



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# OHJAUSVIDEO SYÖPÖTILAILLE, JOLLE LAITETAAN PEG-LETKU

Nora Lehto

Jutta Leppänen

Petra Poikolainen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2017  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

LEHTO NORA; LEPPÄNEN, JUTTA & POIKOLAINEN, PETRA:  
Ohjausvideo syöpäpotilaalle, jolle laitetaan PEG-letku

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Toukokuu 2017

---

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisesti yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) kanssa. Opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista menetelmää. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, järjeistämistä tai järjestämistä. Hoitotyössä se voi olla esimerkiksi ohje, joka on suunnattu ammatilliseen käyttöön.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa video hoitotyön ohjaustilanteisiin syöpäpotilaille, joille laitetaan perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma. Perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma eli PEG on vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun asetettava ravitsemusavanneletku, jonka kautta potilaalle voidaan annostella tarkoituksenmukaisia, nestemäisiä ravintovalmisteita. Kun ravinnonsaanti suun kautta on heikentynyt, voidaan potilaalle laittaa PEG-letku turvaamaan riittävä ravinnonsaanti. Tämä ohjausvideo on suunnattu suun, nielun, tai kurkun alueen syöpää sairastavalle potilaalle, mutta videota voidaan käyttää muissakin ohjaustilanteissa.

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mikä on PEG: merkitys syöpäpotilaan hoidossa, kuinka sairaanhoitaja voi hyödyntää audiovisuaalista menetelmää laadukkaassa ohjauksessa sekä sen mikä merkitys on potilaan saamalla ohjauksella. Teoriaosuus rajattiin koskemaan suun, nielun ja kurkun alueen syöpiä, PEG:iä sekä potilasohjausta. Opinnäytetyössä käsitellään vertaistuen merkitystä hoitotyössä sekä hoitotyön eettisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuotoksen avulla tarjota vertaistukea potilaille, joille mahdollisesti laitetaan PEG. Tuotoksen avulla pyrittiin myös helpottamaan hoitajien työtä potilasohjaustilanteissa.

Opinnäytetyön tuotosta hyödynnetään ohjaustilanteissa ja sen avulla voidaan motivoida, kannustaa ja rohkaista potilaita. Opinnäytetyöprosessin pohjalta syntyneenä kehitysehdotuksena on, että tulevaisuudessa hoitajien tietoisuutta PEG:sta sekä siihen liittyvästä potilasohjauksen tarpeellisuudesta lisätään. Myös audiovisuaalisen materiaalin käyttöä ohjaustilanteissa olisi mahdollisesti hyvä kehittää sekä lisätä. Opinnäytetyön tuotos oli ennen opinnäytetyöprosessin valmistumista kokeilukäytössä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS).

---

Asiasanat: PEG-letku, ohjausvideo, nielusyöpä, suusyöpä, kurkkusyöpä

## ABSTRACT

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

LEHTO, NORA; LEPPÄNEN, JUTTA & POIKOLAINEN, PETRA:  
Instruction Video for Patients Who Need Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 4 pages  
May 2017

---

The purpose of this study was to produce a video for the patient education organized by Pirkanmaa Hospital District. The subject was working life-based and commissioned by the Tampere University Hospital. The thesis consists of a theory part and the output. The thesis conducted by using a functional method.

The objective of this study was to produce an instructional video for cancer patients who will need a percutaneous endoscopic gastrostomy. This video was made for patients with mouth cancer or throat cancer, but it can also be used in other situations. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG-tube) is an endoscopic medical procedure in which a tube is passed into a patient's stomach through the abdominal wall. Patient needs the PEG tube most commonly to provide a means of feeding when oral intake is not adequate. The aim was to improve patient guidance by giving patients peer support. In addition, the aim was to ease the nurse's job in a patient guidance situation. The research problems of this thesis were to clarify how to create high quality patient instructions and to find out how to motivate the patient to get a PEG tube as part of the cancer treatment.

An instruction video for patients who need a PEG tube was produced as an output of the study. The video features a patient of the Tampere University Hospital who has a mouth cancer and who tells about his experiences with the PEG tube. The development proposal is to increase the amount of information nurses have regarding the PEG-tube and to develop more audiovisual material to help instruct the patients in the future.

---

Key words: percutaneous endoscopic gastrostomy, instruction video, mouth cancer, throat cancer

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	7
3.1	Suu-, nielu- ja kurkkusyöpä .....	8
3.1.1	Riskitekijät, oireet ja diagnosointi.....	10
3.1.2	Hoitomuodot .....	12
3.1.3	Ravitsemus .....	14
3.2	Mahalaukkuavanne eli PEG.....	15
3.2.1	PEG-letkun laitto ja poisto .....	16
3.2.2	PEG:n hoito .....	19
3.2.3	Letkuravitsemus ja lääkehoito.....	20
3.2.4	Komplikaatiot.....	22
3.3	Laadukas ohjaus hoitotyössä.....	24
3.3.1	Vertaistuen merkitys .....	28
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	30
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	30
4.2	Opinnäytetyöprosessi .....	31
5	POHDINTA.....	34
5.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	34
5.2	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset .....	35
	LÄHTEET .....	39
	LIITTEET .....	46
	Liite 1. Opinnäytetyön tuotoksen käsikirjoitus .....	46
	Liite 2. Suostumus kuvaukseen, videointiin, äänitykseen ja aineiston käyttöön.....	49

## 1 JOHDANTO

Vuosittain todettujen nielusyöpädiagnoosien lukumäärä Suomessa on noin 190 kappaletta ja suuontelon syöpätapauksia on noin 270. Suuontelon syöpien ikävakioitu ilmaantuvuus on kaksinkertaistunut miehillä sekä naisilla 1970-luvun jälkeen. Samaan tahtiin on noussut myös miesten nielusyöpätapausten lukumäärä. Tupakointitapojen muutokset ovat vaikuttaneet erityisesti miesten kurkunpäänsyövän ilmaantuvuuteen, sillä ne ovat sen sijaan vähentyneet selkeästi. Naisilla näiden syöpien lukumäärät ovat pysyneet melko tasaisina viime vuosiin verrattuna. Esitetyt tilastot perustuvat Suomen syöpärekisterin (2016) tilastoihin. Suurin osa, jopa yli 80-prosenttia kaikista pään ja kaulan alueen syöpää sairastavista ovat yli 50-vuotiaita. (Javanainen 2014, 6-7.)

Suun-, nielun- ja kurkun alueen syöpää sairastavilla ilmenee hoitojen vuoksi mahdollisia nielemis- tai puremisvaikeuksia, jotka voivat huonontaa potilaan ravitsemustilaa. Perkutaanisen endoskooppisen gastrostooman eli PEG:n laitto on helpottanut suun ja nielun alueelle hoitoja saavien potilaiden ravitsemuksen turvaamista. Kun PEG on asetettu potilaalle jo ennen hoitoja, sen on voitu osoittaa vähentävän merkittävästi hoidon aikaista ja sen jälkeistä painonlaskua syöpäpotilailla. (Joensuu ym. 2013, 343, 351.) PEG on otettu laajemmin käyttöön vuonna 1980 ja niiden lukumäärä osana ravitsemushoitoa on siitä lähtien kasvanut merkittävästi (Simons & Remington 2013, 77). Opinnäytetyössä käytetään perkutaanisen endoskooppisen gastrostooman sijasta lyhennettä PEG tai PEG-letku.

Ohjausta pidetään hoitotyössä yhtenä keskeisimpinä hoitotyön toimintona ja olennaisena osana potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. (Saarela 2013.) Potilasohjaus on merkittävässä roolissa potilaan sairastuessaan suun, nielun ja kurkun alueen syöpiin sekä potilas tarvitsee runsaasti ohjausta liittyen PEG-letkuun. PEG-potilaan ohjaus on haastavaa hoitotyössä, sillä potilailla on usein ennakkoluuloja kohdistuen PEG:iin ja sen laittoon. Hoitohenkilökunnan antama laadukas ohjaus syöpäpotilaan hoidossa vaikuttaa myönteisesti ravitsemustilaan ja sen kautta hoitotuloksiin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilökunnalle sekä potilaille video, jota voidaan hyödyntää ohjaustilanteissa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ohjausvideo Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) poliklinikoille suun, nielun ja kurkun alueen syöpäsairauksia sairastavien potilaiden ohjauksen tueksi sekä tarjoamaan potilaille lisätietoa ja vertaistukea ennen PEG:n laittoa.

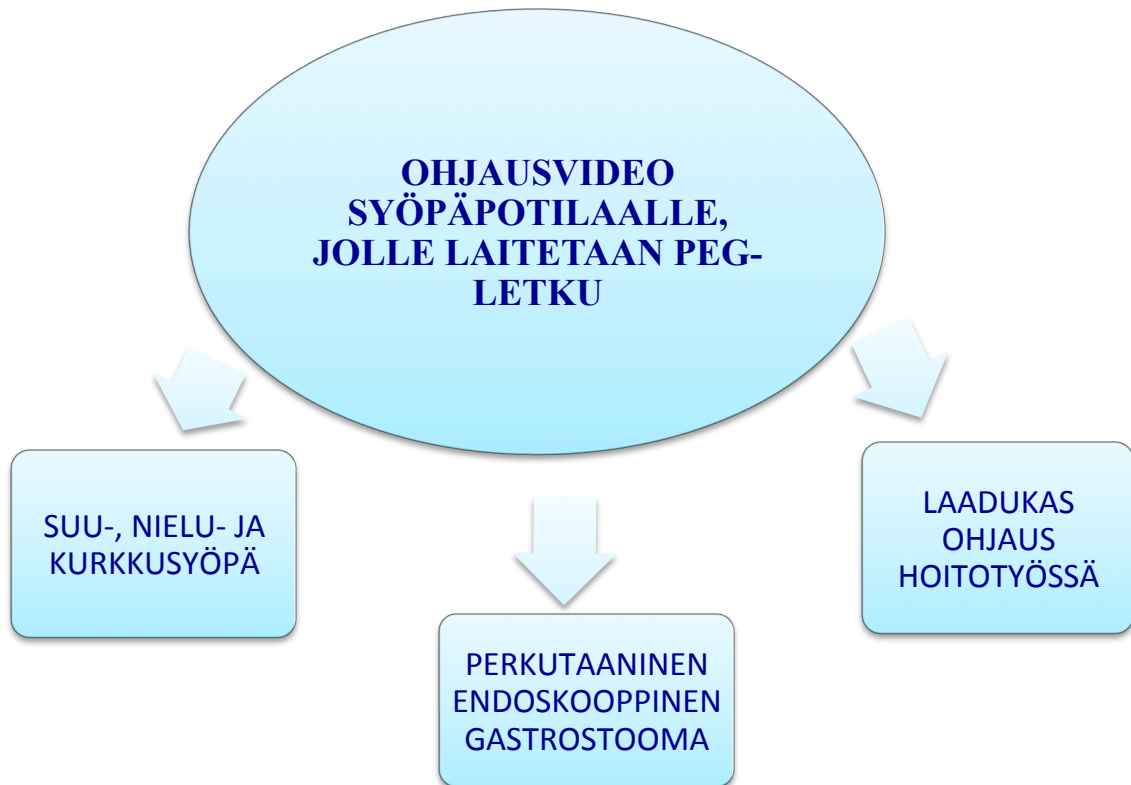
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mikä on PEG:n merkitys syöpäpotilaan hoidossa?
2. Mitkä ovat audiovisuaalisen menetelmän hyödyt osana laadukasta potilasohjausta?
3. Mikä on vertaistuen merkitys potilaan sairastuessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuotoksen avulla tarjota PEG- potilaille vertaistukea sekä helpottaa potilasohjaustilanteita.

### 3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

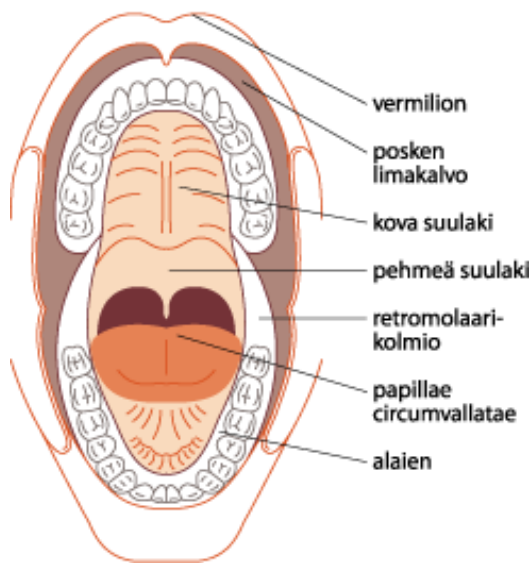
Opinnäytetyön tuotosta varten selvitetään teoriatietoa PEG:sta, suu-, nielu- ja kurkkusyövistä sekä videon merkitystä ohjaustilanteissa. Teoreettiset lähtökohdat kuvataan kuvion 1 avulla.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

### 3.1 Suu-, nielu- ja kurkkusyöpä

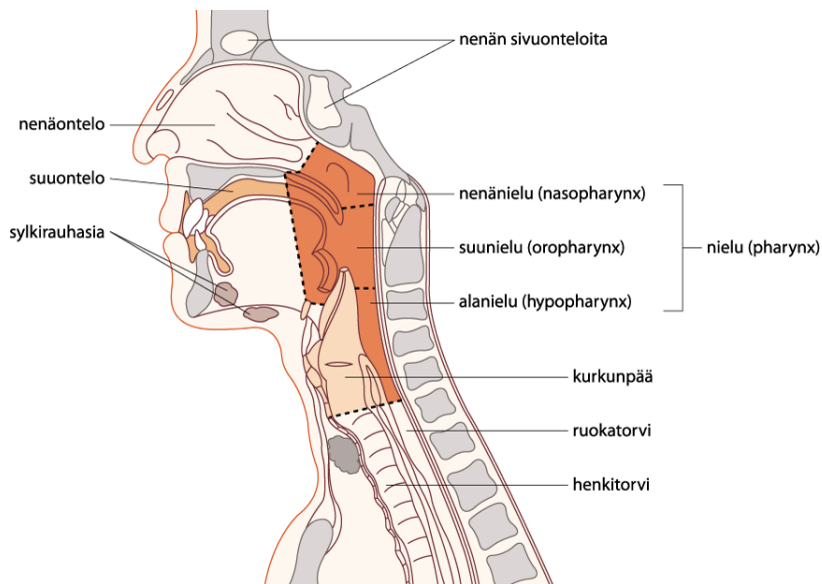
**Suusyöpä** voidaan jakaa huulten-, kielen-, ja suun limakalvojen pahanlaatuisiin kasvaimiin (Soukka & Laine 2011). Suuontelo rajoittuu takaosasta pehmeän ja kovan suulaen rajaan, etulakikaariin sekä kielen taka- ja etuosan väliseen papillae circumvallatae – rivistöön (Joensuu ym. 2013, 353). Suuontelo kuvataan kuvan 1. avulla.



KUVA 1. Suuontelon jakautuminen (Grenman, Kajanti, Joensuu & Saarilahti 2013b).

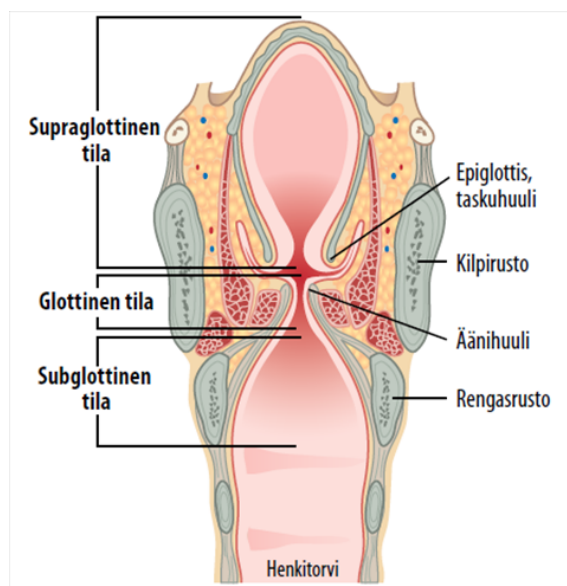
**Nielu** jakautuu nenä-, suu- ja alanieluun. Nenänielun karsinomia Suomessa on vuosittain vain kymmenkunta ja niitä esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla. Suunielu rajoittuu ylhäällä nenänieluun, alhaalla alanieluun ja edessä suuonteloon. Suunielu on suuontelon jatke. Alanielu sen sijaan rajoittuu alhaalla musculus cricopharyngeuksen eli rengasrustolihasen kohdalla ruokatorveen ja ylhäällä suunieluun. Tavallisimpia lähtökohtia kasvaimelle suunielussa ovat nielurisat ja kielen tyvi. Alanielussa puolestaan fossa piriformis ja postkrikoidaalinen alue. (Joensuu ym. 2013, 354-355.)





KUVA 2. Nielun jakaantuminen (Grenman, Kajanti, Joensuu & Saarilahti 2013a).

**Kurkunpää** jaetaan kolmeen anatomiseen alueeseen. Supraglottinen larynx sisältää äänihuulten yläpuolisen osan. Glottinen larynx alkaa Morganin taskun pohjasta sisältäen äänihuulet ja kaistaleen, joka jatkuu 5mm äänihuulten tason alapuolelle. Subglottinen larynx rajoittuu henkitorveen. Diagnosoiduista syövästä noin 40% on supraglottisia, 60% glottisia ja vajaa prosentti subglottisia. (Joensuu ym. 2013, 357.) Kurkunpää kuvataan kuvan 2. avulla.



KUVA 3. Kurkunpään jakautuminen (Grenman, Koivunen, Minn 2015b).

### 3.1.1 Riskitekijät, oireet ja diagnosointi

Yhteisinä riskitekijöinä suu-, nielu- ja kurkunpäänsyöpiin Malilan mukaan (Javanainen 2014, 6) ovat tupakointi sekä savuttomien tupakkatuotteiden, kuten esimerkiksi nuuskan ja purutupakan käyttö ja runsas alkoholin kulutus. Henkilöllä, joka tupakoi sekä käyttää runsaasti alkoholia on jopa 40-kertainen riski sairastua suun, nielun tai kurkunalueen syöpään (Javanainen 2014, 90). Ihmisen papilloomavirus (HPV)–infektio on selkeässä yhteydessä erityisesti suunielusyövän synnyssä. Muita riskitekijöitä ovat huono suuhygienia, ammattialtisteet kuten asbesti ja synteettiset kuidut sekä säteily. (Javanainen 2014, 6.) Myös suuvesi, jonka alkoholipitoisuus on yli 25% on haitallista jatkuvassa käytössä ja sen on todettu lisäävän suusyövän riskiä. Monipuolinen, hedelmiä, vihannuksia ja kalaa sisältävä ruokavalio vähentää riskiä sairastua suusyöpään. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012.)

Oireina suuontelon syövässä voi ilmetä vallimainen limakalvoleesio, tuumori tai huonosti paraneva haava, joka on usein melko kivuton. Huonosti istuvat proteesit ja niiden aiheuttamat hankaumat tai yllättäen löystynyt hammas voivat olla suuontelon syövän ensioireita. Nenänielun syövän oireina voi esiintyä nenän tukkoisuutta, verensekaista nenäeritettä sekä verenvuotoa, imusolmukemetastaaseja kaulalla, korvakipua ja korvatulehduksia. Pitkälle edenneessä nenänielun syövässä voi oireina nähdä kaksoiskuvia sekä ilmetä päänsärkyä. Suu- ja alanielun syövän oireita voivat olla nielemisvaikeudet ja –kipu, ruoan kiinni tarttuminen nieluun, suurentunut ja aristamaton imusolmuke sekä korvan suuntaan säteilevä kipu. (Joensuu ym. 2013, 353-356.) Kurkunpäänsyövän tavallisin oire on äänenkäheys, joka tulee tutkia ja syöpä pois sulkea, jos äänenkäheys on kestänyt yli kolme viikkoa (Javanainen 2014, 90). Kurkunpäänsyövässä voi esiintyä myös kaulametastaasi, palan tunnetta kurkussa, nielemiskipuja tai veriyskää. Pitkälle edenneessä kurkunpäänsyövässä voi olla hengitysteiden tukkeutuessa voimakasta hengenahdistusta. (Joensuu ym. 2013, 358.)

Diagnosoinnissa on tärkeää huomioida oireet sekä muutokset suun alueen limakalvoilla. Kudosnäytteen avulla voidaan varhain todeta syöpävaaraa lisäävät limakalvoilla esiintyvät histopatologiset muutokset. Leesioilla tarkoitetaan suun limakalvomutoksia, jotka voivat kudosten rakenteellisten muutosten edetessä muuttaa limakalvomutoksen pahanlaatuisiksi. Suun limakalvomutoksia ovat muun muassa leuko- ja erytroplakiat, punajäkälä sekä sen kaltaiset muutokset limakalvoilla. Leukoplakia on tasainen tai läis-

käinen muutos limakalvolla, kun taas erytroplakia on epätarkkarajainen, punainen muutos, joka ei ole haavautunut. Syöpävaaraa lisäävät tekijät eli leuko- ja erytroplakiat tulee tarkistaa suun limakalvojen kliinisessä tutkimuksessa. Samalla pois suljetaan erotusdiagnostisesti muut leesiot. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012.) Reilu 90% suu-, nielu- ja kurkkusyövistä on levyepiteelikarsinomia (Javanainen 2014, 6). Diagnostisessa tutkimuksessa limakalvo tulee kuivata, sillä sylki vaikeuttaa erytroplakian näkemistä. Mikäli leuko- tai erytroplakiamuutos havaitaan, olisi tärkeää ohjata potilaille ärsyttävien tekijöiden kuten esimerkiksi tupakoinnin, nuuskan sekä alkoholin käytön lopettaminen. Limakalvomutoksesta otetaan kudoksenäyte, mikäli muutos ei ole hävinnyt 2-3 viikkoon ärsyttävien aiheuttajien poistamisesta huolimatta. Leukoplakoiden kirurginen poistaminen ei estä suusyövän syntyä. Noin 90% erytroplakioista kehittyy suusyöväksi. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012.)

Useimmiten suusyöpä havaitaan kliinisessä tutkimuksessa, mutta diagnoosi varmistetaan kudoksenäytteellä. Kudoksenäyte otetaan paikallispuudutuksessa. Kudoksenäyte otetaan epäilyttävimmistä kohdasta, mutta vältetään kuitenkin nekroottisia alueita. Näytteenotossa on tärkeää säilyttää terveen ja sairaan kudoksen raja-alue näytteeseen. Kudoksenäytteen täytyy olla riittävän iso, jotta diagnosointi onnistuu. Limakalvomutokset sekä kudoksenäytteen sijainti rekisteröidään esimerkiksi valokuvoin tai piirroksin. Lopullinen diagnoosi tehdään PAD- vastauksen perusteella. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012.) PAD tarkoittaa taudin lopullista diagnoosia otettujen solu- tai kudoksenäytteiden perusteella (Mustajoki & Kaukua 2008).

Sairastuminen, epävarma elämäntilanne sekä huoli tulevaisuudesta ja hoitojen läpikäyminen vaikuttavat sairaan elämään monella eri tavalla. Sairastuneen arki muuttuu hoitojen aikataulujen myötä sekä hoitojen sivuvaikutukset, kuten väsymys, ruokahalun vaihtelut sekä muut mahdolliset oireet vievät voimavaroja. (Palva, Rosenberg & Saarilahti 2015.) Myös sairastuneen omaisissa voi herätä kaikenlaisia tuntemuksia syöpädiagnoosista, kuten vihaa, turhautumista, ahdistuneisuutta, toivottomuutta ja eristäytyneisyyttä. Stressaava elämäntilanne voi kestää kauan. Eräät tutkimukset ovat todenneet, että syöpädiagnoosi ja sairastuminen ovat lähentäneet potilaiden ja omaisten välistä suhdetta. Tämän johdosta voidaan todeta, että omaisten tuen tarve on yksilöllinen. Perheenjäsenen sairastuminen syöpään vaikuttaa parisuhteeseen ja perheeseen kokonaisvaltaisesti. (Nevalainen 2006.). Hoitajan rooli on tärkeässä asemassa syöpään sairastuneen

näkökulmasta, sillä hoitajan tulee olla sairastuneen tukena ja antaa potilaalle tietoa sairaudesta ja tulevaisuudesta (Palva ym. 2015).

### 3.1.2 Hoitomuodot

Kurkunpään syövän hoidossa käytetään sädehoitoa sekä leikkausta. Sädehoito voidaan antaa joko sellaisenaan tai yhdessä valitun solusalpaajan kanssa. Kemosädehoito on parantanut hoitotuloksia, mutta lisännyt haittavaikutuksia. (Grenman ym. 2015). Kemosädehoito tarkoittaa solusalpaajahoidon kanssa samanaikaisesti annettavaa sädehoitoa (Johansson 2015b). Paikallinen syöpä pystytään hoitamaan sädehoidolla tai tähystysleikkauksella. Suurempi, levinnyt syöpä leikataan ihoviillon kautta avoimena toimenpiteenä ja siihen liitetään usein myös sädehoito. (Grenman ym. 2015.) Laajoissa sekä kaulaan metastasoituneissa suusyövissä paikallisen poiston lisäksi poistetaan myös kaulan imusolmukkeet. Hoitamattomista suusyöpäpotilaista on kuuden kuukauden kuluessa elossa noin 36%, vuoden kuluttua 16% ja kolmen vuoden kuluttua 0.5%. (Suomalainen lääkariseura Duodecim 2012.)

Suusyövän hoitoon kuuluu leikkaushoito sekä sädehoito (Suomalainen lääkariseura Duodecim 2012). Solusalpaajalääkitys ei ole riittävä hoitomuoto yksinään (Tarnanen, Syrjänen & Lakoma 2012). Hoidossa on tärkeää tarkka ja laaja levinneisyystutkimus sekä muun mahdollisen syövän poissulkeminen. (Suomalainen lääkariseura Duodecim 2012.) Jos kudoksenäytteessä todetaan syöpäsoluja, potilaalle tehdään jatkotutkimuksia, kuten lääkärin tarkastus, laboratoriotutkimuksia sekä kuvantamistutkimuksia, joiden perusteella lääkäri päättää lopullisen hoitomuodon (Suomen hammaslääkäriliitto 2013). Potilaan tarkastukseen kuuluu suun, nielun, nenän, kurkunpään ja kaulan tutkiminen (Tarnanen ym. 2012). Suusyövän levinneisyys ja laajuus suun ja kurkun alueelle tehdään magneettikuvauksella tai tietokonetomografialla (Suomalainen lääkariseura Duodecim 2012). Tarpeen mukaan potilaalle tehdään kurkunpään, ruokatorven ja keuhkoputkien tähystys eli panendoskopia. (Tarnanen ym. 2012.) Vartijaimusolmuketutkimus on todettu tarpeelliseksi tutkimukseksi. Vartijaimusolmuketutkimuksessa on tarkoituksena tunnistaa tapaukset, joissa kasvain on jo ehtinyt lähettää etäpesäkkeitä, mutta toisaalta pyritään välttämään laajemmat imusolmukealueiden poistot niiltä potilailta, joilla ei löydy etäpesäkettä vartijaimusolmukkeesta. (Keski-Säntti ym. 2008.)

Varhainen toteaminen, hyvin suunniteltu sekä toteutettu hoito ja kuntoutus vähentävät hoidon aiheuttamaa elämänlaadun heikkenemistä. Elämänlaadun havainnoinnin arviointiin on hyvä käyttää apuna erilaisia elämänlaatu mittareita. Voidaan todeta, että syöpä diagnoosina heikentää elämänlaatua, mutta elämänlaatu palautuu tutkimuksien mukaan noin 1-3 vuoden kuluessa vastaavaksi, mitä se oli ennen sairastumista. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.)

Suun-, nielun- ja kurkunalueen syöpien sädehoito voi aiheuttaa hoidon aikaisia tai myöhempiä haittavaikutuksia. Haittavaikutukset voivat olla joko ohimeneviä tai pysyviä. (Honkala 2015.) Sädehoito aiheuttaa yleensä oireita hoidettavan alueen läheisyyteen. Iho alueelle voi tulla punoitusta, ihon kuivumista ja kutinaa. Harvoin iholle tulee ihorikkoja. Tällöin iho täytyy pitää puhtaana ja hoitaa iho aluetta ohjeiden mukaan erilaisilla voiteilla. Ihon raapimista tulee välttää. Sädetetyn alueen limakalvot voivat vaurioitua, jolloin oireina voi olla muun muassa limakalvojen kuivumista, kipua, kirvelyä, haavaumia sekä erilaisia tulehduksia. Hoitona annetaan oireenmukaista lääkitystä, joita ovat antibiootti- ja tarvittaessa sieni-infektio lääkitys. Iho- ja limakalvomuutokset voivat korjaantua muutamassa viikossa hoitojen loputtua, mutta vahingoittuneet alueet jäävät usein lopullisesti heikommiksi. Suun kuivuudesta potilaat voivat kärsiä useita vuosia hoitojen jälkeen, mikäli sädehoito on kohdistunut kaulan alueelle. (Johansson 2015b.) Suun kuivuutta aiheuttaa syljen vähäinen erityys. Tätä voidaan hoitaa hampaiden säännöllisellä harjauksella, suun kostuttamisella vedellä tai keinosyljellä, huulten rasvauksella, xylitolipitoisten purukumien käytöllä sekä makuhermojen stimuloinnilla (Nutricia 2011.) Hoidot voivat aiheuttaa myös maku- ja hajuaistimuutoksia. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.)

Uuden syövän riski on vähäinen, sillä 1-3% saa sädehoidosta sekundaarisyövän 20-30 vuoden aikana. Sädetetylle alueelle voi muodostua tavallista enemmän fibrotisoitumista eli sidekudosta, joka voi tuntua kovempaa alueena ja aiheuttaa toiminnan rajoituksia. (Johansson 2015b.) Muita sädehoitojen aiheuttamia haittavaikutuksia voivat olla mukoosiitti eli vaikea suun limakalvotulehdus, leukanivelten sijoiltaanmeno, makuaistin muutokset, hampaiden reikiintyminen sekä aliravitsemus. Sädehoitojen aikaista aliravitsemusta ennaltaehkäistään asettamalla potilaalle PEG-letku ennen hoitojen alkamista. Sädehoitojen vakavin haittavaikutus on osteoradioneekroosi eli luun säteilyvaurio. Osteoradioneekroosi on haavauma, joka yltää suun limakalvolta luuhun asti ja paraneminen on kestänyt yli kuusi kuukautta. Osteoradioneekroosia esiintyy 5-7% sädetetyistä poti-

laista. (Honkala 2015.) Puhekyky säilyy hyvänä tai tyydyttävänä sädehoidon tai pienten leikkausten jälkeen, joissa kurkunpään rakenne on pystytty säästämään. Levinneissä syövässä voidaan joutua poistamaan koko kurkunpää. Kurkunpään poiston yhteydessä syöminen onnistuu toipumisen jälkeen suun kautta, mutta hengitystä varten tarvitaan pysyvä henkitorviavanne. Tyydyttävä äänenmuodostus saavutetaan yleensä puheproteesilla, joka asetetaan henki- ja ruokatorven väliin. (Grenman 2015b.)

Sädehoitoa saava potilas kokee hallitsevansa voimavarakeskeisen ohjauksen ansiosta paremmin sädehoidon aiheuttamat sivuvaikutukset ja niiden seuraukset omaan terveyteensä. Voimavarakeskeinen ohjaus on käytännössä sitä, että ohjaus etenee rauhallisesti potilaan ehdoilla ja hänen lähtökohdistaan huomioiden potilaan omat voimavarat. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010.) Hoitajan tulee antaa potilaalle tietoa sädehoidon vaikutuksista, hoitojen aikataulusta sekä mahdollisista mielialavaihteluista. Syöpähoitojen aikana potilas käy läpi monenlaisia tunteita. Sairastunut voi tuntea ahdistusta, toivoa, pelkoa, surua ja iloa. Erilaiset tunteet olisi tärkeä hyväksyä sekä käydä läpi omalla tavallaan ja mahdollisesti kertoa niistä hoitohenkilökunnalle. Hoitajien tulee sallia potilaan erilaiset tunteet ja kertoa, että mielialavaihtelut ovat tavallisia sairastuessa. (Palva ym. 2015.)

### **3.1.3 Ravitseminen**

Ravitseminen on keskeinen osa syöpäsairaiden hoitoa, sillä Viitalan (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 311) mukaan 20-80% syöpäsairaista ovat aliravittuja. Syöpä jo itsessään aiheuttaa ravitsemuksessa ongelmia. Syöpäkasvaimen erittämät aineet voivat muuttaa elimistön aineenvaihduntaa, rasva- ja lihaskudos vähenee, ruokahalu vähenee sekä paino voi pudota. Syöpää sairastavan hoitomuodot kuten solunsalpaaja-, sädehoito- tai leikkaushoito voivat aiheuttaa syömiseen liittyviä ongelmia joko lyhyt- tai pitkäaikaisesti ja siten huonontaa potilaan ravitsemustilaa. (Mustajoki ym. 2010, 311-327.)

Mikäli suun kautta annosteltava ruoka ei tarjoa potilaalle riittävää ravinnonsaantia esimerkiksi voimakkaan ruokahaluttomuuden, nielemisvaikeuden tai kipeän suun takia, valitaan ravitsemusreitiksi enteraalinen letkuravitseminen (Mustajoki ym. 2010, 316). Enteraalinen ravitseminen tarkoittaa ruoansulatuskanavan kautta toteuttavaa ravitsemusta.

Enteraalista ravitsemusta voi olla suun kautta tapahtuva ravitseminen sekä letkuravitseminen mahasuolikanavaan, kuten esimerkiksi nenämahaletku tai PEG–letku. Enteraalisen ravitsemuksen ehtona potilaan ruoansulatuskanavan täytyy olla toimiva ja mahdollistaa ravintoaineiden imeytymisen. (Castren 2007.) Letkuravitsemuksesta voidaan puhua myös nimellä tehostettu ravitsemushoito. Tämän tarkoituksena on taata potilaalle riittävä energian, proteiinien, vitamiinien sekä hiven- ja kivennäisaineiden saanti. PEG:in avulla parannetaan potilaan ravitsemusta, elämänlaatua ja ennaltaehkäistään aliravitsemusta. (Raussi 2012.)

Ajoissa aloitetulla ravitsemushoidolla voidaan ehkäistä liiallista laihtumista ja ravitsemustilan huononeminen. Ravitsemushoito on yksilöllistä ja oireenmukaista, johon kuuluu ravitsemustilan arviointi, ravitsemusohjaus sekä kliinisten ravintovalmisteiden käyttö. (Mustajoki 2010, 311.) Pitkään kestäneessä ravitsemushoidossa on suositeltavaa käyttää PEG–letkua. Riittäväällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä painonlaskua ja parantaa sädehoidon sietämistä (Castren 2007). Enteraalisen ravitsemuksen hyötyjä ovat suolen aineenvaihdunnan stimulointi sekä bakteerien vähentyminen (Raussi 2012). Syöpäpotilaan ravitsemushoito tulee toteuttaa yksilöllisesti ja oirekuvalähtöisesti. Hoitohenkilökunnan tulee myös huomioida riskit vajaaravitsemukseen. Lääkäri ja ravitsemusterapeutti suunnittelevat yhdessä potilaalle ravitsemussuunnitelman. Aliravitseminen voi hidastaa toipumista sekä heikentää elämänlaatua. Tällöin käytetään tehostettua ruokavaliota. Syöpäpotilailla, joilla paino laskee riittämättömän ravinnonsaannin seurauksena, on ensisijaisen tärkeää tarjota enteraalista ravitsemusta. (Mäkelä 2015.)

### **3.2 Mahalaukkuavanne eli PEG**

Perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma (PEG) on ravitsemusavanneletku, joka asetetaan vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun tähytystoimenpiteen avulla (Best Practice 2010). PEG laitetaan potilaille, joilla peroraalinen eli suun kautta toteutettava ravitseminen on vaikeutunut tai estynyt sairauden myötä, mutta mahasuoli-kanava on toimiva (Alila ym. 2013, 215-216).

Letkuravitseminen on aloitettava, jos potilas ei jaksa tai kykene syömään riittävästi (Saarnio, Pohju & Ahtola 2016). Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi juuri kaulan ja pään alueelle annettava sädehoito, suun tai nielun alueen leikkaus tai syöpäkasvain, joka hanka-

loittaa nielemistä tai estää sen kokonaan. (Viitala & Bingham 2016.) Suu-, nielu- ja kurkkusyöpöpotilaiden ravitsemustilanne on usein huono jo diagnoosin tekohetkellä, joten on tärkeää selvittää ja korjata se ennen toimenpiteitä. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012.) Brenda Nugentin (2010) tekemän tutkimuksen mukaan, ennen hoitoja asetettu PEG- letku on ehkäissyt merkittävästi syöpähoitojen aikaista painonlaskua verrattuna painonlaskuun potilailla, joille PEG on asetettu vasta hoitojen edettyä.

### 3.2.1 PEG-letkun laitto ja poisto

PEG:n laitto on nopea ja yksinkertainen toimenpide, joka tehdään aikuiselle paikallispuudutuksessa (Saarnio ym. 2016) ja lapselle yleisanestesiassa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus n.d.). Ennen toimenpidettä hoitajien tulisi arvioida millaista ohjausta potilaille voidaan antaa. Potilaille on kannattavaa antaa perustietoa sekä mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Liian vähäinen tiedon saanti lisää potilaan ahdistusta, pelkoa ja stressiä. Potilaat toivovat saavansa hoitajilta ohjausta mahdollisista komplikaatioista, oireista ja lääkityksestään sekä liikkumiseen liittyvissä asioissa (Palokoski 2007.)

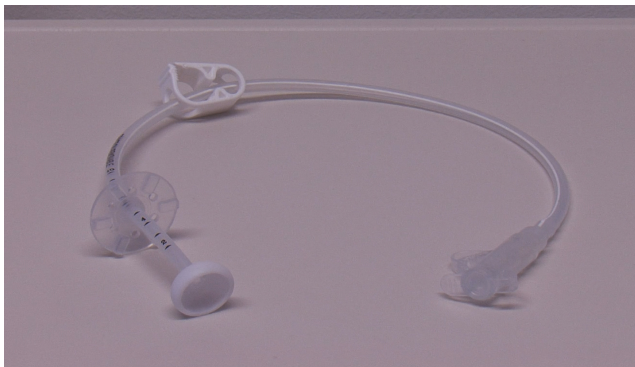
Ennen PEG:n laittoa potilaalta tarkistetaan INR-arvo eli tromboplastiiniaika (Fimlab 2011) sekä perusverenkuva, joilla varmistetaan potilaan sopivuus toimenpiteeseen. INR- arvon tulee olla 1,6-1,7 ja perusveren kuvasta selvitetään trombosyyttien määrä, jonka on oltava viitearvojen sisällä. Jos trombosyyttien määrä on matala, veren hyytyminen on hitaampaa. Myös potilaan yleiskunto vaikuttaa siihen, voidaanko PEG laittaa. (Helin 2016.)

Ravitsemusavanneletku viedään vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun käyttäen apuna mahantähystystä (gastroskopia). Gastroskopiolla tarkistetaan ravinnon esteetön pääsy ohutsuoleen (Groundstroem, Heino & Halttunen 2014). Lääkäri etsii sormin painelemalla vatsanpeitteistä sopivan paikan PEG-letkulle. Neula viedään gastroskopiakontrollissa vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun ja neulan kautta viedään johtovaijeri, joka tuodaan gastroskoopin mukana suusta ulos. PEG-letku kiinnitetään johtovaijeriin, jonka avulla letku vedetään paikalleen. Tämän jälkeen PEG-letku katkaistaan ja siihen kiinnitetään syöttöportti (Mustajoki 2010, 185). Mahalaukun sisäpuolelle jää PEG-letkun hattuosa ja iholle, letkun juureen asetetaan taitos sekä PEG-letkun suojalaatta, joka estää letkun edestakaisen liikkumisen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.) PEG-

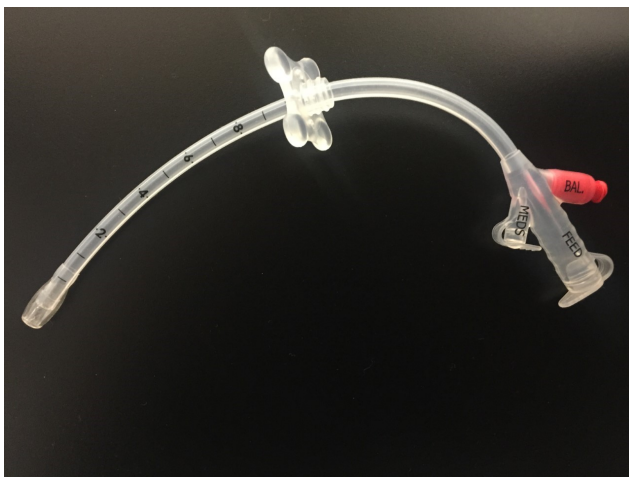


letkuun voidaan laittaa laittopäivänä 5% sokeriliuosta pienissä erissä, kuten 100 millilitraa viidesti, kunhan laitosta on kulunut 4-6 tuntia. (Mustajoki 2010, 186.)

Gastroskopiassa laitetun ensiletkun (kuva 4) vaihto määritellään hoitavassa hoitolaitoksessa ja hoitokäytännöt vaihtelevat hoitolaitoksesta riippuen, jonka jälkeen vaihdetaan syöttöletku (kuva 6). (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016). Tampereen yliopistollisen sairaalan gastroenterologian poliklinikan asiantuntijasairaanhoitajan ohjeistuksen mukaan ensiletku vaihdetaan bolustuubiin (kuva 5) tai PEG –nappiin (kuva 7) kuuden kuukauden kuluttua laitosta tai poistetaan aiemmin, mikäli letkuravitsemukselle ei ole tarvetta. Bolustuubi tai PEG- nappi vaihdetaan uuteen kolmen kuukauden välein. (Helin 2016.)



KUVA 4. Ensiletku (Tays AV-sihtööri Mika Martikainen 12.1.2017)



KUVA 5. Bolustuubi (Poikolainen, P. 12.2.2017)



Kuva 6. Syöttöletku (Poikolainen, P. 12.2.2017)



KUVA 7. PEG-nappi (Poikolainen, P. 12.2.2017)

PEG:n laittoon liittyviä komplikaatioita esiintyy Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (2016) mukaan noin kolmella prosentilla kaikista potilaista. Yleisiä PEG:n laittoon liittyviä komplikaatioita ovat toimenpiteessä käytetyn sedaation eli kevyen nukutuksen aiheuttama hengitysvajaus, erilaiset infektiot, aspiraatiopneumonia, PEG-letkun tukos, vatsaontelon rakenteiden vaurioitumisesta johtuva sisäinen verenvuoto sekä vatsakalvontulehdus eli peritoniitti, jos laitton yhteydessä ohut- tai paksusuoleen tulee vaurio. Mahansisällön joutuminen potilaan hengitysteihin eli aspiraatio toimenpiteen aikana on yleinen komplikaatio. Sitä edesauttaa potilaan mahdollinen neurologinen sairaus, suun sekä nielun alueen syöpäsairaus tai liian voimakas sedatio. Jos PEG-letku irtoaa pian laitton jälkeen, avannekanava ei kehity kunnolla tai mahalaukun seinämän aukko laajenee liikaa, voi seurauksena olla ravitsemusliuoksen pääsy vatsaonteloon.

Tämän komplikaation riskiä lisäävät potilaan korkea ikä, vaikea aliravitsemus tai käytössä oleva kortisonilääkitys. (Groundstroem ym. 2014.)

PEG voidaan poistaa, kun ravinnonsaanti potilaalla onnistuu ongelmitta suun kautta. PEG:n poisto tehdään paikallispuudutuksessa ja useimmiten polikliinisesti. Ennen kuin PEG poistetaan, varmistetaan, että letku liikkuu ja pyörii kanavassa ongelmitta. PEG:n ympäröivä iho ja kanava puudutetaan Xylocain -geelillä. Kun iho on puutunut, letku vedetään vatsanpeitteiden läpi. Poistosta aiheutuu hetkellistä kipua puudutteesta huolimatta, mutta kipu loppuu kun letku saadaan poistettua (Helin 2016.) Mahalaukkuun johtava reikä peitetään haavataitoksella. Haavataitokset ohjataan poistamanaan seuraavana päivänä ja suihkuttelemaan haava-alue. Mikäli reikä on vielä olemassa, päälle ohjeistetaan pistämään vielä haavataitokset. Reikä umpeutuu itsellään muutaman päivän kuluessa. Mikäli kanava ei umpeudu viikon kuluessa ohjataan potilas vastaanotolle tarkastukseen (Hautera 2016.) Poiston jälkeen on oltava ravinnotta noin kaksi tuntia. Potilasta ohjeistetaan syömään pieniä määriä useasti, kunnes kanava on mennyt umpeen. (Helin 2016.)

### 3.2.2 PEG:n hoito

PEG:n rutiinihoitoon kuuluu letkun päivittäinen pyörittely, joka aloitetaan heti laitton jälkeen. Letkun edestakainen liikuttelu aloitetaan noin viikon kuluttua toimenpiteestä. (Helin 2016.) Pyörittelyn ajaksi ulkopuolinen suojalaatta löysätään, letku puhdistetaan ja työnnetään kevyesti 1-2cm sisäänpäin, jolloin letkun sisäpuolinen hattuosa liikkuu pois päin vatsalaukun seinämästä. Tällä liikkeellä vältetään pyörittelyn aikana sisäisen hattuosan hankaus vatsalaukun limakalvoon ehkäisten komplikaatioita. Pyörittelyn aikana ei kuulu tuntua kovaa vastusta. Pyörittelyn jälkeen letkua vedetään varovasti takaisinpäin. Letkua takaisinpäin vedettäessä sen sijaan tuntuu pieni vastus, kun letku asettuu takaisin oikealle paikalle. Vastuksen tuntuessa ulkoinen suojalaatta asetetaan takaisin paikalleen. (Simons & Remington 2013, 79-80.) Letkun pyörittelyllä ennaltaehkäistään myös letkun tarttuminen kiinni avanteen seinämään (Teikari 2016).

PEG-letkun ympäröivän ihon hoito on tärkeää, jottei infektioita tai ihorikkoja syntyisi. Päivittäinen pesu ja huolellinen kuivaus ovat tärkeässä osassa PEG:n hoitoa. Kiinnityslavyn alla oleva iho tulee puhdistaa päivittäin joko suihkussa tai veteen kostutetulla tai-

toksella. Suihkuun mennessä tulee tarkistaa, että syöttöletkun korkit ovat kiinni. Saippuan käyttöä tulee välttää pesun yhteydessä, sillä se kuivattaa ihoa. Ihoa kannattaa kuivata taputtelemalla sekä hankausta tulee välttää, ettei iho rikkoudu. Kuivaa ihoa avanne alueelta kannattaa rasvata nopeasti imeytyvillä rasvoilla ja antaa ilmakylpyä. Kiinnityslevyn kireyttä säädettäessä tulee huomioida, ettei se paina ihoa kuopalle. Potilasta tulee myös ohjata tarkkailemaan ihoa avanteen ympäriltä päivittäin, ettei ympäröivälle iholla tule tulehduksen merkkejä, punoitusta tai märkäistä eritettä. (Teikari 2016.)

Suun huolellinen hoito on tärkeää, sillä vähäinen syöminen vähentää syljen eritystä suussa. Vähäinen syljen erityys lisää hampaiden reikiintymistä, huonontaa limakalvojen kuntoa sekä tulehduksien riski suun alueella kasvaa. Ohjeistuksena on, että hampaat, suun limakalvo sekä kieli pestään vähintään kahdesti vuorokaudessa. Tarvittaessa suuta voi kostuttaa pienellä vesimäärällä tai käyttää keinosylkeä. (Teikari 2016.)

### **3.2.3 Letkuravitseminen ja lääkehoito**

Letkuravitsemuksen annostelu voidaan toteuttaa hitaasti useamman tunnin aikana, jatkuvana syöttönä tai ravintovalmiste voidaan antaa noin 200 millilitran annoksina useita kertoja vuorokaudessa ravinnonsiirtolaitteen kautta tai käsin annostellen. (Nutricia 2011). Potilaan on hyvä olla puoli-istuvassa asennossa ruokailun ajan, tällä varmistetaan ravinnon esteetön liikkuminen mahalaukusta suoleen (Mustajoki 2010, 186). PEG-letkua huuhdellaan ennen ja jälkeen ruokailujen noin 50 millilitralla vettä, jolla ehkäistään PEG-letkun tukkeutumista (Simons & Remington 2013, 81). Ravinnonsiirtolaitteiden sekä ravintovalmisteiden käytöstä käyttäjä saa mukaansa ohjeet laitteiden käytöstä sekä letkuruokinnan toteuttamisesta (Nutricia 2011). Pitkäaikaissairaahan hoitosuunnitelman mukaiset tarvittavat hoitovälineet kuuluvat hoitoon. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010, 24§, 25§.) Sairausten hoitoon kuuluvat tarvittavat hoitotarvikkeet ovat käyttäjilleen maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 1992, 734, 5§). Potilas saa hoitotarvikkeet oman kunnan hoitotarvikejakelusta. Tarvittavat välineet jaetaan potilaalle ravinnonsiirtojärjestelmän ja yksilöllisen kulutuksen tarpeen mukaan. Nämä jaetaan kolmen kuukauden tarve kerrallaan. Hoitotarvikkeiden tarpeen määrittelee joko lääkäri tai hoitaja. Tämä edellyttää hoitavalta taholta kykyä arvioida potilaan hoidon kokonaistilannetta. Selvitys asiakkaan hoitoon liittyvistä välineistä ja tarvikkeista tehdään erilliselle lomakkeelle. Mikäli potilaan hoidon tarvikkeiden sekä välineiden tarpeen arvioidaan olevan pitkäaikaista, hoitotarvikejakelu aloitetaan. (Sosiaali- ja terveys-

palvelut 2015.) Potilaalle korvataan 65 prosenttia ravintovalmisteista, kun hänellä on Kelan myöntämä korvausoikeus kliinisiin ravintovalmisteisiin. Tämän potilas saa haetua lääkärin kirjoittamalla B-lausunnolla. Potilaan omavastuu kliinisten ravintovalmisteiden korvauksesta on 50 euroa. Kun tämä täyttyy, potilas saa Kelan antaman korvauksen. (Kela 2016.)

Lääkehoito on tärkeä osa hoitotyötä ja hoitajien ammattitaitoa. Terveystieteiden ammattilaisten neuvonnan ja ohjauksen tärkeänä tavoitteena on hyvin informoitu ja hoitoon motivoitunut potilas. Potilaan lääkehoitoon sitoutuminen ja lääkitysturvallisuuden edistäminen edellyttävät ristiriidatonta sekä yhdenmukaista lääkeneuvontaa ja ohjausta. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2012, 58.) Turvalliseen ja onnistuneeseen lääkehoitoon kuuluu lääkkeiden oikea annostelu. Tavallinen tabletti voidaan puolittaa, murskata tai liuottaa huoneenlämpöiseen veteen. Entero- ja depotlääkevalmisteiden murskaaminen voi johtaa lääkkeen tehon menetykseen, haittavaikutusten ilmaantumiseen tai hengenvaaralliseen yliannostukseen. Tilanteissa, joissa potilas ei kykene nielaisemaan itse lääkkeitään, olisi tärkeää miettiä hoitavan lääkärin kanssa potilaan lääkitystä uudelleen. Potilaan lääkityksestä tulisi miettiä, voiko lääkkeen jättää hetkellisesti tauolle tai löytyisikö lääkkeestä nielemisvaikeuksista kärsivälle parempi annosmuoto. Tällaisia annosmuotoja ovat muun muassa suussa hajoava tabletti, laastari, peräpuikko tai oraaliliuos. Ennen lääkkeenantoa tulee varmistaa, annetaanko lääke tyhjään vatsaan vai ruokailun yhteydessä. (Laitinen, Ahonen & Kröger 2010.)

Lääkettä annettaessa PEG-letkun kautta on varmistettava, että lääke on tarkoitettu annettavaksi enteraalisesti. Valmistajan ohjeiden mukaisesti nestemäiset peroraaliset lääkkeet voidaan antaa sellaisenaan ja jauhemaiset valmisteet liuottaa. (Jussila ym. 2010.) Jokainen lääke tulee antaa erikseen, liuotettuna veteen ja jokaisen lääkkeen annon välissä PEG-letku huuhdellaan 10 millilitralla vettä (Simons & Remington 2013, 81) sekä kaikkien lääkkeiden annon jälkeen 20-40 millilitralla kädenlämpöistä vettä. Lääkkeitä ei saa sekoittaa ravintovalmisteeseen. Lääkkeet annetaan PEG-letkussa olevaan lääkeporttiin, mutta jos lääkeporttia ei ole, annetaan lääkkeet ravintovalmisteelle tarkoitettusta syöttöportista. (Jussila ym. 2010.)

### 3.2.4 Komplikaatiot

Komplikaatioita on mahdollista välttää letkun huolellisella hoidolla. Ihon rikkoutuminen on tavallinen komplikaatio, jota yleensä edeltää ihoalueen arkuus, kipu sekä erytema. Rikkoutunutta ihoa hoidetaan suihkuttamalla kädenlämpoisellä vedellä sekä puhdistamalla ja kuivaamalla ihoaluetta huolellisesti useita kertoja päivässä. PEG-letkua ympäröivällä iholla voi ilmetä tulehdusoireita, joita ovat kosketusarkuus, turvotus, punoitus sekä kuumotus. Tulehdusoireiden ilmetessä, on hyvä ottaa yhteyttä omaan terveyskeskukseen tai hoitavaan yksikköön. Tulehdus on hoidettavissa antibioottilääkityksellä. Mikäli PEG-letkuun ei saada tiputettua ruokaa tai nesteitä, on letku mahdollisesti tukkeutunut (Tampereen yliopistollinen sairaala 2016). Tukkeuman voi aiheuttaa esimerkiksi letkun epäsäännöllinen tai huono huuhtelu, osittain murskatut lääkkeet tai ruuan ja lääkkeiden interaktio eli yhteisvaikutus. Tukkeutunut PEG-letku vaatii usein letkun vaihtamisen (Simons & Remington 2013.) PEG-letkua voi huuhdella 50 millilitralla kädenlämpöistä vettä tukkeuman avaamiseksi (Tampereen yliopistollinen sairaala 2016). Tarvittaessa letkua voi huuhdella myös Coca Colalla tai kivennäisvedellä (Helin 2016). Huuhtelussa ei saa kuitenkaan käyttää liiallista voimaa, sillä tämä voi vahingoittaa sisäistä vatsanseinämää. PEG-letkua voi pyöritellä etusormen ja peukalon välissä yrittäen hajottaa mahdollista tukosta ennen letkun huuhtelua. (Simons & Remington 2013, 80-81.)

PEG-letkuun liittyy aspiraatoriski. Tästä syystä ruokailujen aikana sängynpäätyä tulee nostaa vähintään 30 astetta ja pitää se ylhäällä 30-60 minuuttia ruokailun päättymisestä ehkäisemään aspiraatiota (The Joanna Briggs Institute 2016). Myös letkun kautta annettavien ruoka- ja lääkeaineiden annosteluvoimakkuus tulee arvioida sopivaksi välttämään vatsalaukun venähtämistä. (Simons & Remington 2013, 79.) Potilaista noin 1.6-4.4 prosenttia poistavat itse joskus PEG-letkun epähuomiossa. Riski tähän on suurempi desorientoituneilla tai aggressiivisilla potilailla. (Simons & Remington 2013, 80.) Tällöin avanneaukko voi sulkeutua spontaanisti 1-2 tunnissa (Helin 2016). Tässä tapauksessa potilaalle ohjeistetaan laittamaan virtsakatetri, jokin pilli tai muu vastaava katetri avanneaukkoon suojaksi välttämään umpeutumista, kunnes uusi letku on mahdollista asettaa. (Simons & Remington 2013, 80.)

Letkun nouseminen kanavaan on suurempi komplikaatio, jossa PEG-letkun sisäinen hattuosa on päässyt paikaltaan ja juuttunut vatsanseinämän ja PEG-letkua ympäröivän

ihon väliin. Tämä saa aikaan suurta painetta PEG-letkun sisäisen hattuosan ja ulkoisen suojalaatan välissä ja voi aiheuttaa peritoniitin eli vatsakalvontulehduksen. Tämän yleisimpiä oireita ovat vatsakipu ja se, että ravintovalmistetta ei saada tiputettua letkuun. Letkun noustessa kanavaan, yritetään letku saada paikoilleen, mikäli tämä ei onnistu vaihdetaan uusi PEG-letku. (Simons & Remington 2013, 79.)

Avanneaukon ympärille voi muodostua granulaatiokudosta. Granulaatiokudosta muodostuu usein vielä haavan paranemisen jälkeenkin. Kudos on herkkää ja haurasta, joka vuotaa herkästi pienestäkin siihen kohdistuvasta traumasta. Hoitovaihtoehtoina voidaan käyttää kortisonia, jolla vähennetään infektioita. Hoidossa käytetään myös kosteutta sekä bakteereita imeviä sidoksia. (Simons & Remington 2013, 81.) Granulaatiokudosta voidaan poistaa lapiksella ja joissakin tilanteissa tarvitaan kirurgista poistoa (Groundstroem ym. 2014).

Vuotoa ilmenee usein muutamana päivänä asentamisen jälkeen. Liiallisen vuodon avannealueelle voi aiheuttaa esimerkiksi bakteeri- tai sieni-infektio, granulaatiokudos tai mekaaniset ongelmat, kuten esimerkiksi letkun nouseminen kanavaan. Happojen tuotantoa ehkäisevän lääkityksen keskeyttäminen voi johtaa vatsahappojen liialliseen syntymiseen ja sen vuotamista letkun ympärille. Ihonhoito- ja suojavaiteet, jotka sisältävät sinkkioksidia voivat auttaa suojaamaan kudoksia vaurioilta. Myös letkun vaihto läpimitaltaan suurempaan kokoon voi joskus helpottaa ongelmia. (Simons & Remington 2013, 80.)

Ripuli on yleinen komplikaatio 15-40% potilaista. Useat tutkimukset osoittavat, että ripuli voi aiheutua riittämättömästä hygieniasta välineiden käsittelystä. Ravintoliuos-pakkaus, joka on ollut avattuna yli 12 tuntia, on hävitettävä ehkäisemään bakteerikontaminaatiota sekä avatut pakkaukset tulisi säilyttää jääkaapissa ohjeiden mukaan. Clostridium difficile- suolistobakteeri on yleisempi potilailla, joilla käytetään letkuravitsemusta oraalisesti eli suun kautta annettavan ravitsemuksen sijaan. Sorbitolin ja letkuravitsemuksen on yhdessä osoitettu aiheuttavan ripulia. Myös ummetus on yleistä PEG-potilailla. (Simons & Remington 2013, 81.)

### 3.3 Laadukas ohjaus hoitotyössä

Ohjaus on käytännön läheisen opetuksen antamista sekä ohjauksen alaisena toimimista (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16-18). Ohjaus on myös tavoitteellista ongelmanratkaisua, asiakkaan omien kokemusten erittelyä sekä niistä oppimista (Kääriäinen & Kyngäs 2014). Ohjauksessa vallitsee molemminpuolinen tasaa-arvo (Kyngäs ym. 2007).

Potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseksi potilaan tulee saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon vaikutuksista sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Terveystilahuollon ammattihenkilön on annettava selvitys asiakkaan terveydentilasta siten, että asiakas varmasti ymmärtää asian sisällön oikein. Terveystilahuollon ammattihenkilön on turvattava asiakkaan tiedon saanti erilaisin apukeinoin, mikäli asiakas puhuu toista kieltä tai ei tule ymmärretyksi esimerkiksi puhevian vuoksi. (Laki potilaan asemista ja oikeuksista 785/1992.)

Potilasohjaus kuuluu hoitohenkilökunnan ammatilliseen toimintaan ja ohjaus on keskeisessä roolissa potilashoidossa. Potilasohjauksen tarve sekä sen osuus hoitotyössä on nousu suunnassa. (Linnajärvi 2010.) Laadukkaana potilasohjauksen tärkeimpänä tavoitteena voidaan pitää asiakkaan tukemista voimavaraistumiseen, jolloin potilas aktivoituu ja hänen motivaationsa lisääntyy sekä hänen hallinnan tunteensa omaan tilanteeseensa kehittyä. Tämä lisää asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Lipponen 2014.)

Ohjauksen perustana on ohjausprosessi, joka toteutuu potilaan hoidon jokaisessa vaiheessa. Ohjausprosessin mukaan, ensin määritellään ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, ohjauksen toteutus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja ohjauksen vaikuttavuus potilaaseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006). Laadukas potilasohjaus perustuu asiakaslähtöisyyteen, joka tarkoittaa sitä, että ohjaus pohjautuu asiakkaan tarpeiden ja yksilöllisyyden mukaan (Lipponen ym. 2006). Hoitohenkilökunnan sekä asiakkaiden taustatekijät, kuten ikä, motivaatio ja arvot vaikuttavat potilasohjauksen onnistumiseen (Lipponen & Kyngäs 2014). Hyvin toteutuneeseen ohjaukseen vaikuttaa myös asianmukaiset tilat, ohjaukseen käytetty aika ja välineet sekä ohjauksen riittävyys sekä ohjauksen lopputulos. (Kääriäinen ym.2014.) Potilasohjauksen ei tulisi



perustua pelkästään potilaan tiedottamiseen hänen sairaudestaan, vaan hoitotyön tulisi mahdollistaa terapeutisesti tehokas vuorovaikutussuhde osoittamalla potilaalle ymmärrystä, empatiaa, lohdutusta ja tukea (Saarela 2013). Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa hyvinvointiin sekä terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta myös kansantalouteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Asiakkaiden sairaalassaoloaika lyhenee ja kotiutuessa ohjauksen merkitys kasvaa. Laadukas ohjaus vähentää asiakkaiden paluuta sairaalaan epätietoisuuden takia. (Lipponen ym. 2008.) Haasteita ohjauksen toteuttamiselle asettavat lyhyet hoitoajat ja puutteelliset ohjausresurssit sekä hoitajien tiedon ja taidon puutteellisuus. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Laadukas potilasohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa sekä hoitajan täytyy hallita ohjausprosessin eri osa-alueet (Lipponen ym. 2006). Hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös hyvät vuorovaikutustaidot sekä tietoa erilaisista ohjausmenetelmistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) .) Tavallisimmat ohjausmenetelmät ovat suullinen, kirjallinen, yksilöohjaus sekä ryhmäohjaus, demonstraatio ja audiovisuaalinen ohjaus. (Lipponen 2014.) Hoitajan tehtäviin kuuluu myös auttaa asiakasta ratkaisemaan mahdollisia ongelmia, käsittelemään kokemuksiaan ja löytämään erilaisia tapoja toimia tilanteissa. Asiakkaille ensisijainen tiedonlähde on hoitohenkilökunnalta saatu tieto (Lipponen 2014). Laadukkaassa ohjauksessa korostuu myös ammatillinen vastuu, johon kuuluu ohjausvalmiudet eli tieto, taito ja asenne. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Ammatillinen vastuu edellyttää hoitohenkilökunnalta oman ammattitaidon ylläpitämistä, omien ohjausvalmiuksien kehittämistä sekä asiakkaan riittävän ohjauksen saannin turvaamista (Lipponen 2014).

Asiakas on ongelmien ratkaisija ja hoitaja tukee parhaansa mukaan häntä päätöksen teossa, mutta pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja (Vänskä ym. 2011, 16-18). Ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta vaikuttaa elämäänsä positiivisella tavalla. Rakenteeltaan ohjaus on suunnitelmallista ja siihen liittyy tiedon antaminen sekä sen jakaminen. (Lipponen ym. 2008.) Asiakas ymmärretään oman tilanteensa asiantuntijana (Kääriäinen & Kyngäs 2014). Hoitajan antama hyvä ohjaus lisää asiakkaan tietoa, joka mahdollistaa ja rohkaisee asiakasta osallistumaan päätöksentekoon ja täten edistää asiakkaan omia valmiuksia vaikuttaa hoitoonsa (Lipponen ym. 2006). Omaisten huomiointi on tärkeässä roolissa laadukkaan potilasohjauksen onnistumiselle (Lipponen 2014).

Audiovisuaalinen ohjaus on yksi monista käytössä olevista ohjausmenetelmistä (Kyngäs ym. 2007). Näitä voivat olla esimerkiksi videot, äänikasetit ja tietokoneohjelmat. (Rauta 2008). Audiovisuaalisesta ohjauksesta hyötyvät eniten ne, joilla on vaikeuksia lukea kirjallista materiaalia. Video-ohjaus on helposti vastaanotettava, hyödyllinen sekä taloudellinen tapa antaa potilaille paljon tietoa oikea-aikaisesti. Potilaan olisi hyvä saada keskustella videon näkemisen jälkeen hoitajan kanssa, sillä video voi aiheuttaa potilaassa vahvoja tunteita sekä väärinkäsityksiä. Video-ohjauksen avulla voidaan esitellä potilaalle esimerkiksi kokemuksia, paikkoja, ohjeita, välineitä tai tilanteita sairaalassa. Usein audiovisuaalisen ohjauksen rinnalla annetaan suullista ja kirjallista ohjeistusta. (Kyngäs ym. 2007.) Videoiden tai internet –pohjaisten audiovisuaalisten menetelmien käyttö potilaan ohjauksessa on todettu johtaneen parempaan yhteisymmärrykseen tulevasta leikkauksesta tai toimenpiteestä. Tämä on vaikuttanut paljon potilastyytyväisyyteen sekä parantanut jonkin verran leikkauksen tulosta etenkin ortopedisissä leikkauksissa. Ohjausvideo auttaa ymmärtämään ja havainnollistamaan asioita ja tilanteita eri tavalla ja tämä onkin nykyaikainen ja hyvä tapa oppia uusia asioita. (Saarela 2013.)

Potilaat sekä omaiset toivovat usein suullisen ohjauksen tueksi audiovisuaalista ohjausta (Rauta 2008). Kalifornialaisessa yliopistossa on tutkittu video-ohjauksen vaikuttavuutta verrattuna sanalliseen ohjaukseen, aiheena haavahoito-ohjeiden antaminen potilaalle. Tutkimuksessa ei havaittu oppimisen eroa, mutta video-ohjaus koettiin tehokkaaksi ja potilaat olivat tyytyväisempiä menetelmän avulla saatuun ohjaukseen. (Amstrong ym. 2010.) Kyseisessä yliopistossa on tehty myös toinen tutkimus potilasohjauksesta aikuisien atooppisen ihottuman hoidossa. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt saivat joko kirjallista tai video-ohjausta. Video-ohjaus koettiin mielenkiintoisemmaksi ja tutkimuksesta voidaan todeta, että video-ohjaus sopii aikuisille ja se on tehokas tapa ohjata potilasta. (Amstrong ym. 2011.)

Sairastuminen on aina kriisi ja se aiheuttaa sekä sairastuneelle että hänen omaisilleen turvattomuuden, epävarmuuden sekä avuttomuuden tunteita. On erittäin tärkeää tilanteesta selviytymisen kannalta, että sairastunut sekä hänen omaisensa saavat tarvittavan tiedon sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja hoitosuunnitelmista. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon sekä edistää valmiuksia omahoitoon. Ohjaus ja tiedon antaminen vähentävät ahdistusta ja pelkoa. (Lipponen ym. 2006.)

Sairaanhoitaja pyrkii omalla toiminnallaan tukemaan ja lisäämään asiakkaiden omia voimavaroja sekä parantamaan heidän elämänlaatua sekä edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä. Sairaanhoitajan velvollisuus on antaa ohjausta ja tietoa asiakkaalle hänen tarpeittensa mukaisesti. Eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajia työhön liittyvissä päätöksenteoissa sekä vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu auttaa eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia henkilöitä arvokkaasti ja yksilöllisesti. Sairaanhoitajan velvollisuus on antaa ohjausta ja tietoa asiakkaalle hänen tarpeittensa mukaisesti. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.)

Etiikka sana tulee kreikankielen sanasta *ethos*, joka tarkoittaa omaksuttua tapaa tai käytäntöä. Etiikassa pohditaan oikeaa ja väärää koskevia käsityksiä. Eettisyyteen liitetään vahvasti moraalii, jossa pohditaan ihmisen käsityksiä oikeasta ja väärästä. Ammattietikalla tarkoitetaan hoitotyössä selkeää ja yhtenäistä käsitystä siitä, mikä on hyvää ja oikeaa ammatillista toimintaa sekä mikä on huonoa ja väärää ammatillista toimintaa. Ammatilliseen toimintaan koskettavat aina eettiset kysymykset, etenkin hoitotyössä. Eettinen osaaminen katsotaan tärkeäksi osaksi ammatillista osaamista, sen ajatellaan olevan työntekijän henkistä pääomaa. Eettinen osaaminen kehittyy kuten ammatillinenkin osaaminen eli keskustellen, pohtien sekä uutta tietoa oppien. (Säyrylä & Väärasmäki 2014.)

Pitkäaikainen kokemus hoitotyöstä auttaa lisäämään asiantuntemusta ja työskentelyvarmuutta. Tämä voi kuitenkin osaltaan vähentää hoitotyöntekijän herkkyyttä tunnistaa eettisiä ongelmia, koska työstä on tullut rutiininomaista. Hoitotyötä tekevän työntekijöiden väsymys ja kiire voivat aiheuttaa haasteita eettisten ongelmien tunnistamisessa. Hoitotyöntekijän henkilökohtainen jaksaminen, oman työn hallinta sekä mukavuudenhaluisuus voivat synnyttää uudenlaisen eettisen ongelmatilanteen. (Sairaanhoitajaliitto 2014b.)

Luottamus toiseen ihmiseen on tärkeässä osassa tiedon ja autonomian kannalta. Ihminen ei kykene hakemaan itse kaikkea tarvitsemaansa tietoa, vaan välttämätöntä on tyytyä toisten ihmisten tuottamaan tietoon. Tähän liittyy vahvasti se, kuinka ihminen voi luottaa toiselta saatuun tietoon. Luottamuksella on tärkeä osuus myös ihmisten sosiaalisissa suhteissa, koska ilman luottamusta on vaikea luoda ihmissuhteita. Mikäli epäluottamusta syntyy kahden ihmisen väliseen suhteeseen, mahdollisuutta menestykselle ei ole. Tällöin energia menee toisen epäilyyn ja valvomiseen. Tämä toiminto estää yhteisen teke-

misen ja yhtenäisyyden kokemuksen tunteen. Luottamussuhteen rakentaminen potilaaseen on ensisijaisen tärkeää onnistuneessa hoitosuhteessa. Hoitotyössä jokaisella hoitajalla on oma etiikkansa, mutta niitä yhtenäistämään on luotu yhteisiä etiikkaa koskevia sääntöjä. (Vaittinen 2011.) Yhteiset eettiset säännöt sekä hoitajan oma etiikka ohjaavat ja helpottavat myös potilasohjauksen toteuttamista. Potilaan positiivinen kokemus hoidosta sekä onnistunut hoitotulos vaatii hoitajalta ammattitaitoa ja kykyä auttaa asiakasta aidosti ja luomalla luottamussuhteen synnyn. Tämän avulla voidaan saavuttaa laadukas potilasohjaus ja potilaan motivoituneisuus omahoitoon, joka parantaa hoitotuloksia.

### **3.3.1 Vertaistuen merkitys**

Vertaistuellla tarkoitetaan vastavuoroisen kokemuksen vaihtoa. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilöt, jotka ovat kokeneet samankaltaisia prosesseja tukevat toinen toisiaan. Vertaistuellla tarkoitetaan myös kokemusten ja tietojen jakamista samankaltaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kanssa. Vertaistuki määritellään voimaantumisenä ja muutosprosessina. Tämän avulla ihminen voi löytää ja tunnistaa omat voimavarat sekä vahvuuden ja lisätä kykyä vastuun ottamisesta elämästä sekä omasta sairaudesta. (Huuskonen 2015.)

Laadukas vertaistuki onnistuessaan vaatii suvaitsevaa ja luottamuksellista ilmapiiriä, rohkaisevaa ja tukevaa lähentymistä, ystävällisyyttä, turvallisuutta sekä rentoutta. Säännöllisyys, ammattitaito sekä kokemustieto ja tuen jatkuvuus sekä vertaistukeen käytetty aika mahdollistavat onnistuneen vertaistuen syntymisen. (Mynttinen 2013.) Täytyy muistaa, että vertaistuki ja ammattiapu ovat kaksi eri asiaa. Ne voivat kuitenkin kulkea rinnakkain tukemassa toistensa vaikutuksia. (Huuskonen 2015.)

Kun diagnoosi on tehty sairaudesta, on monella sairastuneella tarve saada vertaistukea mahdollisimman nopeasti. Sairastunut haluaa tietää toiselta sairastuneelta mahdollisimman pian, kuinka elämä jatkuu sairaudesta huolimatta. Vertaistuki voi auttaa sairastavaa ihmistä selviytymään sairaudesta, se voi myös tuoda iloa ja positiivisia mielikuvia sekä rohkaista ja mahdollisesti antaa suojaa. (Mikkonen 2010.) Vertaistuki voi avata potilaalle uusia näkökulmia, jolloin omaan tilanteeseen saa uutta perspektiiviä. Myös käytännön vinkkien ja tilanteeseen liittyvän tiedon jakaminen on osa vertaistukea. (Huuskonen 2015). Vertaistuki etenkin vertaistukiryhmä lisää sosiaalista elämää ja tä-

män kautta poistaa pelkoja yksinjäamisestä sekä ennaltaehkäisee myös syrjäytymistä. (Mikkonen 2010.)

Vertaistukea voi saada usealla eri tavalla. Vertaistukitoiminta voi olla hienovaraista ja syvällistä, suunniteltua ryhmätoimintaa, tukihenkilötoimintaa tai verkossa saatavaa vertaistukea, tällöin vertaistukeen osallistuminen on helpompaa ja osallistumiseen on myös matalampi kynnys. (Mikkonen 2010.) Vertaistuki verkon kautta voi olla kahdenkeskistä tai ryhmämuotoista. Vertaistukea voi tapahtua vertaistukihenkilö tai – toiminnan kautta, vertaistuki ryhmien kautta, tällöin ohjaajana voi toimia vertaistuki ryhmän jäsen, koulutettu vapaaehtoinen tai ammattihenkilö. Yhtä ja oikeaa tapaa vertaistuen antamiselle ei ole. (Huuskonen 2015.)

Vertaistuki saattaa olla ainoa tukimuoto sairastuneella, etenkin sairauden alkuvaiheessa. Tämä on siis tärkeä osa sosiaalista tukea. Vertaistuesta on etenkin silloin hyötyä ja apua kun sairastunut kokee, että elämä kohtelee huonosti eikä hänellä ole ketään, jolle puhuisi. Sairastuneesta voi myös tuntua, ettei kukaan tunnu ymmärtävän mitä hän joutuu kokemaan. (Mikkonen 2010.)

## 4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

### 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakoulun tarjoama vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Se tavoittelee ammatillisesti käytännön toiminnan ohjeistamista tai opastamista, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Alasta riippuen se voi olla esimerkiksi ohje, opastus tai ohjeistus, joka on suunnattu ammatilliseen käyttöön. Tällaisia ovat esimerkiksi perehdyttämisoapas, turvallisuusohjeistus sekä ympäristöohjelma, jonkinlainen tapahtuman toteuttaminen esimerkiksi konferenssin, messuosaston tai kansainvälisen kokouksen järjestäminen sekä näyttely. Kohderyhmän mukaan valitaan toteutustapa. Näitä voivat olla esimerkiksi vihko, kirja, kansio, opas, cd-rom, kotisivut, portfolio tai tapahtuma. Kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, sillä esimerkiksi tuotoksen sisällön ratkaisee se, mille kohderyhmälle idea on ajateltu. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimusongelmaa eikä tutkimuskysymyksiä. Tärkeintä ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että siinä yhdistyy käytännön toteutus ja sen raportointi. Opinnäytetyön tulisi olla käytännöllinen sekä työelämälähtöinen ja siinä tulee osoittaa riittävästi alan taitojen ja tietojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003.) Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille tarjotaan opinnäytetyöaiheita kunnalliselta terveydenhuolloilta, erikoissairaanhoidosta sekä kolmannelta sektorilta. Tämän työn aihe on saatu erikoissairaanhoidolta. Työelämän tarpeena esitetään ohjauksen avuksi tuleva videomateriaali, joka samalla tukisi ja valmistaisi potilaita PEG- letkun laitolle. Tarve ohjausvideolle oli realistinen ja käytännöllinen.

Toiminnallista opinnäytetyötä aloiteltaessa ensimmäinen vaihe on aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Aiheen tulee olla ajankohtainen sekä tulevaisuuteen suuntaava ja syventää asiantuntemusta aiheesta. Ohjeistuksen ja oppaan teossa käytettävän tiedon oikeellisuus ja ajantasaisuus ovat tarpeellista selvittää tai konsultoida alan asiantuntijoita. Alkuperäistä aihetta on hyvä täsmentää ja rajata. Usein toiminnallisessa opinnäytetyössä teoreettiseksi näkökulmaksi riittää jokin alan käsite ja sen tarkka määrittely. Teoria kannattaa rajata joidenkin keskeisten käsitteiden käyttöön. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää teoreettisen viitekehyksen. Aihe on oltava rajattuna ammattikorkeakoulun opinto- viikkojen asettamiin rajoihin. Kun aihe opinnäytetyölle on valittu, aloitetaan toimintasuunnitelman teko. Toimintasuunnitelma selkiyttää opinnäytetyön idean ja tavoitteet,

joiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. Toimintasuunnitelma on lupaus siitä, mitä aiot tehdä ja siihen on sitouduttava. Suunnitelmaan tehdään aikataulu, jonka mukaan edetään. Toimintasuunnitelman alussa on hyvä selvittää, mitä muita vastaavanlaisia ideoita tai tutkimuksia aiheesta löytyy. Aiheeseen liittyvä lähdemateriaali, joita ovat esimerkiksi kirjallisuus ja tutkimukset, kartoitetaan kohderyhmän tarpeiden mukaan. (Vilkka & Airaksinen 2003.)

Opinnäytetyön tekijöiden on mietittävä idean realistinen saavutettavuus sekä mistä tuotoksen tekoon tarvittavat materiaalit hankitaan. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä saattaa tulla myös kustannuksia, jotka opiskelija maksaa itse, ellei opinnäytetyön toimeksiantajan tai oppilaitoksen kanssa toisin sovita. (Vilkka & Airaksinen 2003, 28.) Tämän opinnäytetyön tuotoksesta ei tullut ryhmälle kustannuksia.

## 4.2 Opinnäytetyöprosessi

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyön toteuttaminen aloitettiin keväällä 2016. Aihe valittiin, sillä toiminnallinen opinnäytetyö oli menetelmänä mielenkiintoinen ja aihe liittyi syventäviin sisätauti-kirurgisiin opintoihin. Aihe koettiin tärkeäksi, koska se syventää tietämystä PEG:stä ja potilasohjauksesta. Toiminnallinen opinnäytetyömenetelmä valittiin, koska työllä haluttiin toteuttaa jotain konkreettista. Aiheessa positiivista oli myös se, että usea potilas hyötyy tuotoksesta ja tämä oli ensisijaisen tärkeää opinnäytetyön tekijöille. Aiheen valitsemisen, tarkentamisen ja rajaamisen jälkeen ennen varsinaisen työn aloittamista tehtiin opinnäytetyöprosessille suunnitelma.

Opinnäytetyösuunnitelma on ryhmän kirjallinen sopimus työn toteuttamisesta, tarkoituksesta, tehtävistä ja tavoitteista sekä aikataulusta ja keskeisistä käsitteistä. Suunnitelmaan haettiin myös alustavia lähteitä. Opinnäytetyön suunnitelman valmistumisen jälkeen marraskuussa 2016 opetusylihoitaja myönsi tutkimusluvan prosessin aloittamiselle. Opinnäytetyön raporttiosuutta alettiin työstää luvan saamisen jälkeen.

Tämän opinnäytetyön tuotoksen pohjana toimi teorian tiedon pohjalta suunniteltu käsikirjoitus, jota muokattiin tarpeen mukaan. Ohjausvideon tuottaminen alkoi työn toimeksiannosta ja ensimmäisestä suunnittelupalaverista työelämäohjaajien ja ohjaavan opettajan kanssa maaliskuussa 2016. Siellä saatiin tarkennetut ohjeet videon toteutukselle.

Palaverissa selvisi, että työelämässä oli tarve ohjausvideolle, jota voidaan näyttää potilasohjauksien yhteydessä hoitajan vastaanotolla. Palaverissa aihetta rajattiin yhdessä työelämäohjaajien kanssa. Aiherajauksessa päädyttiin siihen, että kirjallisessa työssä käsitellään suu-, nielu- ja kurkkusyöpiä sekä niiden hoitoa, PEG letkua ja potilasohjausta. Vertaistukea ja potilasohjaukseen vaikuttavaa etiikkaa käsitellään myös lyhyesti. Ohjaus jatkui tarpeen mukaan sähköpostitse ja tietojen oikeellisuus tarkistettiin työelämäohjaajilta. He myös tarkastivat lopullisen version tuotoksesta.

Videolla esiintyvän potilaan rekrytointi suunniteltiin tapahtuvaksi Pirkanmaalla toimivien syöpäjärjestöjen kautta. Näiden kautta rekrytointi ei onnistunut, koska järjestöjen kautta ei löytynyt videointiin sopivaa henkilöä. Järjestöjen tarkka tietosuoja liittyen potilaiden tietojenluovuttamiseen teki potilaan etsimisestä haastavaa. Rekrytointi vei odotettua enemmän aikaa, mitä oli toteutussuunnitelmaan kirjattu. Lopulta potilas rekrytoitiin Tampereen yliopistollisen sairaalan kautta ja kuvaus tapahtui nopeasti potilaskohtaisista syistä johtuen. Videolla esiintyy syöpää sairastava PEG-potilas.

Videolla esiintyvältä potilaalta pyydettiin kirjallista suostumusta kuvaukseen, videointiin, äänitykseen ja aineiston käyttöön. Potilaalla oli mahdollisuus irtisanoa sopimus videolla esiintymisestä missä tahansa prosessin vaiheessa. Kun tuotos oli videoitu, potilas ei voi enää kieltää videon esittämistä sopimuksen mukaisesti. Videon kuvaus sekä käsittely tapahtuivat PSHP:n audiovisuaalisen tiimin toimesta marras- ja joulukuun 2016 aikana. Audiovisuaalisen tiimin ammattitaidon käyttö helpotti työn tekoa ja paransi lopputulosta, sillä aikaisempaa kokemusta videon kuvauksesta tai sen käsittelystä opinnäytetyön tekijöillä ei ollut. Kirjallisessa työssä ei käsitellä teoriassa videon kuvasta eikä käsittelyä, sillä opinnäytetyön tekijöiden tehtävänä oli ainoastaan suunnitella käsikirjoitus videon pohjalle luomaan audiovisuaaliselle tiimille alustava käsitys siitä, mitä videolla tulee olla. Audiovisuaalisen tiimin kanssa työskentely oli sujuvaa ja jokaisella tiimin jäsenellä oli selkeät yhtenäiset tavoitteet tuotokselle.

Videon pohjaksi valmisteltiin hyvissä ajoin ennen kuvausta käsikirjoitus, joka tarkoittaa eräänlaista rakennesuunnitelmaa, mutta se ei rajoita mahdollisten uusien ideoiden syntymistä. Käsikirjoitusta tehdessä mietitään ensin kohdeyleisö sekä mielenkiintoinen esitystapa. Kohderyhmän tunteminen helpottaa käsikirjoituksen tekemistä. Käsikirjoituksen tulee sisältää alku, keskikohta ja loppu. Aihe pitää pelkistää ja yksinkertaistaa. On tärkeää pitää mielessä kokonaisuus, jota on kuvaamassa. Näin varmistetaan toivotun



sanoman sisäistäminen. (Leponiemi 2010, 54-56.) Käsikirjoituksen teko koettiin haastavana, johtuen tiedonsaannin vaikeudesta sekä kokemattomuudesta käsikirjoituksen teossa. Lopullinen käsikirjoitukseen pohjautuva tuotos eli ohjausvideo oli kokeilukäytössä työelämässä ennen lopullisen työn valmistumista. Video koettiin potilasohjauksessa hyväksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Videon toteutus onnistui suunnitellun aikataulun mukaisesti ja lopputulos on onnistunut sekä tuotoksen tekijöiden, että työelämäohjaajien mielestä.

Jo ennen tuotoksen kuvaamista aloitettiin kirjallisen osuuden kirjoittaminen ja sen valmistumisajaksi suunniteltiin maaliskuu 2017. Kirjoittamisen ohella ollaan oltu säännöllisesti yhteydessä työelämäohjaajiin, jotka ottivat kantaa raportin PEG-osuuteen. Kirjallista raporttia on muokattu prosessin varrella aina tarpeen tullen. Haasteeksi kirjallisessa osuudessa muodostui ryhmän koko ja aikataulujen yhteensovittaminen. Kirjallisen työn teoreettinen osuus muodostui kuitenkin melko nopeasti kolmen kirjoittajan ansiosta. Työn aikataulua piti loppuvaiheessa nopeuttaa palautusajankohdan lähestyessä. Opin- näytetyö palautettiin maaliskuussa ja kypsyysnäyte suoritettiin huhtikuussa 2017. Valmiin oppinnäytetyön esitetään oppilaitokselle ja työelämälle toukokuussa 2017.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulee huomioida tutkiva asenne, vaikka kyseessä ei ole tutkimus. Tutkivaan asenteeseen liitetään aiheeseen liittyvät kirjoittajien valinnat, perustelu ja tarkastelu. Tietolähteet sekä teoreettinen viitekehys tulee perustua kyseisen alan kirjallisuuteen. Kirjallisen raportin tunnuspiirteisiin kuuluu argumentointi eli tiedon perustelu, ammattialan käsitteiden määrittely, tiedon varmuuden ilmaisu ja raportin rakenteen johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 81, 154.) Toisten tutkijoiden tekemä työ sekä niistä rakentuneet saavutukset tulee ottaa huomioon oikeudenmukaisella tavalla. Tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa ja arvostaa sekä näin ollen viitata siihen asianmukaisesti oikealla tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan toiminnallisen opinnäytetyön tunnuspiirteitä sekä tavoitteena on ollut luoda luotettava ja eettinen raportti sekä tuotos. Raportissa on pyritty antamaan tieteelliselle tiedolle perustelut. Työssä on käytetty ajankohtaisia, suomalaisia sekä kansainvälisiä lähteitä. Kansainvälisinä lähteitä työssä esiintyy The Joanna Briggs Instituutin (2010) suositus sekä muita hoitotieteellisiä artikkeleita. Lähteitä ja niiden luotettavuutta on vertailtu toisiinsa. Työssä on käytetty Suomen suurimman tieteellisen yhdistyksen, lääkäriseura Duodecimin artikkeleita sekä paljon erilaisia hoitotyön lähteitä. Lähteiden luotettavuutta on arvioitu lähdekritiikin avulla. Lähdekriittisyys tarkoittaa lähteen aitouden sekä luotettavuuden arviointia sekä kirjoittajan taustojen selvittämistä. Myös lähteen ikä kertoo luotettavuudesta, sillä hoitosuosituksat muuttavat jatkuvasti sekä teknologia kehittyy. (Vilkkä & Airaksinen 2003.) Työssä on pyritty käyttämään mahdollisimman paljon primaarisia eli ensikäden lähteitä. Tiedon varmuutta ilmaistaan raportissa viittaamalla käytettyihin lähteisiin. Raportissa on käytetty Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeita. Rakenteesta on pyritty tekemään johdonmukainen ja selkeä sekä sitä on muokattu saadun palautteen perusteella. Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyö palautetaan arvioitavaksi Urkundiin, jolla tarkistetaan, ettei työssä ole käytetty plagiointia.

Opinnäytetyötä on työstyetty yhdessä Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa. Yhteistyötä on tehty Tays:n korva-, nenä ja kurkkutautien poliklinikoiden sekä gastroenterolo-

gianpoliklinikan asiantuntijahoitajien kanssa. Heiltä on tarkastettu työssä olevan tiedon oikeellisuutta sekä kysytty mahdollisia lisäselvityksiä tarpeen mukaan. Opinnäytetyöntekijät pääsivät katsomaan poliklinikalle PEG-letkun laittoa. Tuotoksen luotettavuutta lisää se, että videon käsikirjoitus perustuu tutkittuun ja ajankohtaiseen tietoon sekä videolla esiintyy Tampereen yliopistollisen sairaalan syöpäpotilas, jolla on PEG-letku.

## 5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää PEG-letkun merkitystä syöpäpotilaan hoidossa sekä kuinka hoitaja luo laadukkaan ohjaustilanteen. Opinnäytetyössä selvitettiin myös, miten hoitotyössä voi hyödyntää audiovisuaalista ohjausta. Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan opinnäytetyön tehtäviin teoreettisen viitekehyksen kautta. Tehtävien laatiminen työelämän tarpeeseen sopiviksi oli alkuun hankalaa. Aluksi opinnäytetyön tehtäviä oli enemmän, mutta niitä täytyi loppujen lopuksi supistaa, koska kirjallisesta työstä olisi muuten tullut liian laaja annettuun aikaan nähden. Liiallisella tehtävien määrällä työn ydin olisi mahdollisesti myös voinut jäädä epäselkeäksi. Lopullisten tehtävien kautta aiheen rajaus onnistui parhaiten.

Teoreettisen viitekehyksen ensimmäisenä tehtävänä selvitettiin suu-, nielu ja kurkkusyövät sekä niiden riskitekijät, oireet, diagnosointi ja hoito. Tämän jälkeen pyrittiin vastaamaan tehtävään käsittelemällä ravitsemuksen merkitystä syöpäpotilaan hoidossa sekä hoitojen vaikutusta ravitsemustilaan. Tässä käy ilmi tehostetun ravitsemushoidon merkitys säde- ja leikkaushoitojen aikana sekä niiden jälkeen. Tämä painottuu myös tuotoksessa. Työssä pyrittiin kertomaan syöivistä selkeästi jaottelemalla teoria omiin alaotsikoihin. Tarkka selvitys syöivistä auttaa ymmärtämään hoitomuotojen kokonaisvaltaisuuden sekä kuinka syöpä vaikuttaa potilaan arkeen.

Teoreettisen viitekehyksen toisena tehtävänä oli selvittää, miten audiovisuaalista menetelmää voidaan hyödyntää laadukkaassa potilasohjauksessa. Ensin pyrittiin selvittämään, mitä ohjaus on käsitteenä sekä mitä ohjaus prosessina tarkoittaa. Kappaleessa painottuu vahvasti se kuinka sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan ja huomioimalla ulkopuoliset tekijät mahdollistaa laadukas potilasohjaus. Laadukas potilasohjaus vaatii

sairaanhoitajalta ammattitaitoa ja eettisyyttä. Työssä selvitetään tarkasti, mitkä tekijät vaikuttavat laadukkaan ohjaustilanteen luomiseen ja mitä sairaanhoitajalta sekä potilaalta vaaditaan laadukkaan ohjaustilanteen onnistumiseen. Kappaleessa korostuu asiakaslähtöisyys ohjauksen perustana. Tämän jälkeen selvitettiin mitä audiovisuaalinen ohjaus tarkoittaa sekä sen hyötyjä potilasohjauksessa. Aiheesta esiteltiin kaksi tutkimusta, joiden perusteella voidaan todeta video-ohjaus tehokkaaksi, mielenkiintoiseksi, miellyttäväksi sekä sopivaksi myös aikuisille. Audiovisuaalisesta ohjauksesta, etenkin video-ohjauksesta löytyi todella vähän suomalaista tutkittua tietoa. Tämä oli harmillista, koska kirjallinen osuus tästä aiheesta jäi vajanaiseksi. Voidaan myös todeta, että tutkimuksien puutteellisuus heijastuu vähäiseen audiovisuaalisen materiaalin hyödyntämiseen hoitotyössä.

Teoreettisen viitekehyksen kolmantena tehtävänä oli selvittää vertaistuen merkitystä potilaan sairastuessa. Raportissa kysymykseen vastataan selvittämällä vertaistuki käsitteenä sekä miten mahdollistetaan laadukkaan vertaistuen saavuttaminen. Vertaistuki on tärkeässä roolissa syöpäpotilaan hoitotyössä sekä ohjausvideo toimii vertaistukena muille samassa tilanteessa oleville asiakkaille. Onnistuneen vertaistuen mahdollistaminen lisää potilaan motivointia omaan hoitoonsa sekä auttaa potilasta ja hänen omaisiaan ymmärtämään sairauden paremmin. Kirjallisessa raportissa ei käsitellä potilaskokemuksia, vaan raportissa haluttiin tuoda esille vertaistuen merkitys sekä eettisyyden tärkeys hoitotyössä. Eettisyys on tärkeässä osassa onnistunutta vuorovaikutussuhdetta hoitajan ja potilaan välillä sekä hoitajan ammatti-identiteettiä. Ammattietiikka ohjaa hoitajia laadukkaaseen hoitotyöhön ja potilasohjaukseen.

Tämän opinnäytetyön perusteella voi tehdä johtopäätöksen, että PEG-potilaiden ohjauksessa on useita erilaisia haasteita, esimerkiksi potilaiden pelkotilat ja ennakkoluulot PEG:ia kohtaan. Ohjausvideo konkretisoi potilaalle PEG-kokonaisuutta. Voidaan myös todeta, että PEG-käytänteissä ja hoidossa on monenlaisia tapoja eri toimipisteiden välillä esimerkiksi ensiletkun vaihtoväli ja PEG-letkun huuhteluun käytettävän nesteen määrä. Eri maiden välillä on eroavaisuuksia hoitokäytännöissä.

Vaikka tuotoksen lopputulos on onnistunut, alkuvaiheessa mietittiin myös muita toteutustapoja. Tarve tuotoksesta tuli työelämäohjaajilta ja heillä oli selvät toiveet siitä mitä he haluavat. Heidän toiveena oli saada ohjaustilanteisiin apuväline sekä potilaille positiivinen vertaistuellinen ohjausvideo. Oletuksena oli, että videon kuvaus tapahtuu sai-

raalaympäristössä. Kuvausta potilaalle tutummassa ympäristössä päätettiin harkita, koska näin videosta tulisi luontevampi ja aidompi. Video päätettiin kuvata potilaan kotona, mikäli lupa-asiat antaisivat myöden. Kun otimme yhteyttä kuvattavaan potilaaseen, hän ehdotti videon kuvausta hänen omassa kodissaan. Videon kuvaus paikka sopi myös työelämäohjaajille. Kotona kuvattu video antaa rauhallisemman vaikutelman ja konkretisoi PEG-letkun kanssa pärjäämistä kotioloissa arjen keskellä. Video on tarkoitettu näytettäväksi potilaille eikä terveysalan ammattilaisille. Videolla kysymykset, joihin potilas vastaa, tulee lopullisessa tuotoksessa tekstinä näkyviin näytölle. Kysymykset olisi voitu toteuttaa myös haastattelumuodossa, jolloin haastattelija olisi esiintynyt videolla esittäen valmiit kysymykset potilaalle tai kysymykset olisi voitu kysyä videon ulkopuolelta niin, että vain kysymykset kuuluvat, mutta haastattelija ei näy videolla. Videolla haastattelijana toimiminen koettiin epäluontevana, joten nykyiseen lopputulokseen päädyttiin videon selkeyttämiseksi ja yksinkertaistamiseksi. Tärkeäksi koettiin, videon pääpainon kohdistaminen potilaaseen. Kysymyksiä esitettiin rajallinen määrä, jotta videon pituus pysyy ajallisesti sopivan pituisena. Videon pituus tuli olla ohjeistusten mukaisesti 5-10 minuuttia painottuen lähemmäksi viittä minuuttia. Lopullisen videon kesto on noin 3,5 minuuttia. Mielenkiinnon säilyttämiseksi on hyvä pitää videon kesto lyhyenä, tällöin potilaan kiinnostus pysyy vireänä videon loppuun asti. Video on kuitenkin ytimekäs ja videolla tulee olla esillä pääkohdat. Videota on tarkoitus näyttää hoitajan vastaanotolla potilasohjaustilanteiden tukena, jotka ovat ajaltaan rajallisia. Videon sisällyttäminen ohjaustilanteeseen ei tämän kestoisella videolla vie aikaa suulliselta ohjaukselta, mutta antaa silti potilaan kannalta tärkeää kokemusperäistä tietoa. Video ei sisällä informatiivista tietoa kovinkaan paljoa, vaan keskittyy yhden potilaan omiin kokemuksiin.

Tavoitteena oli luoda videosta vertaistuellinen ja kannustava. Positiivisuuden ylläpitämiseksi potilaalla tuli olla mahdollisimman hyviä kokemuksia PEG-letkusta sekä siihen liittyvästä ohjauksesta ja hoidosta, joten videolla täytyi esiintyä potilas, jonka puhe oli selkeää ja helposti ymmärrettävää. Tämä toi rekrytointiin haastetta, sillä edellä mainittuja toiveita oli vaikea saavuttaa. Epäonnistumisen myötä olisi ollut mahdollista, ettei potilasta olisi mahdollisesti ollut lainkaan tai potilaalla olisi voinut olla haastavampi elämäntilanne. Sopivan potilaan suostuminen videoitavaksi oli osa onnistunutta lopputulosta. Potilaan puuttumisen seurauksena, tuotoksessa olisi näytellyt oppilaitoksen tai sairaalan henkilökuntaa. Tämä olisi heikentänyt tuotoksen luotettavuutta sekä eettisyyttä. Henkilö, jolla ei ole henkilökohtaista kokemusta syöpään sairastumisesta tai PEG-letkusta ei voi aidosti antaa vertaistukea toiselle. Tämä ei olisi ollut eettistä tämän opin-

näytetyön tekijöiden mielestä. Mikäli videolla olisi esiintynyt useampi potilas, se olisi mahdollisesti tehnyt videon sisällöstä laajemman ja monipuolisemman sekä lisännyt potilaan luottamusta ja tiedonsaantia. Toisaalta tämä olisi tehnyt videosta liian pitkän. Jos potilaille olisi esitetty samat kysymykset ei uutta monipuolista tietoa välttämättä edes olisi saatu, sekä liiallinen tiedonmäärä yhtäaikaaisesti voi olla vaikea sisäistää. Lopulta päädyimme vain yhden potilaan haastatteluun.

Kehittämisehdotuksena on audiovisuaalisen ohjauksen kehittäminen ja sen hyödyntäminen hoitotyössä. Tämä edellyttäisi riittäviä henkilöstö-, aika- ja laiteresursseja. Tulevaisuudessa voitaisiin kehittää erilaisia innovatiivisia ohjausmenetelmiä eri ikäryhmille suullisen sekä kirjallisen ohjauksen tueksi. Eri-ikäisten ihmisten tiedontarve sekä tuki sairastuessa on erilaista. Eri-ikäiset ihmiset kokevat sairastumisen sekä siihen liittyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset eri tavoin. Myös seksuaalisuuden puheeksi ottaminen sairastuessa on tärkeä huomioida, sillä PEG-letku sekä syöpään sairastuminen vaikuttavat ihmisen seksuaalisuuteen. Oma seksuaalisuus ja minäkuva voivat muuttua ja aiheuttaa esimerkiksi epävarmuutta. Toinen kehitysehdotus perustuu kirjallista materiaalia tutkiessa nousseeseen huomioon siitä, että hoitajien tietoisuus PEG-letkusta on paikoittain liian vähäistä, joka vaikuttaa potilasohjaukseen sekä hoitotuloksiin. Tietoisuutta ja informaatiota PEG-letkusta tulisikin siksi hoitajien keskuudessa kasvattaa. Tämän opinnäytetyön tuotoksen toimivuutta ja käytettävyyttä hoitotyössä olisi mielenkiintoista tutkia.

## LÄHTEET

Alila, A. Matilainen, E. Pellikka, M. Mustajoki, M. & Rasimus, M (toim.). 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim. 8. painos.

Armstrong, AW. Alikhan, A. Cheng, LS. Schup, C. Kurlinkus, C. & Eisen, DB. 2010. Portable video media for presenting informed consent and wound care instructions for skin biopsies. *British Journal of Dermatology*. Viitattu 16.2.2017. Verkkojulkaisu.

Armstrong AW., Kim RH., Idriss NZ., Larsen LN. & Lio PA. 2011. Online video improves clinical outcomes in adult with atopic dermatitis. A randomized controlled trial. *J AM Acad Dermatol* 2011 Mar; 4 (3): 502-507. Viitattu 3.3.2017. Verkkojulkaisu.

Best Practice. Evidence based information sheets for health professionals. Joanna Briggs Instituutin julkaisema parhaaseen tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus (JBI-suositus). 2010. Perkutaanisen gastrostomialetkun (PEG) haittavaikutusten ennaltaehkäisy ja hoito aikuisilla. Viitattu 5.12.2016. Verkkojulkaisu.

Castren, M. 2007. Enteraalisen ravitsemuksen suuntaviivat. Suomalainen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Lasten ravitsemusavanne (PEG) hoito-ohje, potilaan kotihoito-ohje. Viitattu 4.12.2016. Verkkojulkaisu.

Fimlab Laboratoriot Oy. 2011. Tromboplastiiniaika. Viitattu 13.3.2017. Verkkojulkaisu.

Grenman, R. 2015a. Tietoa potilaalle: Kurkunpään syöpä. Suomalainen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.1.2017. Verkkojulkaisu.

Grenman, R. Kajanti, M. Joensuu, H. & Saarilahti, K. 2013b. Suuontelon syöpä. Duodecim oppiportti. Viitattu 31.1.2017. Verkkojulkaisu.

Grenman, R. Kajanti, M. Joensuu, H. & Saarilahti, K. 2013a. Nenänielun syöpä. Duodecim oppiportti. Viitattu 8.2.2017. Verkkojulkaisu.

Grenman, R. Koivunen, P. & Minn, H. 2015b. Kurkunpään syöpä Suomessa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 31.1.2017. Verkkojulkaisu.

Groundstroem, K. Heino, M. & Halttunen, J. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen komplikaatioita voi välttää. Viitattu 4.12.2016. Verkkojulkaisu.

Hautera, M. 2016. PEG eli perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia. Potilasohje – korva-, nenä- ja kurkkutaudit. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 28.1.2017. Verkkojulkaisu.

Helin, K. 2016. PEG. Email [kaisa.helin@pshp.fi](mailto:kaisa.helin@pshp.fi) 14.12.2016.

Honkala, S. 2015. Syöpäkasvaimet ja suun terveys. Duodecim.

Huuskonen, P. 2015. Vertaistuki. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 4.3.2017. Verkkojulkaisu.

Inkinen, R. Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito – opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenesprint – Suomen yliopistopaino Oy.

Javanainen, M. 2014. Pään ja kaulan alueen syövät. Sastamala: Vammalan kirjapaino.

Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Johansson, R. 2015a. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Lääketieteellinen lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.3.2017. Verkkojulkaisu.

Johansson, R. 2015b. Sädehoito. Lääketieteellinen lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.1.2017. Verkkojulkaisu.

Jussila, A-L. Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy. 1. painos.



- Kela. Kliiniset ravintovalmisteet. 2016. Viitattu 14.1.2017. Verkkajulkaisu.
- Keski-Säntti, H. Mäkitie, A. Kontio, R. Leivo, I. & Atula, T. 2008. Vartijaimusolmuketutkimus pään- ja kaulanalueen syövissä. Duodecim. Verkkajulkaisu. Viitattu 24.2.2017.
- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. Kyngäs, H. 2014. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja-lehti. Viitattu 8.12.2016. Verkkajulkaisu.
- Laitinen, K. Ahonen, J. Kröger, P. 2010. Voiko tabletin murskata tai lääkekapselin tyhjentää? Suomen lääkärilehti, 9/2010, 830-832. Viitattu 10.1.2017. Verkkajulkaisu.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 9.1.2017. Verkkajulkaisu.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista 1992/734 5§. Viitattu 14.1.2017. Verkkajulkaisu
- Leponiemi, K. 2010. Videokuvaus – taitoa ja tekniikkaa. Jyväskylä: WSOYpro Oy.
- Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon henkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Tampereen Yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Pro-gradu-tutkielma.
- Lipponen, K. Kanste, O. Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen edellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 45(2), 121- 135
- Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnan laitos.

Lipponen, K. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. 2014. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Tampere: Juvenes Print.

Mikkonen, I. 2010. Vertaistukea sairauden kohdatessa. Niveltieto. 1/2010. Viitattu 4.3.2017. Verkkojulkaisu.

Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Koepalat kertovat diagnoosin. Suomalainen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Mynttinen, M. 2013. Vertaituen merkitys terveyden edistämässä pienten lasten kuvaamana. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Mäkelä, K. 2015. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen, hoito, hoidon seuranta ja tiedonsiirto jatkohoitopaikkaan. Pro- gradu. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Nevalainen, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.3.2017. verkkojulkaisu

Nugent, B. 2010. Nasogastric tube feeding and percutaneous esdosopic gastrostomy tube feeding in patients with head and neck cancer. The British Dietic Association. Viitattu 10.1.2017. Verkkojulkaisu.

Nutricia. Advanced Medical Nutrition. 2011. Letkuravitsemuksen kotihoito –opas. Viitattu 24.1.2017. Verkkojulkaisu.

Palokoski, A-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 23.2.2017. Verkkojulkaisu.

Palva, T. Rosenberg, L. Saarilahti, K. 2015. Ohjeita sinulle, joka saat sädehoitoa. Suomen syöpäpotilaat. Viitattu 22.2.2017. Verkkojulkaisu.

Poikolainen, P. 2017. Kuva 5, kuva 6 & kuva 7.

Raussi, E. 2012. Enteraalinen ravitseminen tehohoitopotilailla Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto.

Rauta, S. 2008. Päiväkirurgian koulutuspäivä 18.4.2008 / Pori. HUS, Hyks Operatiivinen tulosityksikkö. Viitattu 7.3.2017. Verkkojulkaisu.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.2.2017. Verkkojulkaisu.

Saarnio, J. Pohju, A. & Ahtola, H. 2016. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. Suomalainen lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.12.2016. Verkkojulkaisu.

Sairaanhoitajaliitto. 2014a. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Sairaanhoitajaliitto. 2014b. Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä. Viitattu 4.3.2017. Verkkojulkaisu.

Simons, S. & Remington, R. 2013. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: A Nurse's Guide to PEG Tubes. Medsurg nursing. 22(2), 77

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia 2016. Viitattu 3.12.2016. Verkkojulkaisu.

Sosiaali- ja terveyspalvelut. 2015. Hoitotarvikejakelun yleisohje: maksutta jaettavat hoitotarvikkeet ja –välineet. Tampere. Viitattu 14.1.2017.

Soukka, T. & Laine, J. 2011. Pään ja kaulan alueen sädehoitoa saavan potilaan suunhoito-ohjeet. Käypä hoito –suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.1.2017. Verkkojulkaisu.

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Suusyöpä. 2012. Käypä hoito -suositus. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Suomen hammaslääkäriliitto. 2013. Suusyöpä. Viitattu 9.1.2017. Verkkojulkaisu.

Suomen syöpärekisteri. 2016. Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti – suuontelo, kurkunpää, nenänielu, huulisyöpä. Viitattu 1.3.2017. Verkkojulkaisu.

Säyrylä, S. & Vääräsmäki, J. 2014. Työssäjaksaminen ja eettinen stressi varhaiskasvatustyössä. Kandidaatintutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 4.3.2017. Verkkojulkaisu.

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2016. Ohje PEG- potilaalle. Mahdolliset ongelmatilanteet ja ratkaisut. Gastroenterologian vastuualue.

Tarnanen, K. Syrjänen, & S. Lakoma, A. 2012. Suusyöpä (kielen, huulen ja suun muiden limakalvojen syöpä). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito –suositus. Viitattu 14.1.2017. Verkkojulkaisu.

Teikari, M. 2016. Ravintoletkun (PEG-letkun) hoito – potilasohje. Kymmenlaakson keskussairaala. Viitattu 25.2.2017. Verkkojulkaisu.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 24§, 25§. Viitattu 14.1.2017. Verkkojulkaisu.

The Joanna Briggs Institute. 2016. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) in Aged Care: Feeding. Luettu 10.1.2017. Verkkojulkaisu.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 10.2.2017. Verkkojulkaisu.

Vaittinen, P. 2011. Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottavuutena. Kuopion yliopisto. Viitattu 4.3.2017. Verkkojulkaisu.

Viitala, H. & Bingham, C. 2016. Syöpäpotilaan ravitsemusopas. Käytännön ohjeita syövän hoidon aikana. Suomen Syöpäpotilaat ry yhteistyössä Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen kanssa. Origos Oy. 4. uudistettu painos.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Vänskä, K. Laitinen-Väänänen, S. Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita publishing

## LIITTEET

### Liite 1. Opinnäytetyön tuotoksen käsikirjoitus

#### OHJAUSVIDEO PEG-LETKUSTA POTILAALLE, JOLLA ON SUUN, NIELUN TAI KURKUN ALUEEN SYÖPÄ)

#### OPINNÄYTETYÖN TUOTOKSEN KÄSIKIRJOITUS

Opinnäytetyön tuotoksen tavoitteena on saada potilas ymmärtämään PEG:n tärkeys osana suun, nielun tai kurkun alueen syövänhoitoa sekä helpottamaan potilasohjaustilanteita.

Tarkoituksena on tehdä ohjausvideo Pirkanmaan sairaanhoitopiirille (PSHP) poliklinikkalla annettavan ohjauksen tueksi, sekä tarjoamaan potilaille lisätietoa ja vertaistukea ennen PEG:n laittoa.

- Kysymykset annetaan kuvattavalle henkilölle noin viikko ennen kuvausta, jotta hän osaa vastata kysymyksiin luontevasti.
- Kysymyksiä ei lueta videolla ääneen, vaan kuvattava henkilö kertoo vastaukset tarinanmukaisesti.
- Käsikirjoitukseen on laadittu keksityt vastaukset kysymyksiin. Vastaukset vaihdetaan oikeisiin kuvattavan henkilön tarinan mukaisesti.
- Käsikirjoituksessa kuvataan kohtaaus kohtaukselta, kuvaillaan videon tausta, luetaan kysymykset ja vastaukset.

#### ENSIMMÄINEN KOHTAUS:

- Tausta: vaalea, taustalla näkyy vain PSHP- logo, rauhallinen musiikki

#### TOINEN KOHTAUS:

- Tausta: vaalea, PSHP:n logo hälvenee taustalta ja uusi otsikko tulee pikkuhiljaa näkyviin.
- Uusi otsikko: ”Elämää PEG- letkun kanssa”

#### KOLMAS KOHTAUS:

- ”Elämää PEG- letkun kanssa” otsikko hälvenee vaalealta taustalta ja kamera kohdistuu kuvattavaan henkilöön. Henkilö istuu tuolilla, omassa kodissaan.
- Kuvakulma: edestä, kasvot näkyvät, mikäli lupa antaa myöden.
- Tausta: sivuun tulee infolaatikko, jossa lukee: ”mahalaukkuavanne eli PEG, on ravitsemusreitti vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun” ja samaan aikaan kamera kohdistuu kuvattavaan henkilöön, jonka paitaa nostetaan hieman ylöspäin, jotta PEG:iä voidaan kuvata.
- **Kysymys 1:** (Sairaanhoitajaopiskelija kysyy kysymykset videolla, henkilö vastaa ja kysymys leikataan siten, että vain henkilön vastaus kuuluu videolla. Samalla tavalla toimitaan muissakin kysymyskohdissa): Henkilön nimi, ikä jos haluaa kertoa (missä asut/ kenen kanssa)?

- **Vastaus:** Henkilö esittelee itsensä.
- **Kysymys 2:** Mitä sairastat, milloin sairastuit?
- **Vastaus:** Sairastuin suusyöpään kesällä 2016. Minulle laitettiin PEG letku ennen sädehoitojen aloittamista turvaamaan riittävä ravinnon saanti mikäli suu ja kurkku kipeytyvät niin paljon ettei syöminen suun kautta onnistuisi

#### NELJÄS KOHTAUS:

- Tausta: kävelykatu/puisto. Kuvattava henkilö kävelee ulkona kadulla.
- Kuvakulma: kuvataan kuvattavaa henkilöä suoraan takaapäin ja sivusuunnasta.
- Henkilön puhe kuuluu taustalla.
- **Kysymys 3:** Oliko sinun helppo sopeutua uutiseen? Kuinka reagoit, kun kuudit, että PEG laitetaan?
- **Vastaus:** Tietysti ihmettelin että miksi tuollainen letku tarvitaan, koska en tuossa vaiheessa ollut lainkaan kipeä. Lääkäri kuitenkin selvitti, että PEG on laitettava ennen hoitojen aloittamista, kun suu on vielä kivuton. PEG letkulla turvataan ravinnon saanti hoitojen edetessä.

#### VIIDES KOHTAUS:

- Tausta: Henkilön koti. Kuvattavan henkilön puhe kuuluu taustalla.
- Kuvakulma: Kuvattava henkilö istuu keittiössä ja huuhtelee letkun vedellä ennen ruoka-annoksen antoa.
- Kuvakulma vaihtuu PEG:iin.
- **Kysymys 4:** Miten PEG vaikuttaa arkeesi?
- **Vastaus:** En syö letkuruokaa keittiössä vaan olen ominut ruokapaikakseni takahuoneen. Saunomista olen joutunut vähentämään, mikä kuitenkin johtuu itse sairaudesta, ei jaksa löylytellä. Muuten PEG ei vaikuta normaali elämään.

#### KUUDES KOHTAUS:

- Tausta: Koti
- Kuvakulma: Kuva kohdistuu henkilöön/suoraan PEG:iin, joka laittaa PEG:n huuhteluksi vettä, sulkee letkun korkilla ja vetää paidan alas suojaaksi.
- Mikäli henkilön vastaukset ovat pitkiä, niin huuhtelun kuvaamisen jälkeen kuvakulma vaihtuu kuvattavaan henkilöön, joka katsoo ikkunasta ulos.
- **Kysymys 5:** Mitkä ovat olleet PEG:n hyödyt ja haitat sekä koetko PEG:n parantaneen elämänlaatuasi hoitojen aikana?
- **Vastaus:** Aluksi PEG:in juuri oli kipeä ja koko letku tuntui turhalta. Mutta noin kolmen viikon hoitojen jälkeen en enää pystynyt syömään suun kautta riittävästi ja paino alkoi putoamaan nopeasti. Tuossa vaiheessa PEG:stä tulikin tärkeä, koska ainoastaan sen kautta pystyin syömään ja siten yleiskuntoni parani.

#### SEITSEMÄS KOHTAUS:

- Tausta: Koti.
- Kuvakulma: Edestäpäin, mikäli lupa mahdollistaa tämän, että kuvattavan kasvot saa näkyä. Kuva kohdistuu henkilöön.
- **Kysymys 6:** Mitä haluat kertoa toiselle henkilölle, jolle laitetaan PEG?
- **Vastaus:** Itse pelkäsin etukäteen letkun laittamista, kun kuulin miten se tapahtuu, mutta kun toimenpidettä tehtiin ja odotin milloin se ikävin kohta tulee niin joku hoitajista jo sanoi että asia selvä, letku oli jo paikoillaan ja täysin kivuttomasti.

Alku totuttelun jälkeen letkun kanssa kyllä pärjää ja se on melko huomaamaton. Ilman sitä en olisi pystynyt syömään.

**KAHDEKSAS KOHTAUS:**

- Tausta: vaalea
- Videon lopputekstit (liikkuu alhaalta ylöspäin): videon kuvaaja, videon editoija, tekijät, kiitokset, logot (lisänä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toivomat/vaatimat lisätestit?)
- Rauhallinen musiikki taustalla?



## Liite 2. Suostumus kuvaukseen, videointiin, äänitykseen ja aineiston käyttöön

Suostumus kuvaukseen, videointiin,  
äänitykseen ja aineiston käyttöön

- Tampereen yliopistollinen sairaala     Valkeakosken sairaala     Vammalan sairaala  
 Yhtymähallinto     Kuvantamiskeskus- ja apteekkiliikelaitos

Henkilön nimi		Henkilötunnus
Suostumus koskee	<input type="checkbox"/> uutta tallennetta <input type="checkbox"/> vanhaa tallennetta	
Aineiston otto- tai luovutuspäivä	/    20	
Aineiston muoto	<input type="checkbox"/> Paperikuva <input type="checkbox"/> Digitaalikuva <input type="checkbox"/> Diakuva <input type="checkbox"/> Videokuva/-nauha <input type="checkbox"/> CD-/DVD-levy <input type="checkbox"/> Jokin muu, mikä:	
Aineiston käyttö	<input type="checkbox"/> Esitys <input type="checkbox"/> Esitysaineisto <input type="checkbox"/> Opetusaineisto <input type="checkbox"/> Videositys <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> Tiedotuslehti <input type="checkbox"/> Jokin muu, mikä:	
Henkilön nimi	<input type="checkbox"/> saa mainita aineistossa <input type="checkbox"/> ei saa mainita aineistossa	
Muita tietoja (Esim kuvaaja ja mahdollinen tekijänoikeus aineistoon)		
<p>Annan suostumukseni Pirkanmaan sairaanhoitopiirille yllä olevan selvityksen mukaiselle aineiston korvauksettomalle käytölle ja julkaisemiselle.</p> <p>Tätä suostumusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi suostumuksen antajalle ja yksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirille.</p> <p>Alaikäisen tai holhottavan osalta suostumuksen antaa henkilön laillinen edustaja.</p> <p>Olen alaikäisen tai holhottavan henkilön    <input type="checkbox"/> huoltaja    <input type="checkbox"/> muu laillinen edustaja, mikä:</p>		
Paikka ja aika		
Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys		
Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys		Työyksikkö ja tehtävänimike