, se asettautuu poimulle (hastrum, haustraatio) venyttämättömänä. (Bjålie ym. 2013, 417; Hiltunen 2018.)

Putkimaiset rauhaset tuottavat vähäisiä määriä limaista nestettä, jossa ei ole entsyymejä. Lima toimii voiteluaineena suolensisällölle, sitoo ulosteen ainesosia yhteen, sekä suojaa epiteelisoluja. Paksusuolessa ei ole mikrovilluksia tai nukkalisäkkeistä ja siten epiteelipinta-ala on myös pienempi kuin ohutsuolessa. (Bjålie ym. 2013, 417; Knight, Williams & Nigam 2019, 43.)

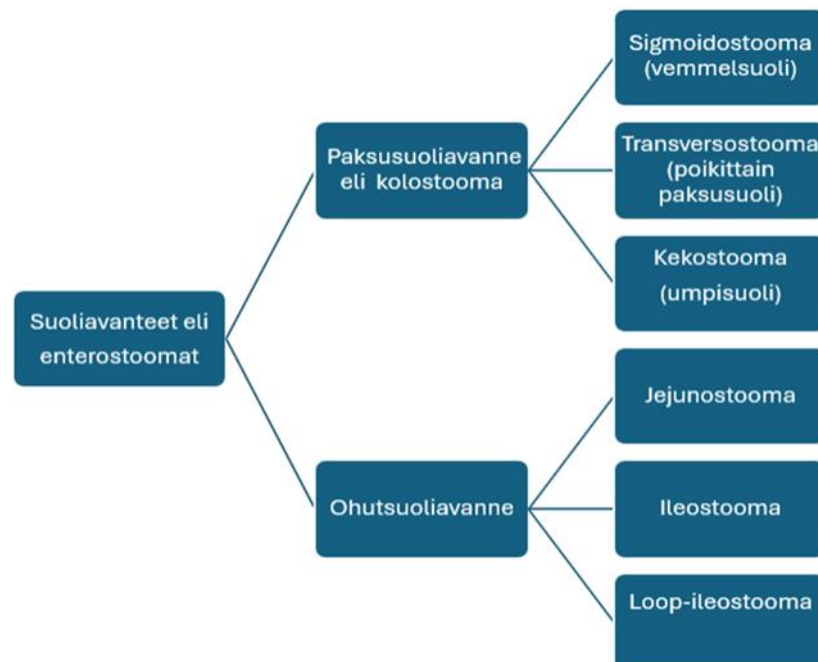
Paksusuolessa on suuria määriä bakteereja. Bakteerit paksusuolessa kuuluvat elimistön normaaliflooraan ja osallistuvat ihmisen immuunipuolustamiseen. Paksusuolen K-vitamiinin tuotanto on tärkeätä, koska ravinnosta saatava K-vitamiinin määrä ei takaa veren normaalihiyytymistä. Paksusuoli tuottaa myös tiettyjä B-vi-

tamiineja. Paksusuolen bakteerit pysyvät pilkkomaan hiilihydraatteja ja selluloosaa, joihin muut ruuansulatus entsyymit eivät pysty. (Bjälle ym. 2013, 417; Nazarko 2024, 184; Nigam ym. 2019, 52.)

Paksusuoleessa on lähinnä kolmenlaisia liikkeitä; segmentaatioliikkeet, massaperistaltiikka ja retrograadista motoriikkaa, joista segmenttiliikkeet ovat yleisimpiä. Ohutsuoleen verrattuna liikkeet ovat huomattavasti hitaampia. Liike liikuttaa suolensisältöä edestakaisin hitaasti ja pikkuhiljaa myös eteenpäin. (Bjälle ym. 2013, 418; Hiltunen 2018.)

2.2. Paksu- ja ohutsuoliavanteen eri tyypit

Paksu- ja ohutsuoliavanteita on useita eri tyyppiä (kuvio 3), ja ne voidaan jakaa kahteen pääryhmään: paksusuoliavanteisiin (kolostoomat) ja ohutsuoliavanteisiin (ileostoomat).



KUVIO 3. Suolistoavanteet.

2.2.1 Erilaiset ohutsuoliavanteen tyypit

Ohutsuoliavanne voidaan väliaikaisesti tehdä kaksipiippuisena lenkkiavanteena tai pääavanteena (Rautio & Mäkäräinen 2024). Ohutsuoliavanteet (kuvio 3) voivat olla yksi- tai kaksipiippuisia ja voivat olla joko pysyviä tai väliaikaisia. Ne sijaitsevat oikealla alavatsalla. Ohutsuoliavanteen erite on erittäin ihoa ärsyttävää, jopa syövyttävää, löysää sekä hajultaan kitkerää. (Ahonen ym. 2016, 530; Nazarko 2024, 184–185.)

ILEOSTOOMA on avanne, joka luodaan ohutsuolen viimeiseen kolmannekseen. Toimenpiteessä on yleensä poistettu kokonaisuudessaan sekä paksusuoli, että peräsuoli. Ko. avanne on aina yksipiippuinen. (Ahonen ym. 2016, 530.) Ileostooma muodostetaan tuomalla sykkyräsuolesta osa vatsan pintaan. Avanteen luominen voi olla joko hätäleikkauksen seurauksena tai suunniteltuna toimenpiteenä. (Nazarko 2024, 184–185.)

LOOP-ILEOSTOOMA luodaan ohutsuolen loppuosaan nostamalla ohutsuoli lenkinä vatsanpeitteiden päälle. Suoleen tehdään viilto, reunat käännetään alas ja ommellaan kiinni ihoon. Näin syntyy loop-ileostooma, jossa on kaksi avannetta, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Avanteen tarkoituksena on suojata ei erittävän suolen osaan tehtyä suolisaumaa. Tämä avanne tavallisesti väliaikainen ja on kaksipiippuinen. (Ahonen ym. 2016, 530.)

JEJUNOSTOOMA on ohutsuoliavanteista harvinaisin. Avanne tehdään ohutsuolen keskivaiheille ja se sijoitetaan navan yläpuolelle, kehon oikealle puolelle. Jejunostooma voi olla joko yksi tai kaksipiippuinen. Avanteen erite on runsasta, syövyttävää ja juoksevaa. Potilaat voivat runsaan erityksen vuoksi kärsiä elektrolyyttihäiriöistä. (Ahonen ym. 2016, 530.)

2.2.2 Erilaiset paksusuoliavanteen tyypit

Paksusuolen avanteet (kuvio 3) voivat olla yksi tai kaksipiippuisia ja ne useimmiten luodaan vasemmalle puolelle vatsanpeitteiden päälle, navan ja lonkkaluun

alapuolelle (Ahonen ym. 2016, 530). Avanteet jaetaan kahteen ryhmään: pysyviin ja tilapäisiin. Pysyvä avanne tehdään silloin, kun suolen toimintaa ei voida palauttaa normaaliksi. Esimerkiksi peräsuolisyövän leikkauksen jälkeen voidaan joutua poistamaan peräaukko, tai vaikea suolistosairaus saattaa vaatia paksusuolen poistamisen, jolloin avanne jää pysyväksi. Pysyvä avanne tulee kysymykseen myös silloin, jos ulosteen pidätyskyky on heikentynyt merkittävästi. (Rautio ja Mäkräinen 2024.)

Tilapäinen avanne tehdään vain väliaikaisesti, esimerkiksi suojaamaan leikkaushaavaa tai estämään tulehdusta leikkauksen jälkeen. Tilapäinen avanne voidaan myös tehdä ohjaamaan ulostetta pois tulehtuneelta alueelta, esimerkiksi peräaukon ympärillä olevien haavojen tai fistelien vuoksi. Tällöin avanne tehdään usein lenkkiavanteena, koska se on helpompi sulkea myöhemmin suoraan avanneaukon kautta ilman tähytysleikkausta tai vatsan keskiviiltoa. (Rautio ja Mäkräinen 2024.)

SIGMOIDOSTOOMA on yleisin paksusuolen avanne. Se luodaan yleensä, kun paksu tai peräsuolesta suurin osa joudutaan poistamaan. Paksusuolen jäljellä oleva suoli tuodaan avanteeksi, vatsanpeitteiden läpi. Aluksi uloste on löysää, mutta kiinteytyy vähitellen. Tämä avanne voi olla joko tilapäinen tai pysyvä. (Ahonen ym. 2016, 530.)

TRANSVERSOSTOOMA on väliaikainen avanne. Se luodaan poikittaiseen paksusuolen alueelle (colon transversumiin). Avanne voi sijaita joko oikealla tai vasemmalla puolen, navan yllä. Se luodaan yleensä suojaamaan leikattua suoliliitosta väliaikaisesti. Tässä suoli nostetaan ihon päälle lenkkinä, joka kannatellaan avannesauvan avulla. Suolilenkkiin tehdään viilto ja käännetään suolen reunat alas ja kiinnitetään ihoon ompelein. Transversostoomaa muodostuu siten kahdesta avanteesta, jotka ovat liitettynä toisiinsa. Uloste voi aluksi olla löysää, kiinteytyen myöhemmin normaalia ulostetta muistuttavaksi. Haju voimakkaampaa normaaliin ulosteeseen verrattuna. (Ahonen ym. 2016, 530.)

KEKOSTOOMA on harvinaisin paksusuolen avanteista. Se luodaan paksusuolen alkuun, oikealle puolelle alavatsalle. Avanne luodaan joko ihon tasolle tai

alapuolelle, joka tekee sidonnasta haastavaa. Uloste on vahvaa, löysää sekä ihoa ärsyttävä. (Ahonen ym. 2016, 530.)

2.3. Avanneleikkauksen yleisimmät indikaatiot

Ohutsuolen avanteiden indikaatioita voivat olla mm. haavaisen paksusuolitulehdus (colitis ulcerosa), syöpä tai Crohnin tauti (Ahonen ym. 2016, 530). Indikaatioita esimerkiksi ileostooman luomisessa voivat olla hyvän- ja pahanlaatuisen taudin aiheuttamat suolen tukkeumat, suoliliepeen iskemia, perforaatio peritoniitti. (Nazarko 2024, 184–185.)

Pysyvän kolostomian (paksusuolen avanteen) luomiseen yleisin syy on peräsuolen syöpä. Muita syitä voivat olla mm. vaikea anaali-inkontinenssi, kasvaimet peräaukossa, peräsuolella tai anaalikanavassa, sädehoidosta johtuvat komplikaatiot, synnynnäiset epämuodostumat tai vammat. (Lepistö 2018; Nazarko 2024, 185.)

Paksusuolen divertikkeli perforaatio (suolen puhkeaminen) tai akuutissa tilanteessa tehdyn sigmasuolen avanne (Hartmannin leikkaus). Edellä mainituissa avanne voi jäädä alun perin väliaikaiseksi ajatellun sijaan pysyväksi, potilaan korkean iän tai huonon yleistilan vuoksi (Lepistö 2018).

2.4. Avanteeseen liittyvät komplikaatiot

Avanneleikkauksen ongelmia voi esiintyä vasta pitkän ajan kuluttua tai jo heti avanteen luomisen jälkeen. Heti avanteen luomisen jälkeen voi ilmetä useita ongelmia, kuten avanteen kudoksen kuolio (nekroosi), liiallinen toiminta, toimimattomuus, verenvuoto avanteen reunasta sekä ihon ongelmat tai infektiot avanteen ympärillä. Lisäksi avanne voi irrota ihosta tai vetäytyä vatsanpeitteiden sisään. Yleisimpiä pitkäaikaisongelmista ovat: avanteen ahtautuminen, avanne-tyrä sekä avanteen esiinluiskahdus eli avanneprolapsi. (Koskensalo, Karjalainen, Mäkelä & Koskenvuo 2023, 1646–1649.)

Tutkimuksessa potilaat kertoivat avanteen hoidossa ilmenevistä ongelmista, joista yleisimpiä olivat vuoto, siihen liittyvät iho-ongelmat ja kipu. Haasteita oli avanteen pohjan kiinnittämisessä. Pohja ei pysynyt hyvin paikoillaan ja joillakin ihmisillä oli allergisia reaktioita liimasta. Lisäksi avanteen ympärillä olevat haavat olivat kipeitä. Potilaat tunsivat myös psyykkistä ahdistusta vuodosta, epämiellyttävistä hajuista ja ihon ärsytyksestä. Nämä ongelmat vaikuttivat heidän sosiaaliseen aktiivisuuteensa ja itseluottamukseensa. (Sun ym. 2020, 1552.)

2.5. Avanteen sijainnin suunnittelu

Noin puolelle avanteen luomisen yhteydessä tulee jotain ongelmia. Osa voitaisiin välttää huolellisella suunnittelulla mm. avanteen paikan suhteen. Avanteen paikka tulisi mahdollisuuksien mukaan suunnitella potilaan ollessa istualtaan niin, että vatsa on lysisssä. Hyvä olisi myös katsoa miten iho, ja ihopoimut menevät potilaan ollessa makuultaan, seisoen tai kumartaen. Hoikalla potilaalla avanteen ei tulisi olla lähellä suoliluuta tai kylkiluuta. Ihanteellisinta olisi, että avannehoitaja yhdessä kirurgin kanssa pystyisivät yhdessä potilaan kanssa suunnittelemaan avanteen paikan. (Koskensalo ym. 2023, 1644; Leyk ym. 2018, 26–27; Bedford 2022, S20-S21.)

Paikan merkitseminen saattaa vähentää avannekomplikaatioita. Avanteen sijainti tulisi suunnitella niin, että potilas ylettää siihen molemmin käsin ja pystyy näkemään sen. Sijaintia arvioidessa tulisi ottaa huomioon potilaan rakenne ja suolen sijainti vatsaontelossa. Paljon ylipainoa omaavilla ei avanteen nosto ole aina mahdollista, eikä avanteen luominen näin onnistu parhaimpaan mahdolliseen paikkaan. (Koskensalo ym. 2023, 1644; Leyk ym. 2018, 26–27; Bedford 2022, S20-S21.)



KUVA 1. Avanne poimussa (Dansac & Hollister Scandinavia Inc).

Ylipainoisilla avanne voi jäädä herkemmin liian matalaksi ja vetäytyä syvemmälle runsaiden vatsanpeitteiden vuoksi (kuva 1). Ylipainoiselle potilaalle voi ehdottaa peilin käyttöä apuna. Avannetta ei tulisi luoda vatsan ihopoimun pohjalle, sillä se johtaa usein ihoinfektioihin ja avannesidoksen kiinnittymisongelmiin. (Koskensalo ym. 2023, 1644; Leyk ym. 2018, 26–27; Bedford 2022, S20-S21.)

Jos avanteen paikka on suunniteltu huonosti, voi se aiheuttaa potilaalle elämänlaatua haittaavia tekijöitä. Avannekohdan tarkalla ja hyvällä suunnittelulla, voidaan välttää mahdollisia komplikaatioita siltä osin, että ne johtuisivat huonosta sijainnista. Terveystieteiden ammattilaisia, kuten kirurgeja ja hoitajia on siten koulutettava avanteen suunnitteluun ja sijoittamiseen, koska tällä on tärkeä rooli komplikaatioiden ehkäisyssä mm. ylipainoisilla, diabeetikoilla sekä hätäleikkauksissa. Avanteen sijoittelussa tulee välttää seuraavia alueita: tyrät (kuva 2), ihopoimut, arvet, luut, riippuvat rinnat, napa (kuva 3), vyötärön normaali linja ja ihon taivekohdat. (Zwiep ym. 2022, 361–362.)



KUVA 2. Parastomaalinen tyrä (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).



KUVA 3. Navan vieressä avanne (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Ulostevanteet tulisi aina kun mahdollista luoda niin, että avanne ulkonee ihon pinnasta. Aikuisten ileostomia tulisi asettaa vähintään 2 cm ihon pinnan yläpuolelle. Tällä minimoidaan peristomaalisen vuodon mahdollisuutta. Peristomaalinen vuoto tarkoittaa vuotoa, joka ilmenee avanteen ympärillä olevalla iholla. Se voi johtua esimerkiksi ihon ärsytyksestä tai infektiosta avanteen läheisyydessä. Koulutetun klinikon tulee tehdä ennen leikkausta avannekohdan merkintä tarkkaan. Hyvin sijoitettu avanne edistää potilaan omatoimisuutta avannehoidossa, tukee päivittäisten toimintojen jatkamista ja vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Goldberg ym. 2018, 52–53.)

Peristomaalisia iho-ongelmia voidaan ennalta ehkäistä oikealla hoidolla. Tässä on avainasemassa potilaalle annettava koulutus avanteen hoidossa. Olisi hyvä, jos kaikilla avannepotilailla olisi mahdollisuus tavata avannehoitajaa, mutta näin ei kuitenkaan aina ole. Peristomaaliset iho-ongelmat voidaan ehkäistä, kun valitaan oikea sidos. (Nazarko 2024, 186; Bedford 2022, S19.)

Postoperatiivinen avannekoulutus on yhtä tärkeää kuin preoperatiivinen koulutus (Goldberg ym. 2018, 51; Toğluk Yigitoglu & Şendir 2021, 271). Ihanteellista olisi, jos potilas osaisi hoitaa kaikki avannehoidon vaiheet itsenäisesti ennen kotiutumistaan sairaalasta. Sairaalassa tulisi siten olla avannehoitoa edistävä ohjaus ja tämän tulisi olla opetuksen keskipisteessä ennen sairaalasta kotiutumista. Kirurgiset tekniikat ovat kehittyneet ja tämän myötä sairaalassaoloaika leikkauksen jälkeen on lyhentynyt. Tämän vuoksi myös potilaan koulutus avanteen hoidosta voi jäädä lyhyeksi. (Goldberg ym. 2018, 51.) Nazarko (2024, 187) korostaa, että

avanne leikkauksen jälkeisen avannekoulutuksen ohella psyykinen tuki on erittäin tärkeää, koska leikkaus voi vaikuttaa elämään merkittävästi. Yleensä nuoret sopeutuvat avanteeseen hyvin, kun taas toiset saattavat kohdata vaikeuksia sen hyväksymisessä ja tarvitsevat paljon tukea ja ohjausta.

Avannepotilaan omahoito on aina yksilöllistä, koska jokaisen potilaan tilanne, tarpeet ja valmiudet ovat erilaisia. Terveysalan ammattilaisen tehtävä on tarjota räätälöityä ohjausta, joka vastaa potilaan henkilökohtaisia tarpeita. Tämä voi tarkoittaa erilaisten avannetyyppien, hoitovälineiden ja tekniikoiden opettamista potilaan taitojen ja ymmärryksen mukaan. (Kirkland-Kyhn ym. 2018, 63.)

2.6. Avannetarvikkeiden valinta

Avannetyyppejä on pääasiassa kolme: kolostomia, ileostomia ja urostomia. Jokainen näistä edellyttää erilaista pussia tai järjestelmää ulosteen tai muiden eritteiden keräämiseen ja hallintaan, sillä eritteiden koostumus ja määrä vaihtelevat avannetyypin mukaan. (Burch 2023, 188–189.)

Kolostomia muodostuu paksusuolesta. Kolostomiasta tuleva uloste on paksua, joten avannepussin tyhjentäminen on hankalaa. Sigmoidisella kolostoomapotilaalla ulostetta muodostuu noin 150–200 g vuorokaudessa. Tällöin olisi hyvä käyttää suljettua avannepussia. Potilaan tulisi vaihtaa pussi, kun se on täyttynyt noin kolmannekseen tai enintään puoleen sen tilavuudesta. Suljetuissa avannepusseissa ei kaikissa ole ilmasuodatinta, jonka avulla ylimääräinen ilma pääsee pois. Kolostomiapussi vaihdetaan yleensä päivittäin. (Nazarko 2024, 185; Burch 2023, 188.)

Ileostomia, joka muodostuu ohutsuolen osasta, tuottaa tavallisesti löysää ulostetta. Ileostomiassa suoliston eritteiden määrä on tyyppillisesti 500–800 millilitraa vuorokaudessa. Tämän vuoksi käytetään erityistä tyhjennettävää pussia, jonka potilas tyhjentää yleensä noin 4–6 kertaa päivässä tarpeen mukaan. Koko avannesidos vaihdetaan useimmiten 1–3 päivän välein, riippuen sen täyttymisestä, ihon kunnosta ja potilaan yksilöllisistä tarpeista. (Nazarko 2024, 185.) Ileostomian

avannepussissa on myös ilmansuodatin kaasujen poistamiseksi (Burch 2023, 188.)

Avannesidoksessa/avannelaitteessa on kaksi eri osaa. Liimaosa on yleensä valmistettu hydrokolloidista, joka on ihoystävällinen ja niissä on parantavia ominaisuuksia. (Burch 2023, 188–189.)

Litteä laippa on yleisin malli, mutta saatavilla on myös koveria ja kuperia pohjalevyjä/laippoja. Kupera pohjalevy voi olla hyödyllinen, jos avanne on samalla tasolla vatsan seinämän kanssa, estäen ulosteen valumisen liimalaipan alle. Lisäksi, jos vatsan seinämässä on parastomaalinen pullistuma, kupera pohjalevy asettuu paremmin avanteeseen. Asiantuntija auttaa kuperan pohjalevyn valinnassa, sillä siihen liittyy myös riskejä, kuten peristomaaliset ihon mustelmat, trauma ja eroosiota. (Burch 2023, 188–190.)

Avannepusseja on saatavilla suljettuna tai tyhjennettävänä versiona, sekä yksitai kaksiosaisena. Kuvassa 4 on esimerkkejä näistä eri vaihtoehdoista.



KUVA 4. Tyhjennettävä ja suljettu pussi (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).



KUVA 5. Tasainen ja kupera ihonsuojalevy (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Kaksiosaisissa avannesidoksissa on ihon päälle asetettava pohjalevy (kuva 5), jossa on kohotettu harjanne, johon pussin voi kiinnittää. Jotkut kokevat kaksiosaisen pussijärjestelmän (kuva 6) ihoystävällisemmäksi ja luotettavammaksi, kuin yksiosaisen. Toisaalta näkövammaiset ja henkilöt, joilla on haasteita sorminäp-päryyden kanssa, saattavat pitää sitä hankalana käyttää. (Nazarko 2024, 186.)



KUVA 6. 2-osainen tyhjennettävä avannepussi ja pohjalevy (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Pussikoossa on myös erikokoisia versioita. Isoja pusseja voidaan käyttää esim. matkustaessa, pienempiä seksuaalisessa kanssakäynnissä tai urheiltaessa. Vuodon pelko ja itse vuotaminen vaikuttavat merkittävästi potilaan elämänlaatuun. Noin 90 % potilaista on huolissaan vuotoista ja 38 % on erittäin huolissaan mahdollisesta vuodon riskistä. Avanteesta tapahtuva vuoto, erityisesti kun se va-luu pohjalevyn ulkopuolelle, voi aiheuttaa ongelmia. Tämä vuoto voi myös päästä vaatteisiin, mikä vaikuttaa merkittävästi henkilön elämänlaatuun. (Osborne ym. 2022, S24.)

Vuotoriski kasvaa, jos pussi on kiinnitetty huonosti, se on liian täynnä tai ilmavai-
vat aiheuttavat pussin rikkoutumisen. On erittäin tärkeää varmistaa, että iho on
täysin kuiva ennen laitteen kiinnittämistä. Pussi ei tartu kunnolla kosteaan ihoon.
(Nazarko 2024, 186.) Vuoto voi johtua siitä, että pussi tai sen malli ei enää sovi
kunnolla. Esimerkiksi avanteen muoto tai koko voi muuttua, ja myös painon
nousu tai lasku voi vaikuttaa. Vuotoa voi syntyä, jos pussi asetetaan väärin tai jos
fyysiset rajoitteet vaikeuttavat sen käyttöä. Vuoto ja haju voivat olla vaikeita hallita
ja erityisesti naiset saattavat kokea hajun häiritsevämmäksi kuin miehet. (Krogs-
gaard ym. 2008, 8975.)

Burch (2023, 190) korostaa, että jotkut valmistajat tarjoavat erilaisia kankaita,
jotka voivat vähentää hikoilua. Lisäksi näitä kankaita voidaan valita niin, että ne
sopivat eri ihonsävyihin tai tekevät avanteen näkyvyyden vaatteiden alla vähäi-
semmäksi. Bedford (2022, S19) selittää, että potilaan tyytyväisyyteen vaikuttavat
huolellisesti suunniteltu avannepaikka, avanteen oikea valinta, asianmukainen
hoito ja hoitajien tuki. Nämä tekijät auttavat merkittävästi vähentämään vuotoris-
kiä. Bedford suosittelee nykyaikaisen Aura Plus -vettä hylkivän avannesidoksen
käyttöä. Se sisältää uuden mallisen liimapintaisen laipan sekä pastan, joka täyt-
tää vatsan epätasaisuudet.

Toğluk Yigitoglu ja Şendir (2021, 273) suosittelevat STOMA-M-sovelluksen käyt-
töä avanteen hoidossa. Sovellus opettaa ja auttaa potilaita ja heidän läheisiä
avanteensa hoidossa. Se tukee potilaita hoitamaan itseään ja sopeutumaan pa-
remmin elämään avanteen kanssa. Sovellus voi myös vähentää hoitoon liittyviä
ongelmia ja helpottaa arkea. Tämä voi parantaa potilaiden elämänlaatua.

Jos potilas kärsii ilmavaivoista, kannattaa varmistaa, että pussissa (kuva 7) on
ilmanpoistosuodatin. Joskus ilman määrä voi olla niin suuri, että suodatin ei ky-
kene poistamaan kaikkea ylimääräistä ilmaa. Näissä tapauksissa pussi täytyy
tyhjentää tai vaihtaa uuteen. Kaksiosainen pussi mahdollistaa helpommin ylimää-
räisen ilman poistamisen, raottamalla pussia pohjalevystä ja sulkemalla se uu-
destaan. Jos potilaalla on yksiosainen pussijärjestelmä, tulisi miettiä ruokavaliota,
joka aiheuttaa mahdollisimman vähän ilman muodostusta tai siirtyä kaksiosaisiin

pussijärjestelmiin. On tärkeää, että potilas käyttää oikean kokoista avannejärjestelmää. Pussi kannattaa vaihtaa tai tyhjentää, kun se on kolmanneksen täynnä ja aina ennen nukkumaanmenoa. (Nazarko 2024, 186.)



KUVA 7. 2-osainen suljettu avannepussi suodattimen ja suojatarran kanssa (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Jos pohjalevyä tai avannesidosta vaihdetaan liian usein, se voi vahingoittaa ihon pintaa. Iho voi silloin tulla kipeäksi, märäksi ja joskus jopa vuotaa verta. Jos pohjalevy on leikattu liian suureksi, iho voi joutua kosketuksiin ileostomian eritteiden kanssa, jotka ovat hyvin nestemäisiä. (Alvey & Beck 2008, 42.)

Jos avannesidoksen kiinnittämisessä on ongelmia voi käyttää apuna esimerkiksi liimapastaa, liimaliuskoja tai erilaisia tiivisteitä. Liimapasta on koostumukseltaan paksua tahnaa. Liimanauhaa voi muotoilla parantaakseen pussilaitteen tiiviyyttä ja kiinnittymistä. Tiiviste on pyöreä (kuva 8,12) ja siinä on reikä keskellä. (Nazarko 2024, 187; Burch 2023, 190.)



KUVA 8. Ihonsuojarengas (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Asiantuntijat korostavat, että ihoa kannattaa suojata liiman alta. Iho tulee puhdistaa ja kuivata huolellisesti ennen suojan laittamista. Tämä auttaa ehkäisemään ihon punoitusta, ihottumaa, kutinaa ja pehmenemistä. Suojakalvon annetaan kuivua kokonaan ennen pohjalevyn kiinnittämistä. (Hadfield, De Freitas & Bradbury 2019, 39.) Nazarko (2024, 186–187) suosittelee käyttämään suojakalvoa ihon suojaamiseksi, jos iho on ärtynyt ja punoittava mutta ehjä. Suojakalvoja on saatavana suihkeina ja pyyhkeinä. Jos iho on rikki ja kipeä, voidaan käyttää avannejauhetta. Jauhe suojaa ja tiivistää vaurioitunutta ihoa. Haavaan levitetään puuteria ja ylimääräinen puuteri harjataan varovasti pois. Alvey ja Beckin (2008, 42) mukaan paljaalle iholle tulisi käyttää avannejauhetta ja tiivistysmassaa ihon suojaamiseksi ja kuivana pitämiseksi, jotta avannepussi pysyy hyvin paikallaan. Lisäksi on tärkeää varmistaa, että valittu pussi sopii juuri kyseiselle avanteelle ja vastaa potilaan yksilöllisiä tarpeita.

Peristomaalinen ihotulehdus voi johtua *Candida albicans* -hiivasienestä, mikä näkyy avanteen ympäristössä punaisina laikkuina, märkärakkuloina ja näppyinä. Tämän hoitamiseen voidaan käyttää mikonatsolijauhetta tai klotrimatsolijauhetta. Avanteen puhdistaminen tapahtuu varovasti taputtelemalla ja kuivattamalla. Sen jälkeen avannejauhetta levitetään avanteen ympäröivälle iholle ja ylimääräinen jauhe voidaan pyyhkiä pois vanulla. Tämän jälkeen asetetaan avannekalvo paikalleen ja annetaan sen kuivua ennen avannesidoksen asettamista paikalleen. (Nazarko 2024, 186–187; Alvey ja Beck 2008, 42.) Burchin (2023, 192) mukaan tummempi iho voi olla kuivempaa kuin vaalea iho, mikä lisää ihovaurioiden riskiä avannesidosta poistettaessa. Tämä riski on syytä ottaa huomioon.



KUVA 9. Hajunpoistaja (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Avanne voi aiheuttaa hajuhaittoja, mikä voi olla hyvin häiritsevää ihmisille. Kun pussi istuu hyvin eikä vuoda, hajuhaittoja ei yleensä esiinny ennen kuin pussi vaihdetaan. Hajun torjumiseen on saatavilla avannedeodorantteja ja ruokavalion muutokset voivat myös auttaa hajuhaittojen hallinnassa. Avannedeodorantteja on kahdenlaisia: nestemäinen "nollahaju" deodorantti, jota voi laittaa muutaman tippan avannepussiin (kuva 9) avannesidoksen vaihdon yhteydessä. Toisena vaihtoehtona on huoneeseen suihkutettavat deodorantit, jotka eliminoivat hajut. (Nazarko 2024, 186–187.)

Avannepotilaat usein kärsivät hiljaa erilaisista ongelmista, kuten iho-ongelmista, vuodoista ja hajuhaitoista. Nämä haasteet voivat merkittävästi vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. Ongelmat avanteen kanssa on kuitenkin yleensä hoidettavissa. Terveystieteen ammattilaisten tai avannehoitajien tulisi kysyä potilailta säännöllisesti, miten he pärjäävät avanteensa kanssa. Tämä antaa potilaille mahdollisuuden avata keskustelun mahdollisista ongelmistaan ja saada tarvitsemaansa neuvoa ja apua. (Nazarko 2024, 186–187; Bedford 2022, S19-S21.)

Avannesidoksen parempaan kiinnittymiseen olevia tuotteita ovat: tiivisteet, liimanauhut ja liimapastat. Tiivistettä voidaan venyttää ja muotoilla sopimaan minkä tahansa avanteen muotoon ja kokoon. Tiiviste on erinomainen valinta silloin, kun potilas tarvitsee lisäkiinnitystä koko avanteen ympärille. Liimanauha ja liimapasta ovat samantyyppisiä, liimanauha on kuitenkin paremmin muovattavissa. Liimapasta on putkimaisessa ja paksussa tahnamuodossa ja sitä käytetään avanteen tiivistykseen. Joissakin liimapastatuotteissa saattaa olla alkoholia, mikä voi tuntua epämiellyttävältä, jos se joutuu kosketuksiin rikkoutuneen ihon kanssa. Liimapastaa (kuva 10) ja -nauhoja voidaan käyttää ihon epätasaisuuksien, kuten kohoumien tai ryppejen, tasoittamiseen, jotka ovat lähellä avannelaipan alla. Liimapasta voi estää avanteen tihkumista tai rypistymistä, koska se luo tiiviin ja suojaavan kerroksen ihon ja avannelaipan välille. (Burch 2023, 188–190.)



KUVA 10. Ihonsuojapasta (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Teipistä voi olla hyötyä (kuva 11), jos iho on epätasainen ja avannesidoksen ulkoreunat eivät kiinnity kunnolla. Teippiä ei tulisi käyttää vuotojen estämiseen, koska se voi lisätä riskiä peristomaalisen ihovaurion kehittymiselle. (Burch 2023, 191.)



KUVA 11. Ihonsuojateippi (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Avannesidoksen pysyvyyttä voidaan parantaa käyttämällä joustavaa vyötä, mikä auttaa varmistamaan, että avanpussi pysyy paremmin kiinni vartalossa. Erityisesti kuperassa avannesidoksessa joustavasta vyöstä voi olla hyötyä. Vyötä voi käyttää myös urheillessa ja se tarjoaa paremman tuen avannesidoksen pysyvyydelle ja paikallaan pysymiselle. (Burch 2023, 188–190.)

2.7. Avannesidoksen vaihtaminen

Avannesidoksen vaihdossa tulisi noudattaa tiettyä järjestystä. Vaihto aloitetaan käsien pesulla, ja tarvittaessa voidaan käyttää kertakäyttöisiä käsineitä. Ennen uuden avannesidoksen asettamista on hyvä tyhjentää avanpussi. Avannesidos tulisi poistaa käyttämällä ”työnnä ja vedä” -menetelmää. Ihoa tuetaan varovasti samalla, kun avannesidoksen liimaosaa vedetään toiseen suuntaan. Toisella kädellä tulee tukea ihoa, jotta se ei veny tai vaurioidu. Kun avanpussi on irrotettu, se voidaan hävittää sekajätteen mukana. (Kirkland-Kyhniin ym. 2018, 65; Bare ym. 2017, 264.) Hadfield ym. (2019, 40) suosittelevat irrotussuihkeen käyttöä, joka helpottaa ja nopeuttaa avanpohjan irrotusta, sekä vähentää kipua ja ihon venymistä.

Avanteen hoidossa on suositeltavaa käyttää ensisijaisesti vettä ja saippuaa vain tarvittaessa. Jos saippuaa käytetään, sen tulisi olla pH-arvoltaan 5,5, jotta ihon

normaali happamuus säilyisi. Useimmat saippuat ovat kuitenkin emäksisiä ja niiden pH on yleensä 9–10. (Nazarko 2024, 187.)

Kirkland-Kyhnin ym. (2018, 65) mukaan avanne ja sen ympärillä oleva iho tulisi puhdistaa kosteilla pesulapuilla tai pyyhkeillä. Voiteita tai alkoholia sisältäviä tuotteita ei saa käyttää. Iho on tärkeää kuivata varovasti taputtelemalla, ilman hankaamista, jotta sekä iho että avanne säilyvät vahingoittumattomina. Bare ym. (2017, 264) huomauttavat, että jopa pyyhkeiden käytöstä voi jäädä iholle jäämiä, mikä ei ole suositeltavaa avannesidoksen vaihdon yhteydessä ihon hoidossa. Avannesidoksen vaihdossa arvioidaan avanteen ympärillä olevan ihon eli peristomaalisen alueen kunto. Avanteen pitäisi olla vaaleanpunainen, pinnaltaan kostea ja hieman ihon pinnan yläpuolella tai tasalla ja sen tulisi toimia normaalisti. Iho ei saa olla vaurioitunut tai ihottuman peitossa. Seuraavaksi mitataan avanne mittausoppaan ohjeiden mukaisesti. Tämä auttaa leikkaamaan sopivan kokoisen reiän avannesidoksen pohjalevyyn, jotta se istuu tiiviisti, suojaa ihoa ja tuntuu mukavalta.

Avanteen koko tulisi mitata ensimmäisten kahdeksan viikon aikana leikkauksen jälkeen, koska avanne pienenee tuona aikana (Kirkland-Kyhn ym. 2018, 65). Avanne on asennettu oikein, kun sen aukko mukailee avanteen muotoa, mutta on sitä 2–3 mm suurempi (Burch 2023, 188).

Uuden avannesidoksen valmistelu aloitetaan piirtämällä mallin avulla avannelevyyn avanteen oikea koko ja muoto. Tämän jälkeen avanteen pohjalevy leikataan tarkasti piirretyn mallin mukaan, että se istuu hyvin avanteen ympärille. Leikattu reuna pehmennetään ja venytetään sormin lopulliseen mittaan, joka on n. 2–3 mm suurempi kuin avanne. Lopuksi levyä lämmitetään käsivarren alla tai käsien välissä, näin se kiinnittyy paremmin. Tarkemmat lämmitysohjeet saattavat vaihdella valmistajan mukaan, joten kannattaa tarkistaa suositukset. (Kirkland-Kyhn ym. 2018, 65.) Jos avanne sijaitsee ihopoimussa tai ihon rypyssä, on suositeltavaa käyttää ihonsuojarengasta (kuva 12) ja pastaa (kuva 10) (Bare ym. 2017, 264).



KUVA 12. Joustava ihonsuojarengas (Dansac ja Hollister Scandinavia Inc).

Pohjalevy asetetaan huolellisesti avanteen ja ihon päälle, painaen sen tiiviisti kiinni alhaalta ylöspäin ja varmistetaan hyvä kiinnitys. Jos käytössä on tyhjennettävä avannesidos, on tärkeää tarkistaa, että sen pää on suljettu. Kaksiosaisessa avannesidoksessa kertakäyttöinen pussi kiinnitetään tukevasti pohjalevyyn. Lopuksi riisutaan hanskat ja pestään kädet huolellisesti. (Kirkland-Kyhn ym. 2018, 65.) Jos vatsa on pehmeä tai löysä, vyön käyttö voi olla hyödyllistä (Bare ym. 2017, 264).

2.7.1 Avannesidoksen tyhjentäminen

Avannesidoksen tyhjentämisessä on tärkeää seurata tiettyä järjestystä. Tyhjentäminen aloitetaan pesemällä kädet ja tyhjentämisessä voidaan käyttää kertakäyttöisiä käsineitä. Avannepussin tyhjentäminen kannattaa tehdä, kun avannepussi on täytynyt noin kolmasosasta puoleenväliin. Potilas voi istua wc-istuimella ja avata avannepussin puristimen tai nokan tyhjentämistä varten. Pussin sisällön voi tyhjentää wc-pyttyyn. Pussin suu pyyhitään wc-paperilla, että se on siisti ennen sulkemista. Kun pussin pää on puhdas, se rullataan huolellisesti ja suljetaan puristin tai nokka. Jos käytössä on kaksiosainen avannesidos, pussi vaihdetaan yksinkertaisesti irrottamalla vanha pussi ja kiinnittämällä uusi pohjalevyyn. Vanhan pussin voi hävittää sekajätteen mukana. Kertakäyttöiset käsineet poistetaan ja kädet pestään huolellisesti saippualla. (Kirkland-Kyhnin ym. 2018, 65; Bare ym. 2017, 264.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ohjausopas ja video avannepotilaan omahoidosta ja avannesidoksen vaihdosta terveysalan opiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea terveysalan opiskelijoiden ammatillisen osaamisen kehittämistä ja lisätä tietoutta avannepotilaan hoitotyöstä ja avannesidoksen vaihtamisesta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymykseen:

- Mikä on suolistoavanne ja miten sitä hoidetaan?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä kappaleessa käsitellään toiminnallisen opinnäytetyön keskeisiä piirteitä, tiedonhankintaa ja työn etenemistä vaihe vaiheelta valmiiseen lopputulokseen asti. Opinnäytetyöprosessi lähti liikkeelle huolellisella suunnittelulla ja eteni pääosin suunnitelmien mukaisesti, vaikka matkan varrella ilmeni joitakin muutoksia ja haasteita. Lopputuloksena syntyivät ohjausopas ja video, jotka vastaavat alkuperäisiä tavoitteita ja tukevat työn käytännönläheisiä tavoitteita.

4.1. Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö esittelee raportissaan tehdyn tuotoksen ja kuvaa, mitä on tehty, miksi se on tehty ja miten työ on toteutettu. Raportissa käydään läpi työskentelyprosessi, sen eteneminen sekä saavutetut tulokset ja tehdyt johdopäätökset. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön sisältyy raportin lisäksi produkti eli tuotos. Produktissa puhuttelet kohdetta, sekä käyttäjäryhmää. (Vilka & Airaksinen 2021, 65.)

Eri kehittämisprosessit voidaan jaotella neljään päätyyppiin: lineaarinen malli, tasomalli, spiraalimalli ja spagettimalli. Jokaisella näistä on oma lähestymistapansa ja vahvuutensa, jotka tekevät niistä hyödyllisiä erilaisiin kehittämistarpeisiin ja tilanteisiin. (Toikka & Rantanen 2009, 64–72.) Tämä tuotos muistutti lineaarista mallia, jossa työ etenee vaiheittain: tavoitteen määrittely, tuotoksen suunnittelu, toteutus ja tuotoksen arviointi. Tätä mallia on kritisoitu liiallisesta suoraviivaisuudesta, joka saattaa yksinkertaistaa todellisuutta liikaa. (Salonen 2013, 16.)

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena projektina, jonka lopputuloksena laadittiin ohjausopas avannesidoksista, niiden yleisimmistä käyttöaiheista, tarvittavista tarvikkeista ja avannesidoksen vaihtamisen vaiheista. Lisäksi projektiin sisältyi video avannesidoksen vaihdosta kotioloissa. Työ toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun (TAMK) kanssa, ja sen kohderyhmänä olivat terveysalan opiskelijat. Oppimateriaali suunnattiin terveydenhuollon opiskelijoille

koulutusmateriaaliksi, ja sen avulla pyrittiin tarjoamaan lisätietoa aiheesta sekä tukemaan opiskelijoiden osaamista avannepotilaan omahoidossa.

4.2. Tiedonhaku

Opinnäytetyössä käytettiin hoitotyöhön liittyviä näyttöön perustuvia ja luotettavia tutkimuksellisia lähteitä. Tietoa etsittiin seuraavista aihealueista: avanne, avanteen luomisen yleisimmät syyt, avannesidosten vaihto, ihon hoito, avanteen hoidon oheistuotteet sekä hyvän potilasohjauksen merkitys. Hakusanat on esitetty taulukossa 1. Opinnäytetyössä käytettiin tietokantoja Andor, CINAHL, Terveystietokanta, Oppiportti, Medic. Lisäksi etsittiin tietoa alan oppikirjoista.

TAULUKKO 1. Hakusanat.

Avanne	stoma
stooman historia	history of stoma
anatomia	anatomy
paksusuolen rakenne	the structure of the large intestine
ohutsuolen rakenne	the structure of the small intestine
avannesidos	pouch
avannetuotteiden valinta	stoma product selection
ruoansulatuskanava	gastrointestinal tract
ileostomia	ileostomy
kolostomia	colostomy
luoda stooma	create a stoma
avannetuotteet	stoma products
vuoto	leakage
stomian hoito kotona	ostomy care at home
peristomaalinen ihottuma	peristomal dermatitis
peristomaalinen ihonhoito	peristomal skin care
suolistohaava	intestinal wound
potilasohjaus	patient guidance

4.3. Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin osallistumalla orientaatioluennolle, jossa tutustuttiin opinnäytetyön sääntöihin ja vaatimuksiin. Keväällä osallistuttiin aihepajaan, ja keskustelua käytiin opettajan kanssa valitusta aiheesta. Opinnäytetyön aihe pyrittiin valitsemaan kiinnostuksemme mukaan. Halusimme tutkia avannepotilaiden hoitoa syvemmin ja perehtyä avannesidoksissa käytettäviin tarvikkeisiin. Näihin kysymyksiin etsittiin tietoa tuoreista vertaisarvioituista artikkeleista. Opinnäytetyön aihe-ehdotus hyväksyttiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä selkokielinen ohjausopas ja video avannepotilaan omahoidosta Tampereen ammattikoulun terveysalan opiskelijoille.

Opinnäytetyön suunnitelman kirjoittaminen aloitettiin 2/2024. Suunnitelmaseminaariin valmistauduttiin tekemällä PowerPoint-esitys, jossa aihe esitettiin. Toukuussa työmme lähetettiin opponoijille, ja pyydettiin ohjaavalta opettajalta kommentteja. Saadun palautteen pohjalta tehtiin muutoksia ja jatkettiin suunnitelman kehittämistä. Tiedonhaun ennakkotehtävä tehtiin ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyötä työstettiin kevään ja kesän aikana. Elokuussa allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyöhön liittyvät viestit lähetettiin TAMKin vaatimusten mukaisesti Wihin kautta. Syksyn aikana osallistuttiin toiminnallisiin pajoihin, joista saatiin palautetta ja hyviä vinkkejä videon sekä oppaan toteuttamiseen. Opinnäytetyöprosessi (kuvio 4) toteutettiin ohjaavan opettajan tuella ja johdolla.

Elokuussa esitettiin opinnäytetyötä muille sairaanhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyöstä saatiin palautetta omasta esityksestä ja annettiin palautetta muille opiskelijoille. Tämä auttoi arvioimaan omaa työtä ja oppimaan muiden opinnäytetöistä.

Lokakuussa 2024 tehtiin korjauksia työhön ja osallistuttiin opinnäytetyön pajaan, jossa saatiin ohjausta otsikoinnista. Lisäksi kohderyhmää laajennettiin sairaanhoitajista terveysalan opiskelijoihin.

Opinnäytetyö viimeisteltiin ja esitettiin sekä käsikirjoitusseminaarissa muille ryhmämme opiskelijoille ja 17.2. varsinaisessa opinnäytetyön esitysseminaarissa.

Opinnäytetyö valmistui etuajassa, josta olimme iloisia. Parityö onnistui hyvin. Molemmilla työn tekijöillä oli omat vahvuutensa, joita käytettiin hyväksi työn tekemisessä. Pystyimme jakamaan työn osiin niin, että etsimme vastauksia eri osa-alueisiin. Kokoonnuimme usein teams:n välityksellä arvioimaan työtämme, sekä jakamaan jälleen tehtäviä, joita hioimme ja korjasimme.



KUVIO 4. Opinnäytetyön prosessi.

4.4. Tuotos

Raporttiosio laadittiin TAMK:n kirjallisen raportoinnin ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyössä käytettiin valmista raporttipohjaa tekstialustana. Kirjaintyyppiä valittiin Arial, fonttikooksi 12 ja riviväliksi 1,5. Marginaalit noudattivat ohjeita: vasen reuna 4 cm, oikea reuna 2 cm, ylä- ja alalaidassa 2 cm. Molemmat reunat tasattiin, ja tekstissä käytettiin tavutusta. Ohjeiden mukainen raportointi teki ulkoasusta selkeän, ja tekstiä oli helppo lukea. (Tampereen Ammattikorkeakoulu 2024.)

Taulukkoja ja kuvia käytettiin runsaasti, koska ne havainnollistivat aihetta hyvin. Kuvioista saadaan nopeasti tietoa useamman sivun sisällöstä. Kuviot olivat itse tehtyjä. Avannetuotteisiin ja muihin kuviin saatiin lupa Dansac:in edustajalta. Kuvissa esiteltiin erilaisia avanneongelmia, avannepusseja sekä oheistuotteita. Kaikki kuviot ja kuvat oli numeroitu peräkkäin omilla numeroillaan siinä järjestyksessä, jossa niihin viitattiin.

Ohjausopas haluttiin toteuttaa käyttäen Prezia (kuva 13), jotta esitys olisi ollut mielenkiintoisempi, kuin pelkkä PowerPoint. Prezissa oli liikkuvaa kuvaa, ja se antoi mahdollisuuksia kiinnostavampaan esitystapaan. Esitys tehtiin lyhyeksi ja ytimekkääksi kuvaukseksi avanteesta, indikaatioista, tarvikkeista ja itse avannesidoksen vaihtamisesta.



KUVA 13. Kuvakaappaus ohjausoppaan etukannesta (Tatjana Borsevitskaja, 2024).

Preziin lisättiin itse kuvattu video avannesidoksen vaihtamisesta. Video kuvattiin videokameralla, ja sen tavoitteena oli käydä avannesidoksen vaihtaminen mahdollisimman selkeästi läpi vaihe vaiheelta. Koimme videon opettavaisemmaksi tavaksi ohjata avannesidoksen vaihtamiseen, kuin pelkän tekstin avulla kertominen. Videosta pyrittiin tekemään maltillisen pituinen ja sisällöltään yksinkertainen, jotta sen jaksaisi katsoa loppuun ja kaikki oleellinen tulisi siinä esitettyä.



KUVA 14. Kuvakaappaus videosta (Tatjana Borsevitskaja, 2024).

Video (kuva 14) oli muokattu Microsoft Clipchamp ohjelmaa apuna käyttäen. Videon kuvaaminen oli nopeaa. Prezi esityksen ja videon Clipchamp ohjelmalla editointiin kului aikaa ja niiden työstämiseen ja hiomiseen meni useampi viikko. Videon taustamusiikkina oli Suno.ai:lla tehtyä musiikkia, jossa tekoälyä käytetty

hyväksi. Edellä mainitut sovellukset ja ohjelmat olivat ennestään vieraita ja niiden opettelemiseen kokeilun kautta kului aikaa. Videon kuvaamiseen tehtiin kuvakäsikirjoitus (liite 1. Alkuperäinen kuvakäsikirjoitus), joka on liitteenä työssä.

5 POHDINTA

Opinnäytetyötä tehdessä tärkeäksi aiheeksi koettiin eettisyys ja luotettavuus. Vaikka eettisyys ja luotettavuus ovat tärkeitä tutkimuksessa, niiden varmistaminen voi olla monimutkaista ja vaatii huolellista suunnittelua, toteutusta ja raportointia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, %.)

5.1. Eettisyys

Ammattikorkeakoulut noudattavat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita. Näissä ohjeissa kerrotaan opinnäytetöiden eettisistä periaatteista ja hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Ohjeiden noudattaminen on tärkeää, jotta tutkimus olisi luotettava, avoin ja vastuullinen.

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin tarkasti TENK:n ohjeita. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tehtiin TAMK:n laatuksien ja eettisten vaatimusten mukaisesti. Opinnäytetyölle saatiin lupa Tampereen ammattikorkeakoululta.

Lähteiden valinnassa kiinnitettiin huomiota niiden luotettavuuteen ja ajantasaisuuteen. Lähteet arvioitiin huolella niiden laadun, tieteellisyyden, objektiivisuuden ja aiheen kannalta olennaisuuden perusteella. Työssä käytettiin Dansacin hoitotarvikkeiden kuvia, jotka otettiin yrityksen verkkosivuilta ja muokattiin. Kuvien käyttöön pyydettiin lupa etukäteen, jotta tekijänoikeudet toteutuivat asianmukaisesti. Opinnäytetyössä ei suositeltu tietyn merkkisten avannetuotteiden tai niiden oheistuotteiden käyttöä.

Opinnäytetyössä käytetyt kuvat olivat tekijöiden itse piirtämiä, joten tekijänoikeudet kuuluvat tekijöille. Videoissa opinnäytetyön tekijä itse näytti, miten avanne vaihdettiin vaihe vaiheelta, eikä potilaita käytetty havainnollistamaan avannesidoksen vaihtoa. Turnitin-ohjelmaa käytettiin työn aikana varmistamaan, ettei työssä ole kopioitua tai muualta lainattua sisältöä ilman lupaa.

5.2. Luotettavuus

Hyvää tieteellistä käytäntöä on syytä noudattaa, että tutkimuksen tulokset ovat sekä luotettavia ja uskottavia. Tämä varmistaa, että tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja laadukasta. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteisiin kuuluvat rehellisyys, toisten työn kunnioittaminen, vastuullisuus, avoimuus ja oikea tapa viitata muiden tekemiin tutkimuksiin ja lähteisiin. (TENK 2012, 6.)

Opinnäytetyössä kaikki lähteet merkittiin huolellisesti TAMK:n ohjeiden mukaisesti. Oikeilla viittauksilla pyrittiin kunnioittamaan alkuperäisten tekijöiden oikeuksia ja varmistamaan, että työssä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita.

Tutkimuksen tulokset voidaan esittää eri näkökulmien mukaan tutkimuksen tavoitteesta (Heikkilä 2017, 73). Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota lisätietoa, joka tukee terveysalan opiskelijoiden ammattitaidon kehittämistä ja hoidon laadun parantamista avanhoidossa. Tavoitteen saavuttamiseksi käytettiin mahdollisimman ajankohtaisia ja kansainvälisiä sekä suomenkielisiä vertaisarvioituja artikkeleita.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on tärkeää tutkimuksen laadun varmistamiseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Luotettavuutta tuettiin hyödyntämällä oppikirjoja ja aiheeseen liittyviä artikkeleita. Lisäksi tutkimuksen pohjaksi haettiin aikaisempaa tutkittua tietoa sekä kotimaisista että ulkomaisista tietokannoista, mikä vahvisti luotettavuutta entisestään.

Tutkimuksen selkeä ja laadukas raportointi on erittäin tärkeätä, koska se vaikuttaa siihen, miten hyvin tutkimustuloksia voidaan ymmärtää, arvioida ja käyttää. Huonosti kirjoitettu raportti voi heikentää tutkimuksen uskottavuutta ja vaikeuttaa tulosten hyödyntämistä. (Heikkilä 2017, 71.) Prosessi pyrittiin kuvaamaan tarkasti. Parityöskentely lisäsi luotettavuutta. Luotettavuusriskinä oli, että suurin osa aiheen liittyvistä artikkeleista oli vieraskielisiä. Opinnäytetyössä päätettiin käyttää vain englanninkielisiä lähteitä mahdollisten käännösvirheiden välttämiseksi. Vieraskieliset artikkelit käännettiin tarkasti, sillä pienet virheet tai väärinymmärrykset

olisivat voineet heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Työssä käytettiin vain tuoreita, ajantasaisia ja vertaisarvioituja artikkeleita. Lisäksi mukaan otettiin suomenkielisten asiantuntijoiden tekemiä tutkimuksia ja oppikirjoja.

5.3. Johtopäätökset ja kehittämissuositukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia selkeä kirjallinen raportti ja ohjausopas avannesidoksen vaihtamisesta. Ohjausoppaan tueksi tehtiin myös opetusvideo, joka liitettiin mukaan työhön. Tuotos tehtiin Tampereen korkeakoululle, ja sitä voidaan hyödyntää terveysalan koulutuksessa opetusmateriaalina. Tuotosta voivat hyödyntää myös avannepotilaat omahoidossaan. Raporttiosuudessa käsiteltiin ohut- ja paksusuolen rakennetta sekä avanteen hoidossa tarvittavia tarvikkeita. Lisäksi opinnäytetyössä selvitettiin avanteen ympäröivän ihon hoitoa ja avanteeseen liittyviä komplikaatioita. Ohjausoppaassa esiteltiin avannesidoksen vaihtoon tarvittavat välineet ja lisäksi oppaaseen lisättiin tekstinä vaiheittaiset ohjeet sidoksen vaihtamiseen ja tyhjentämiseen. Videolla näytettiin vaihe vaiheelta, miten avannesidos vaihdetaan. Opinnäytetyö onnistui hyvin, vastasi tutkimuskysymykseen ja tuotos vastasi työelämän tarpeita.

Kehittämissuosituksena on, että tulevaisuudessa opinnäytetyön aiheena voitaisiin tuottaa oppimateriaalia tai video avanteen hoidon oheistuotteiden käytöstä. Lisäksi olisi hyvä lisätä tietoa siitä, miten hoitaa erilaisia komplikaatioita, kuten iho- ja vuoto-ongelmia, koska tutkimuksissa nämä ongelmat olivat yleisempiä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vekaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö: sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6., uud. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alvey, B. & Beck, D. E. 2008. Peristomal Dermatology. Clinics in colon and rectal surgery. 21 (1), 041–044. Luettu 18.8.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1055/s-2008–1055320

Bare, K., Drain, J., Timko-Progar, M., Stallings, B., Smith, K., Ward, N. & Wright, S. 2017. Implementation of an Evidence-Based and Content Validated Standardized Ostomy Algorithm Tool in Home Care: A Quality Improvement Project. Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing 44(3), 262-266. Luettu 7.7.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1097/WON.0000000000000319

Bedford, F. 2022. Evolving stoma appliances to improve patient outcomes and increase stoma acceptance. British Journal of Nursing 31(16), S18-S23. Luettu 6.8.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.12968/bjon.2022.31.16. S3

Bjålie, JG., Haug, E., Heikkanen, R., Sand, O. & Sjaastad, ØV. 2013. Ihminen: fysiologia ja anatomia. Äänikirja. 8–9. uud. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Burch, J. 2023. Stoma product selection: an update. British Journal of Community Nursing 28(4), 188–192. Luettu 4.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.12968/bjcn.2023.28.4.188

Goldberg, M., Colwell, J., Burns, S., Carmel, J., Fellows, J., Hendren, S., Livingston, V., Nottingham, C.U., Pittman, J., Rafferty, J., Salvadalena, G., Steinberg, G., Palmer, R. & Bonham, P. 2018. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient with a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 45(1), 50–58. Luettu 10.9.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1097/WON.0000000000000396

Greenwood-Van Meerveld, B.; Johnson, A.C. & Grundy, D. 2017. Gastrointestinal Physiology and Function, in Gastrointestinal Pharmacology. Switzerland: Springer International Publishing AG. 239 pp. 1–16. Luettu 5.10.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1007/164_2016_118

Hadfield, G., De Freitas, A. & Bradbury, S. 2019. Clinical evaluation of a silicone adhesive remover for prevention of MARSIs at dressing change. Journal of community nursing 33 (3), 36-41. Luettu 6.10.2024. <https://web-p-ebsohost-com.lib-proxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=61d34e94-7478-4149-81ca-cef6fef98342%40redis>

Heikkilä, T. 2017. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. painos. Helsinki: Edita Publishing.

Hiltunen, K.-M. 2018. Paksusuolen, peräsuolen ja anaalikanavan rakenne. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Heikkinen, M., & Puolakkainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia.3. uud. painos. Kustannus Oy Duodecim.

Huovinen, A., Ahonen, O., Kimpimäki, K., Müller, E., Hynynen, MA. & Karhema, A. 2023. Kliininen hoitotyö. 11. uud. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kirkland-Kyhn, H., Martin, S., Zaratkiewicz, S., Whitmore, M. & Young, H. 2018. Ostomy Care at Home. American Journal of Nursing 118(4), 63–68. Luettu 10.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000532079.49501.ce

Knight, J., Williams, N. & Nigam, Y. 2019. Gastrointestinal tract 2: the structure and function of the stomach. Nursing times 115 (7), 43–47. Luettu 3.10.2024. <https://web-p-ebSCOhost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=61d34e94-7478-4149-81ca-cef6fef98342%40redis>

Koskensalo, V., Karjalainen, E., Mäkelä, I-L. & Koskenvuo, L. 2023. Suoliavanteiden ongelmat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 139(20),1644–50. Luettu 12.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. URN: NBN:fi: tuni-202402062156

Krogsgaard, M., Kristensen, H., Furnée, E., Verkuijl, S., Rama, N.J., Domingos, H., Maciel, J., Solis-Peña, A., Espin-Basany, E., Hidalgo-Pujol, M., Biondo, S., Sjöyall, A., Emmertsen, K.J., Thyø, A. & Christensen, P. 2022. Life with stoma across European countries -a cross-sectional study on long-term rectal cancer survivors. Supportive care in cancer 30 (11), 8969–89. Luettu 14.10.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1007/s00520-022–07293-y

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Painos. Helsinki: Edita.

Lepistö, A. 2018. Suoliavanteet. Teoksessa Färkkilä, M., Heikkinen, M., Isoniemi, H. & Puolakkainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. 3. uud. painos. Kustannus Oy Duodecim.

Leyk, M., Stevens, P.J. d' E., Stelton, S., Chabal, L., Hibbert, D., Nasir, MM., Guyot-Pomathios, M., Conceiçã, de GS., Vera, L., Crashaw, A. & Ayello. 2018. Revisiting the history of stoma siting and its impact on modern day practice. World Council of Enterostomal Therapists Journal 38(1), 23-27. Luettu 1.10.2024. <https://web-p-ebSCOhost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=61d34e94-7478-4149-81ca-cef6fef98342%40redis>

Nazarko, L. 2024. Stoma care: an update. British Journal of Community Nursing 29 (4), 185–187. Luettu 20.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI:10.12968/bjcn.2024.29.4.184

Nigam, Y., Knight, J. & Williams, N. 2019. Gastrointestinal tract 5: the anatomy and functions of the large intestine. Nursing times 115 (10), 50–53. Luettu 9.10.2024. <https://web-p-ebSCOhost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=49db317f-42c8-41af-a4f8-5ab28e6febf7%40redis>

Osborne, W.; White, M.; Aibibula, M.; Boisen, E. B.; Ainsworth, R. & Vestergaard, M. 2022. Prevalence of leakage and its negative impact on quality of life in people living with a stoma in the UK. *British Journal of Nursing* 31(16), S24-S38. Luettu 20.10.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.12968/bjon.2022.31.16. S24

Risto, T. 2023. Ihmisen fysiologiaa: perusteista pidemmälle. Painos. Lahti: VK-Kustannus Oy.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sun, V., Bojorquez, O., Grant, M., Wendel, CS., Weinstein, R. & Krouse, RS., 2020. Cancer Survivors' Challenges with Ostomy Appliances and Self-Management: A Qualitative Analysis. *Supportive care in cancer* 28 (4), 1551–1554. Luettu 18.6.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1007/s00520-019-05156-7

Tampereen Ammattikorkeakoulu. 2024. Kirjallisen raportoinnin opas: Tekstin asettelu. Verkkosivu. Luettu 7.1.2025. Vaatii käyttöoikeuden. <https://intra.tuni.fi/fi/opiskelu/opiskelu-0/kirjallisen-raportoinnin-opas/kirjallisen-raportoinnin-opas-b-kieliasu-rakenne-ja-liitteet>

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 6.5.2024. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämissuunnitelmaan, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press.

Toğluk Yigitoglu, E. & Şendir, M. 2021. Mobile Application in Stoma Care Education: STOMA-M. *Journal of education and research in nursing* 18 (2), 270–275. Luettu 5.8.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.5152/jern.2021.85688

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2.painos. Helsinki: Tammi.

Zwiep, T.M., Helewa, R.M., Robertson, R., Moloo, H., Hill, R., Chaplain, V. & Harley, C. 2022. Preoperative stoma site marking for fecal diversions (ileostomy and colostomy): position statement of the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada. *Canadian Journal of Surgery* 65(3), 359–363. Luettu 4.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: 10.1503/cjs.022320

KUVALÄHTEET

Kuvio 2. Bjålie, JG., Haug, E., Heikkanen, R., Sand, O. & Sjaastad, ØV. 2013. Ihminen: fysiologia ja anatomia. Äänikirja. 8–9. uud. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuva 1. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Avanne poimussa.

Kuva 2. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Parastomaalinen tyrä.

Kuva 3. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Navan vieressä avanne.

Kuva 4. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Tyhjennettävä ja suljettu pussi.

Kuva 5. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Tasainen ja kupera ihonsuojalevy.

Kuva 6. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. 2-osainen tyhjennettävä avannepussi ja pohjalevy.

Kuva 7. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. 2-osainen suljettu avannepussi suodattimen ja suojatarran kanssa.

Kuva 8. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Ihonsuojarengas.

Kuva 9. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Hajunpoistaja.

Kuva 10. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Ihonsuojapasta.

Kuva 11. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Ihonsuojateippi.

Kuva 12. Dansac & Hollister Scandinavia Inc. N.d. Joustava ihonsuojarengas.

Kuva 13. Kuvakaappaus ohjausoppaan etukannesta.

Kuva 14. Kuvakaappaus videosta.

LIITTEET

1(2)

Liite 1. Alkuperäinen kuvakäsikirjoitus

Video, jossa vaihdetaan kaksiosainen avannesidos

Kohtaukset:	Toiminta/teksti:	Kesto:
Kohtaus 1 1.otto	Otsikko: Teksti – ”Avannesidoksen vaihto kotiloissa”.	4 sekuntia
Kohtaus 2 2.otto Henkilö pesee käsiään.	Käsien peseminen. Teksti -” Käsien pesu”.	8 sekuntia
Kohtaus 3 3.otto Henkilö poistaa vanhaa avannepus- sia, sidoksesta.	Vanhan avannepussin irrotus. Teksti -”Poista vanha pussi” ”pussi 1/3 osa täynnä”.	49 sekuntia
Kohtaus 4 4.otto Henkilö poistaa vanhaa avanne- sidoksen pohjaa.	Pohjalevyn poistaminen. Teksti -”Irrota pohjalevy vedä ja työnnä menetelmällä, tue toisella kädellä”.	67 sekuntia
Kohtaus 5 5.otto Henkilö puhdistaa avannetta ja ympä- röivää ihoa kostuttamalla talous- paperia vedellä ja pyyhkimällä alu- een hellävaraisesti.	Avanteen puhdistus. Teksti - ”Puhdista avanne ja ympä- röivä iho, lämpimällä vedellä”. ”Seuraa avanteen ympäröivän ihon kuntoa”.	27 sekuntia
Kohtaus 6 6.otto Henkilö kuivaa avannetta ja ympä- röivää ihoa.	Avanteen kuivaus. Teksti - ”Kuivaa avanteen ympä- röivä iho huolellisesti, hellästi ta- puttaen”.	11 sekuntia

<p>Kohtaus 7 7.otto</p> <p>Henkilö on jo mitannut avanteen ja muotoilee nyt pohjalevyn sormin oikeaan kokoon, jotta se istuu täydellisesti avanteen ympärille.</p>	<p>Avanteen mittaaminen ja avannesidoksen lopulliseen mittaan muotoilu sormin.</p> <p>Teksti - "Mittaa avanne tarkasti. Leikkaa pohjalevyn reikä hieman pienemmäksi kuin mitattu koko, ja pehmennä sekä venytä reunoja sormin, jotta saat sen sopimaan täydellisesti avanteen ympärille". "Arvioi avanteen ympäröivän iho".</p>	<p>57 sekuntia</p>
<p>Kohtaus 8 8.otto</p> <p>Henkilö lämmitteää avannesidosta käsien välissä.</p>	<p>Pohjalevyn lämmittäminen, tarttuvuuden parantamiseksi.</p> <p>Teksti - "Lämmitä pohjalevy käsiesi välissä, jotta se kiinnittyy paremmin".</p>	<p>3 sekuntia</p>
<p>Kohtaus 9 9.otto</p> <p>Henkilö asettaa uuden pohjalevyn paikalleen.</p>	<p>Avannesidoksen asettaminen paikoilleen.</p> <p>Teksti -"Irrota suojapaperi ja aseta sidos alhaalta ylöspäin".</p>	<p>60 sekuntia</p>
<p>Kohtaus 10 10.otto</p>	<p>Keräuspussin kiinnitys.</p> <p>Teksti -"Napsauta pussin ja pohjalevyn urat toisiinsa kiinni".</p>	<p>56 sekuntia</p>
<p>Kohtaus 11 11.otto</p>	<p>Käsien pesu.</p> <p>Teksti -"Poista käsineet ja pese kädet hyvin saippualla". Kiitos!</p>	<p>5 sekuntia</p>