



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# AVANTEEN KANSSA ELÄMINEN

## Tarkistuslista potilasohjauksen tueksi

Niina Ala-Krekola

Saija Rinteelä-Niemi

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

ALA-KREKOLA, NIINA & RINTEELÄ-NIEMI, SAIJA:  
Avanteen kanssa eläminen  
Tarkistuslista potilasohjauksen tueksi

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 5 sivua  
Huhtikuu 2018

---

Opinnäytetyö toteutettiin tilaustyönä yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) kanssa. Opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista, tuotokseen tähtäävää menetelmää, jonka tarkoituksena oli tuottaa avanneleikattujen potilaiden elämänlaatuun keskittyvä tarkistuslista postoperatiivisen vuodeosastolla tapahtuvan potilasohjauksen tueksi. Tarkistuslistan myötä tavoiteltiin yhtenäistä linjaa sekä laatua avanneleikattujen ohjaukseen. Opinnäytetyössä käsiteltiin ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Työssä rajattiin elämänlaadulliset asiat liikuntaan, harrastuksiin, arki-, perhe- ja työelämään, seksuaalisuuteen, matkustamiseen sekä vertaistukitoimintaan.

Avanneleikkaus on suuri elämänmuutos, joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan elämään sekä hyvinvointiin. Elämänlaadulliset asiat jäävät usein vähemmälle huomiolle ohjauksen keskittyessä sidostenvaihdon ja avanteen hoidon opetteluun. Potilaalla on kuitenkin oikeus saada kokonaisvaltaista ohjausta. Työn tehtävänä oli vastata kysymyksiin siitä, miten avanne vaikuttaa potilaan elämänlaatuun, minkälaista on laadukas avannepotilaan ohjaus sekä mitä elämänlaadullisia asioita tulee potilasohjauksessa huomioida. Laadukkaalla ja yhtenäisellä ohjauksella mahdollistetaan avannepotilaan turvallinen kotiutuminen, edistetään potilaan voimavaraistumista sekä edesautetaan paluuta normaaliin elämään.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneeseen tarkistuslistaan koottiin yhteen avannepotilaan elämään vaikuttavat tekijät lyhyesti ja ytimekkäästi. Tarkistuslistan asiat avattiin yhteistyösastolla pidetyssä esittelytilaisuudessa PowerPoint-esityksen avulla. Esitys jäi osaston käyttöön perehdytysmateriaaliksi. Tarkistuslista tallennettiin sähköisesti PSHP:n käyttöön sen sisäisille sivuille, josta hoitohenkilökunnan on se helppo saada käyttöönsä.

Avannepotilaan hoito ja ohjaus ovat kokonaisvaltaista hoitotyötä, sillä avanne vaikuttaa potilaan elämän jokaiseen osa-alueeseen. Avannepotilaan elämänlaatua on tutkittu kovin vähän Suomessa, eikä kotimaisia lähteitä juuri löytynyt. Jatkotutkimusehdotuksena on tuottaa tarkistuslistan ja tehdyn perehdytysmateriaalin pohjalta potilaille annettava ohjausmateriaali, joka tukisi potilasohjausta ja helpottaisi tarkistuslistan läpi käymistä. Avanne on henkilökohtainen ja arka asia, joten asioiden puheeksi ottaminen voi olla haastavaa, ja sen helpottamiseksi puheeksi ottamisen tueksi ja potilaan ja hoitajan yhteiseksi työkaluksi kehitettävä miellekartta voisi toimia.

---

Asiasanat: avanne, avannepotilas, potilasohjaus, elämänlaatu, tarkistuslista

## **ABSTRACT**

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

ALA-KREKOLA, NIINA & RINTEELÄ-NIEMI, SAIJA:

Living With a Stoma  
Checklist for Patient Education

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 5 pages  
April 2018

---

There are many people living with a stoma all over the world. The patients who have a stoma have undergone a surgery allowing a temporary or permanent stoma to be made. Quality of life is an important issue for the patients who have begun a new life with a stoma. Adjusting to a stoma can be difficult at first. However, recovering patients can enjoy a full and active life.

The purpose of this study was to produce a checklist for nurses who care for ostomy patients on a ward. The checklist will standardize patient education at the time of discharge. The study was made for Pirkanmaa Hospital District.

The data for this study was collected from several peer reviewed research papers. Only a few studies had been conducted in Finland, so most of the studies were international, the majority of the conducted in the United Kingdom.

The results show that the checklist responds to the co-operative ward's demand. According to the feedback, the checklist was clear and comprehensible and it includes all the necessary information that nurses need when counseling an ostomy patient.

Ostomy patient counseling is an important issue because the stoma affects all areas of a patient's life. There are only a few studies conducted in Finland concerning ostomy patients and their quality of life, therefore more research is required on this issue.

---

Key words: ostomy, patient education, quality of life, checklist

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Avannepotilas .....	8
3.2	Avanneleikkaus.....	8
3.3	Avannepotilaan elämänlaatu .....	10
3.3.1	Liikunta- ja harrastukset.....	12
3.3.2	Arki- perhe- ja työelämä .....	14
3.3.3	Seksuaalisuus ja puheeksi ottaminen .....	16
3.3.3.1	Plissit –malli.....	20
3.3.3.2	Better –malli.....	22
3.3.4	Matkustaminen.....	24
3.3.5	Vertaistukitoiminta.....	26
3.4	Potilasohjaus hoitotyössä.....	27
3.4.1	Potilasohjauksen vaiheet ja muodot.....	28
3.4.2	Avannepotilaan ohjaus .....	33
3.5	Tarkistuslista.....	36
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	38
4.1	Opinnäytetyöprosessin kuvaus .....	38
4.2	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö .....	40
4.3	Tuotoksen tuottaminen vaiheittain.....	41
4.4	Tuotoksen kuvaus .....	42
4.5	Tuotoksen arviointi .....	42
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	44
5.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	44
5.2	Pohdinta .....	46
5.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	47
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET .....	55
	Liite 1. Neuvoja ohjauksen tueksi seksuaalisuuteen liittyvien huolien käsittelyyn.....	55
	Liite 2. Avanteen kanssa eläminen: Tarkistuslista .....	56
	Liite 3. Kirjallinen palaute tarkistuslistasta.....	57
	Liite 4. Tiedonhaun prosessi. ....	58

## 1 JOHDANTO

Avanneleikattuja potilaita Euroopassa on noin 700 000 sekä Yhdysvalloissa noin miljoona (European Ostomy Associations (EOA) 2012, United Ostomy Associations of America (UOAA) 2014, Claessens, Probert, Tielemans, Steen, Nilsson, Dissing Andersen & Størling 2015, 18 mukaan). Pysyvästi avanneleikattuja potilaita Suomessa on arviolta noin 5000, jonka lisäksi on väliaikaisesti avanneleikattuja (Liukkonen & Hokkanen 2003, 5). Tuoreempaa tietoa tämän hetkisestä tilanteesta ei ole saatavilla.

Elämänlaatu merkitsee ihmisille erilaisia asioita. Hyvä elämänlaatu tarkoittaa ihmisen kykyä nauttia asioista, kuten työstä, harrastuksista sekä sosiaalisista suhteista (Burch 2016a, 379). Avanneleikkaus on suuri elämänmuutos, joka vaikuttaa leikatun potilaan elämään aiheuttaen niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisia muutoksia (Black 2010, 132–135). Tutkimusten mukaan avanne aiheuttaa häpeän tunteita sekä pelkoa leimautumisesta muiden silmissä (Modolo Martins, Megumi Sonobe, De Siqueira Vieira, Silva De Oliveira, De Felício Bortucan Lenza & Aparecido Da Silva Teles 2015, 10) sekä alentaa itsetuntoa (Black 2010, 133). Sairaanhoidaja on avainasemassa ohjaamassa avanneleikattua potilasta palaamaan normaaliin elämäänsä ja sen aktiviteetteihin, työhön sekä sosiaalisiin suhteisiin (Johnson, Readding & Ryan 2015, 23). Voimavaraistumista tukevassa avannepotilaan ohjauksessa on tärkeää antaa potilaalle varmuuden tunnetta elämään avanteen kanssa (Elonranta, Johansson & Vähätalo 2009, 25).

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Työ toteutetaan toiminnallisena ja sen tuotoksena syntyy tarkistuslista avanneleikatun potilaan elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä, jotka tulee huomioida postoperatiivisessa potilasohjauksessa vuodeosastolla. Aihe on opinnäytetyön tekijöille kiinnostava, sillä avannepotilaita tulee vastaan monella eri terveydenhuollon osa-alueilla, missä tahansa työskennellessä. Työstä on ammatillisesti tulevinä sairaanhoitajina hyötyä jatkossa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käyttöön tarkistuslista postoperatiivisen vuodeosastolla tapahtuvan suullisen potilasohjauksen tueksi. Työelämätahon toiveesta tarkistuslista painottuu avanneleikatun potilaan elämänlaadullisiin asioihin, poissulkien avanteen sidosten vaihdot, ihon hoidon sekä ravitsemuksen. Työelämätahon mukaan tarkistuslistalle on todellinen tarve, sillä tällä hetkellä elämänlaadullisiin asioihin painottuva ohjaus jää usein vajavaiseksi.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymyksiin:

- Miten avanne vaikuttaa potilaan elämään?
- Minkälaista on laadukas avannepotilaan ohjaus?
- Minkälaisia elämänlaadullisia asioita avannepotilaan ohjauksessa tulee huomioida?

Työn tavoitteena on parantaa hoitohenkilökunnan postoperatiivista, vuodeosastolla tapahtuvaa suullista potilasohjausta avanneleikatun potilaan kotiutumisvaiheessa. Tarkistuslistan tavoitteena on ohjata hoitajien suullista potilasohjausta sekä tällä tavoin yhtiä ohjauksen sisältöä sekä parantaa laatua. Laadukkaalla potilasohjauksella mahdollistetaan potilaan turvallinen kotiutuminen, edistetään potilaan voimavaraistumista sekä edesautetaan paluuta normaaliin elämään.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeisiä käsitteitä työssä ovat avannepotilas ja avannepotilaan elämänlaatu, potilasohjaus sekä tarkistuslista. Työssä keskitytään paksusuoli- ja ohutsuoliavanneleikattuihin potilaisiin. Lapsipotilaat sekä virtsa-avanteet on suljettu pois työelämätahon toiveesta. Avannepotilaan elämänlaatu käsittää avanneleikatun potilaan elämään vaikuttavia asioita painottuen liikuntaan ja harrastuksiin, arki-, perhe- ja työelämään, seksuaalisuuteen, matkustamiseen sekä vertaistukitoimintaan. Miten avanne vaikuttaa potilaan elämään, mitä mahdollisia rajoituksia se tuo mukanaan? Työssä käsitellään myös potilasohjausta hoitotyössä, avannepotilaan ohjausta sekä tarkistuslistaa käsitteenä. Keskeiset käsitteet on havainnollistettu kuviossa 1.



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet.

### 3.1 Avannepotilas

”Minä kuolen ennemmin kuin annan tehdä itselleni avanteen”, ajatteli 17-vuotias haavaista paksunsuolentulehdusta sairastava tyttö. Tytön elämää hallitsi pelko siitä, ettei hän ehtisi ajoissa vessaan hädän yllättäessä. Nuoresta työstä kasvoi kuitenkin aikuinen, joka taudin pahentuessa halusi muutosta sekä mahdollisuuden terveeseen elämään. Lopulta nuori nainen päätyi avanneleikkaukseen, joka aiheutti pelon ja epätoivoisuuden sekaisia tunteita, sillä naisen mielikuvissa avanne tarkoitti yhtä kuin normaalin elämän päättymistä. Elämä haavaisen paksunsuolentulehduksen kanssa kuitenkin uuvutti niin paljon, että avannehoitajan kannustuksesta nainen alkoi uskoa parempaan tulevaisuuteen avanteen kanssa. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 7–9.)

Avanneleikkauksen jälkeen nainen havaitsi kipujen helpottuneen, eikä hänen tarvinnut juosta jatkuvasti vessassa. Uusiin paikkoihinkin meneminen tuntui helpommalta. ”Avanne – kirosana minulle siihen asti – olikin pelastukseni.”, kertoo avanneleikattu 22 vuotias nainen avanneleikatun puheenvuorossa Kirsi Liukkosen ja Ulla Hokkasen (2003) kirjoittamassa kirjassa Avanne. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 7–9.)

Avannepotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolle on kirurgisesti tehty avanneleikkaus (Liukkonen & Hokkanen 2003, 13). Tässä työssä avannepotilaalla sekä avanneleikatulla tarkoitetaan potilasta, jolle on tehty väliaikainen tai pysyvä ohut- tai paksusuoliavanne. Avannetta ja avanneleikkausta sekä siihen johtavia syitä käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa. Työssä puhutaan niin avannepotilaasta kuin avanneleikatusta potilaasta, tarkoittaen samaa asiaa.

### 3.2 Avanneleikkaus

Avanne eli stooma tarkoittaa kirurgisesti tehtyä eritteiden ulostusaukkoa, josta suolen sisältö erittyy vatsanpeitteiden päälle, iholle kiinnitettävään avannesidokseen (Mäkeläinen 2012, Lukijalle). Avanne on suolen limakalvoa (Coloplast 2016, Miltä avanne näyttää), joka työntyy hieman ulos vatsasta (Coloplast 2015, 6). Avanteen ulostuloaukosta vedetty suoli näkyy noin 1-4 cm ihon pinnan yläpuolella ja on väriltään punainen (Finnilco ry 2017, 9). Avanteessa ei ole lainkaan kiputuntoa (Coloplast 2015, 6). Avanteen esimerkkipaikka vatsalla ja avannesidos ovat havainnollistettu kuvassa 1.





KUVA 1. Avannesidos vatsalla (Kuva: Saija Rinteeleä-Niemi)

Avanneleikkaus joudutaan tekemään tilanteessa, jossa potilaalla on esimerkiksi paksu- tai peräsuolen syöpä, tulehduksellinen suolistosairaus, synnynnäinen epämuodostuma tai tapaturmasta aiheutunut vamma (Sirviö 2014). Avanne voidaan joutua tekemään myös muista syistä (Sirviö 2014), kuten suolen puhkeamisen, divertikuloosin eli umpipussitau-  
din tai sen aiheuttaman fistelin vuoksi (Kivijärvi 2012, 2). Avanne tehdään, kun jokin suolenosa on vahingoittunut, sen toiminta on häiriintynyt tai lakannut kokonaan Avanne itsessään ei ole sairaus (Finnilco ry, Mikä on avanne), vaan sen avulla hoidetaan potilaan sairautta tai lievitetään oireita (Liukkonen & Hokkanen 2003, 13).

Paksusuoliavanne (colostoma) on yleisin avannetyyppi, ja se tehdään usein suolen loppu-osaan. Tavallisin syy pysyvän paksusuoliavanteen tekemiseen on peräsuolen syöpä. (Colonplast 2016, Paksusuoliavanne.) Paksusuoliavanneleikkauksessa suolen pää tuodaan vatsanpeitteiden läpi iholle, josta uloste erittyy tahdosta riippumatta. Paksusuoliavanne sijaitsee usein vasemmalla puolella alavatsaa, uloste on kiinteää ja suoli toimii yksilöllisesti yhdestä kolmeen kertaa vuorokaudessa tai harvemmin. (Suomen avannehoitajat ry 2017, Ohjeita paksusuoliavanneleikatulle.)

Paksusuoliavanne voi olla yksipiippuinen eli pätekolostooma tai kaksipiippuinen eli lenkkikolostooma (Colonplast 2015, Avannetyypit). Yksipiippuisessa avanteessa suolenpää on tuotu vatsanpeitteiden päälle ja loppuosa suolesta on joko poistettu, tai niin sanottu levossa odottamassa suolisauman suojausta. Kaksipiippuisessa avanteessa suolenlenkki on tuotu iholle ja halkaistu avanteeksi, jolloin molemmat suolenpäät näkyvät. Kaksipiippuinen avanne on usein väliaikainen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 27–28.)

Ohutsuoliavanne (ileostoma) tehdään tilanteessa, jossa ohutsuolen loppuosa on sairastunut (Coloplast 2016, Avannetyypit). Leikkauksessa usein paksusuoli sekä peräsuoli poistetaan kokonaisuudessaan. Ohutsuoliavanneleikkaukseen johtava syy on usein tulehduksellinen suolistosairaus. (Coloplast 2016, Ohutsuoliavanne.) Ohutsuoliavanne sijaitsee usein oikealla alavatsalla, uloste erittyy tahdosta riippumatta ja on koostumukseltaan löysää. Ohutsuoliavanteesta ulostetta erittyy useammin kuin paksusuoliavanteesta, jopa useita kertoja päivässä. (Suomen avannehoitajat ry 2017, Ohjeita ohutsuoliavanneleikatulle.) Ohutsuoliavanne voi olla myös yksi- tai kaksipiippuinen (Coloplast 2016, Avannetyypit).

Paksu- sekä ohutsuoliavanne voi olla väliaikainen tai pysyvä (Coloplast 2016, Avannetyypit). Väliaikainen avanne tehdään esimerkiksi tilanteessa, jossa suolen vahingoittuneen osan poistamisen jälkeen odotetaan jäljelle jääneen suolen osan parantumista, ennen kuin suolen päät voidaan yhdistää (Coloplast 2016, Avannetyypit) tai rauhoitellaan vatsaontelossa vallitsevaa tilannetta esimerkiksi suolen puhkeamisen jälkeen (Finnilco ry, Paksusuoliavanne). Väliaikainen avanne suljetaan yleensä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta (Sirviö 2014).

Pysyvä avanne tehdään usein tilanteessa, jossa suolen osien yhdistäminen ei ole mahdollista tai siihen liittyy liian suuri riski (Coloplast 2016, Avannetyypit). Pysyvän avanneleikkauksen yhteydessä poistetaan peräaukon sulkijalihakset (Sirviö 2014). Avanneleikkauksen jälkeen uloste ja suolen kaasut eivät enää erity peräaukon kautta eikä suolen toimintaa voi itse kontrolloida (Coloplast 2015, 5). Avanteita on erilaisia, ja avanteen nimi muodostuu kyseisen suolenosan mukaan (Coloplast 2015, 6).

### **3.3 Avannepotilaan elämänlaatu**

Avannepotilaat pystyvät leikkauksesta toipumisen jälkeen palaamaan omaan elämänrytmiinsä, työhön ja harrastuksiin. Avanneleikkaus luonnollisesti muuttaa potilaan elämää, mutta usein elämä avanteen kanssa on kuitenkin huomattavasti parempaa kuin elämä leikkaukseen johtavan sairauden kanssa. (Finnilco ry, Milloin avanne.) Avanneleikkauksen jälkeen potilas kotiutuu osastolta useimmiten noin viiden vuorokauden kuluttua leikkauksesta (Bryan & Dukes 2010, Burch 2017, 162 mukaan), mutta todellisuudessa leikkauksesta toipuminen voi viedä viikkoja tai jopa kuukausia (Burch 2017, 162).

Avanne ei ole este liikunnalle, harrastuksille tai työhön paluulle. Heti leikkauksen jälkeen on kuitenkin joitakin rajoituksia, jotta vältetään komplikaatioilta. Avanne ei myöskään rajoita muuta elämää, eikä ole este sukupuolielämälle. (Suomen avannehoitajat ry 2017, Ohjeita paksusuoliavanneleikatulle.) Avanne voi kuitenkin muuttaa minäkuva ja sopeutuminen avanteen kanssa elämiseen voi viedä vuosia (Sirviö 2014).

Avanteen on todettu vaikuttavan vahvasti niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseen hyvinvointiin aiheuttaen kaikilla elämän osa-alueilla muutoksia (Nascimento, Dantas de Oliveira, dos Santos, Maurício, Cabral Pereira da Costa & Silva de Andrade 2016, 69). Brasilialaisen tutkimuksen (2015) mukaan avanne vaikuttaa potilaan sosiaaliseen kanssakäymiseen aiheuttaen häpeän tunteita ja pelkoa leimautumisesta muiden silmissä (Molodo Martins ym. 2015, 10). Tässä työssä käsiteltävät aiheet ja avanteen vaikutukset elämän eri osa-alueille on kuvattu kuviossa 2.



KUVIO 2. Avanteen vaikutukset elämän eri osa-alueille

### 3.3.1 Liikunta- ja harrastukset

Liikunnalla on suuri merkitys avannepotilaan elämässä. Liikunnalla edesautetaan fyysistä kuntoutumista sekä potilaan psyykkistä hyvinvointia leikkauksen jälkeen (Russel 2017a, 20). Sairaanhoidajan tulee ammattilaisena rohkaista avanneleikattuja potilaita terveellisiin elämäntapoihin, myös kannustamalla liikkumaan (Varma 2009, 18). Hyvin hoidettuna avanne ei estä normaalia elämää (Berndtsson, Hulten & Palsenius 2000, 85) eikä sulje pois erilaisia liikuntamahdollisuuksia. Potilaat, jotka ovat harrastaneet aktiivisesti liikuntaa, voivat leikkauksesta toivuttuaan jatkaa harrastuksiaan entiseen malliin (Hokkanen & Liukkonen 2003, 55). Avanneleikkauksesta toipuminen voi kestää kuitenkin useita viikkoja, joten potilaan tulee olla kärsivällinen ja aloittaa kuntoilu maltilla. Mikäli potilas on harrastanut aktiivisesti voimakkaita lajeja, voi entiseen harrastukseen palaamiseen mennä aikaa jopa vuosi. (Finnilco ry 2017, 25–26.)

Liikkumista suositellaan aloitettavaksi leikkauspäivän iltana kivun sallimissa rajoissa sekä rajoituksia noudattaen (Lehtonen, Kääriäinen & Elo 2017, 307). Liikkuminen aloitetaan kevyellä liikkumisella jo vuodeosastolla. Erilaiset rajoitteet liikkumiseen katsotaan yhdessä hoitajan kanssa. Heti leikkauspäivänä käydään läpi oikea tekniikka ylösnousuun sekä ohjataan potilasta liikkeelle. (Kivijärvi 2012, 4.) Istumaan nousussa on varottava erityisesti vatsan alueelle kohdistuvaa painetta, jota helpotetaan nousemalla istumaan kyljen kautta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017) Liikkuminen on hyvä aloittaa kevyellä kävelyllä osastolla ja ensimmäisenä motivoidaankin potilasta kävelemään lyhyitä matkoja kuten wc-matkat (Finnilco ry 2017, 25–26). Leikkauspäivänä suositellaan istumista kahden tunnin ajan vuoteella tai tuolilla. Seuraavana postoperatiivisena päivänä kannustetaan istumaan ja liikkumaan kevyesti kävellen yhteensä kuuden tunnin ajan. Kolmen päivän jälkeen leikkauksesta voi olla liikkeellä enemmän kuin kuusi tuntia. (Nygren ym. 2009, Burch 2013b, 216 mukaan.)

Ensimmäisen kuukauden aikana leikkauksesta on vältettävä nostamista yli kahden kilon painavia esineitä sekä vatsan alueelle kohdistuvaa muuta ärsytystä kuten kumarteluja sekä ponnisteluja (Suomen avannehoitajat ry 2017, Ohjeita paksusuoliavanneleikatulle). Myöhemmin liikuntaa voidaan vähitellen lisätä esimerkiksi kävelykertojen lisäämisellä tai matkan pituuden kasvattamisella (Finnilco ry 2017, 25–26). Potilasta tulee motivoida liikkumaan osastolla mahdollisimman paljon, sillä se edistää suolen toimintaa ja ehkäisee

suolilaman syntymistä (Kivijärvi 2012, 5). Erityisesti suolitukokset ovat yleisiä postoperatiivisia komplikaatioita, jotka johtuvat suolen turvotuksesta leikkauskohdassa (Finnilco ry 2017, 19).

Uimista sekä saunomista voi jatkaa normaaliin tapaan avanteesta huolimatta ompeleiden poiston jälkeen (Lapin sairaanhoitopiiri 2014). Uiminen on kävelyn lisäksi yksi suosituimmista lajeista avannepotilaiden keskuudessa (Varma 2009, 20). Avanne ei ole este vesiurheilulle. Uudessa voi käyttää pienempää avannepussia tai avannesuojaa. Uimapukuna kannattaa käyttää kokopukua (Hokkanen & Liukkonen 2003, 55), sillä se suojaa avannetta. Kirjavan uima-asun käyttäminen häivyttää avannesidoksen näkyvyyttä muille. Saunassa ollessa on tarkkailtava, ettei avannepussi kuumene, sillä se voi aiheuttaa suolenpään kuumenemisen, mikä johtaa ihon ärsyntyymiseen. Kuumentuessa avannesidos voi myös menettää kiinnittymiskykyänsä. Kuumenemisen voi välttää pitämällä kosteaa pyyhettä avannesidoksen päällä. Uusimmat avannesidokset ovat vettähylyviä, joissa on myös vettähylyvä suodatin. (Coloplast 2016, Arkea avanteen kanssa.) Uimahalleista ja syöpäjärjestöiltä saa ostettua avannemerkin uimapukuun, joka kertoo oikeudesta saunoa uimahalleissa sekä yleisillä paikoilla uimapuku päällä (Suomen avannehoitajat ry 2017, Ohjeita paksusuoliavanneleikatuille).

Toipumisaikana on vältettävä voimakkaita lajeja, joissa on vaarana saada vatsanalueelle iskuja, kuten nyrkkeilyä (Finnilco ry 2017, 25–26). Leikkauksen yhteydessä vatsalihakset vaurioituvat, joten liian aikaisin aloitettu raskas liikunta saattaa aiheuttaa prolapsin eli avanteen ulostyöntymisen tai tyrän avanteen ympärille. Ulostyöntymisen ehkäisemiseksi on suotavaa aloittaa kevyet vatsalisharjoitteet mahdollisimman pian leikkauksesta toipumisen jälkeen. (Russel 2017a, 22.) Heikot vatsalihakset, liikapaino, tupakointi sekä potilaan korkea ikä ovat riskitekijöitä avanneleikkauksen jälkeiselle tyrälle eli kudoksen ulostyöntymiselle avanteen seudulla (McGrath ym. 2006, ASCN 2016, Russel 2017b, 14 mukaan). Russelin (2017) tekemän tutkimuksen mukaan potilailla, joilla on heikot vatsalihakset, ylipaino tai eivät ole saaneet kunnollista ohjeistusta avanneleikkauksen jälkeen, ovat saaneet helpommin tyrän avanteen ympärille, kuin potilaat, joilla fyysinen kunto on ollut alkujaan paremmassa kunnossa. Tyrän on tutkimusten mukaan todettu heikentävän elämän laatua. (ASCN 2016, Russel 2017a, 22 mukaan.)

Vatsalisharjoitteet aloitetaan oman toipumisen mukaan, kevyemmästä alkaen. Hyviä harjoitteita ovat selinmakuu vuoteella jalat koukussa, samalla hengitellen hitaasti sisään

ja ulos. Uloshengityksen aikana painetaan kevyesti kädellä vatsan päältä. Kädellä painaessa tunnetaan vatsalihasten supistuminen, jonka aikana hengitetään hitaasti ulos ja yritetään pitää lihakset supistuneena laskien samalla kolmeen. (Oxford Radcliffes Hospital 2013, North 2014, 15 mukaan.)

### 3.3.2 Arki- perhe- ja työelämä

Itse avanteen hoidon ihminen oppii nopeasti, mutta todellinen sopeutuminen avanteen kanssa elämiseen vie aikaa. Avanteen on todettu vaikuttavan negatiivisesti ihmisen käsitukseen omasta kehostaan. (Burch 2016b, 26.) Muutokset keskittyvät konkreettisesti avanteeseen sekä sen aiheuttamiin muutoksiin arkielämässä, kuten avannetarvikkeisiin ja avannepussin tyhjentämiseen. Pelko ulosteen ja kaasujen jatkuvasta erittymisestä avannepussiin voi eristää potilaan perheenjäsenistään, ystävistään sekä muusta sosiaalisesta piiristään ja työstä torjutuksi tulemisen pelossa, jolloin ihmisen on haastavaa palata normaaliin elämäänsä. (Nascimento ym. 2016, 69, 74.)

Sairaalasta kotiuduttua potilaan voi olla vaikea sopeutua uuteen tilanteeseen, joten tärkeää on kannustaa potilasta päivittäin nousemaan vuoteesta, pukeutumaan sekä voinnin mukaan aloittamaan päivän toimia ja arjen askareita. Väsyminen on normaalia ja kuuluu leikkauksen jälkeen asiaan. Tähystyksessä tehdystä leikkauksesta toipuu nopeammin kuin avoleikkauksesta. (Burch 2011, 370–372.)

Erilaisia arjen askareita voi tehdä ja lisätä asteittain oman jaksamisen mukaan, kuten kodin siivoaminen. Haavojen parannuttua sekä vatsalihasten palauduttua voi aloittaa raskaampia töitä, kuten puutarhanhoitoa tai muuta fyysistä ponnistelua vaativaa toimintaa. Tekeminen kannattaa aloittaa varoen, ja lopettaa tai pitää taukoja, mikäli aiheutuu kipua tai epämukavuuden tunnetta. Toipumisvaiheessa suositellaan lepäämistä aina tarvittaessa arjen toimien välillä. (Burch 2016b, 26.) Energiataso voi olla ensimmäisen kuukauden ajan huomattavasti normaalia alhaisempi (Burch & Taylor 2012, Burch 2013b, 219 mukaan).

Hedelmällisyyteen avanneleikkaus ei vaikuta, joten perheenisäystä suunnittelevalle raskaaksi tuleminen ja synnyttäminen myös alateitse ovat mahdollisia. On kuitenkin huomi-

oitava, että ehkäisy pillereiden teho ohutsuoliavanneleikatuuilla saattaa heiketä. Näissä tapauksissa lääkärin kanssa keskustelu on suotavaa. (Finnilco ry 2017, 32.) Raskaana ollessa avannetarvikkeita voi joutua vaihtamaan eri tuotteeseen, koska vatsan kasvaessa myös avanne muuttuu muotoaan (Elcoat 2004, Norton, Taylor, Williams, Nunwa & Whayman 2008, 279 mukaan).

Tutkimuksen mukaan avannepotilaat kokevat työn tärkeäksi osaksi elämää, sillä työssä he kokevat itsensä hyödyllisiksi sekä normaaleiksi ja se saa heidät unohtamaan avanteen olemassaolon. Kotona potilaat käyttäisivät ajan asiasta murehtimiseen. (Nascimento 2016, 71–73.) Avanteen kanssa elämisestä johtuva häpeän tunne voi johtaa kotiin eristäytymiseen, aiheuttaen negatiivisia ajatuksia sekä arvottomuuden tunteita, jotka mahdollisesti voivat johtaa masennukseen sekä muihin mielialaongelmiin (Pereira, Carneiro, Pinto, Martins, Netinto, Cesarino 2015, Cruz, Souza & Mauricio 2011, Nascimento 2016, 71 mukaan). Avannepotilaat ovat kuitenkin kokeneet avanteen parantaneen heidän elämänlaatuaan, verrattuna aiempaan elämään sairauden kanssa. Pelko kaasujen ja ulosteen karkaamisesta yleisissä tiloissa sekä muiden ihmisten ennakkoluulot tuovat ristiriitaisia ajatuksia. Avannepussi ja sen kanssa toimiminen koetaan rajoittavaksi tekijäksi arkielämässä. (Nascimento 2016, 71–74.)

Avanneleikkauksen jälkeen työhön voi palata sairausloman jälkeen, jonka pituus riippuu työn luonteesta. Työnantajan kanssa voi sopia myös asteittaisesta työhön paluusta, joka helpottaa työelämään siirtymistä, etenkin jos työ on kovin fyysistä. (Respond, Returning to work.) Työhön palaaminen vie usein kuitenkin aikaa useita viikkoja leikkauksesta (Burch 2013a, 55). Raskasta työtä tai muuta rasittavaa aktiviteettiä ei suositella ennen kuin kolme kuukautta leikkauksen jälkeen (Burch 2011, Schreiber 2016, 130 mukaan).

Kannustava sosiaalinen tukiverkosto tukee potilaan kuvaa omasta muuttuneesta kehostaan ja auttaa ihmistä menemään mukaan uusiin sosiaalisiin tilanteisiin (Northouse 2000, Goldzweig 2009, Taylor 2015, 11 mukaan). Tutkimusten mukaan sairaanhoitaja on avainasemassa edesauttamassa avannepotilaiden toipumista niin fyysisesti kuin psyykkisesti valmistaen potilasta normaaleihin aktiviteetteihin ja työelämään paluuseen (Johnson ym. 2015, 23; Nascimento 2016, 71–74). Potilasta voi kannustaa jatkamaan normaaleja aktiviteettejä tavoitteiden avulla, asettaen pää- ja välitavoitteita. Esimerkiksi sosiaalinen kanssakäyminen on hyvä aloittaa pienestä; ensin kahvi läheisen ystävän kanssa ennen suuremman ystäväjoukon tapaamista. Tavoitteet tulee olla realistisia ja saavutettavia.

(National Cancer Survivorship Initiative 2010, Taylor 2015, 11 mukaan.) Hoitajana voi potilaalle ehdottaa esimerkiksi sellaista pukeutumista, jossa avanne ei näy ulospäin, ja joka tuo ihmiselle mukavuuden tunnetta sosiaaliseen kanssakäymiseen (Adler & Page 2008, Taylor 2015, 11 mukaan).

Markkinoilla on olemassa paljon erilaisia ja eri kokoisia avannepusseja sekä muita avannetarvikkeita (Coloplast 2017, Avannetuoteopas), joista sairaanhoitajan on hyvä olla tietoinen avannepotilasta ohjattaessa. Lisäksi on olemassa erilaisia lisätarvikkeita, kuten liimanpoistoaineet, tiivisteet, hajusteet, avannevyöt ja ihon suojaustarvikkeet, jotka ovat kehitetty parantamaan avannepotilaan elämänlaatua ja estämään mahdollisia vuotoja sekä tuomaan potilaalle turvallisuuden tunnetta. Näitä tuotteita voi käyttää jatkuvasti tai tuomaan lisäturvaa erityistilanteissa, kuten fyysisessä rasituksessa, työssä ja koulussa tai intiimeissä tilanteissa. Avanne vaikuttaa ihmisessä vain pieneltä osin fyysisesti ja suurimmaksi osaksi psyykkisesti, joten mikäli tarvikkeiden käyttö luo turvallisuuden tunnetta ja sitä kautta hyvinvointia potilaan elämään, kannattaa sitä suositella käytettävän. (Johnson ym. 2015, 24–30.) Potilasta on hyvä valmistella varaamaan arjessa hieman ylimääräistä aikaa avannetarvikkeiden vaihtamiseen (Burch 2013a, 55).

Olemassa on myös avannepotilaille soveltuvia erilaisia tukivaatteita, kuten alusvaatteita, jotka auttavat tukemaan avannealuetta esimerkiksi urheillessa (Johnsson ym. 2015, 24–28). Tukivaatteita on saatavilla erilaisia miehille ja naisille sekä erilaisiin tarkoituksiin kuten urheiluun tai peittämään avannepussia intiimeissä tilanteissa. Erityisiä tukivaatteita on saatavilla vain ulkomailta ja sielläkin reseptillä. (Respond, Ostomy support.) Suomessa ei tiettävästi vielä näitä ole käytössä. Fyysisessä työssä voi avannevyö helpottaa avannepussin paikallaan pysymistä (Respond, Ostomy support).

### **3.3.3 Seksuaalisuus ja puheeksi ottaminen**

Seksuaalisuus on olennainen osa ihmisen hyvinvointia, ja sen huomioiminen on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Seksuaaliterveys merkitsee seksuaalisuuteen liittyvää fyysistä, psyykkistä, emotionaalista ja sosiaalista hyvinvointia. Käsitellessä seksuaaliterveyttä tulee huomioida sairauden vaikutus ihmisen seksuaalisuuteen. Tukemalla potilasta hyvään itsetuntoon ja positiiviseen minä- ja kehonkuvaan edistetään ihmisen



seksuaaliterveyttä. (THL, 2017.) Seksuaalisuus on henkilökohtainen asia, joten epäammattimainen ja epäeettinen toiminta voivat loukata potilasta (Ryttyläinen & Valkama 2010, 44).

Avanneleikkaus ei estä seksuaalista kanssakäymistä, mutta on kuitenkin hyvä odottaa vatsalla olevien haavojen parantumista ja antaa lihasten palautua leikkauksesta ennen varsinaista yhdyntää (Burch 2005, Ayaz 2009, 75 mukaan). Kommunikaatio ja vuorovaikutus parin välillä ovat ensisijaisia tärkeitä heti potilaan kotiuduttua. Hellyyttä voi osoittaa suutelemalla, kutittelemalla sekä muuten hyväilemällä. (Burch 2016b, 26.) Yhdyntä on mahdollinen ja sallittua kun potilas on fyysisesti parantunut (Burch 2016b, 26) sekä on itse siihen valmis ja se tuntuu mukavalta (Burch 2011, 372). Usein tämä vie aikaa useita viikkoja leikkauksesta (Burch 2013a, 55).

Avanneleikkaus vaikuttaa miehillä sekä naisilla eri tavoin. Miehillä voi esiintyä erektion heikentymistä, kun taas naisilla haluttomuuden lisäksi yhdyntäkipuja, emättimen tiukkuutta ja kuivumista. (Black 2004, Monga 2002 & Weerakon 2001, Ayaz 2009, 73 mukaan; Burch 2016b, 26.) Haluttomuuden seurauksena seksuaalinen kanssakäyminen vähenee (Weerakoon 2001, Ayaz 2009, 73 mukaan).

Yhdyntäkiput ovat naisilla yleisin vaikutus, jota lisää entisestään luonnollisen emättimen liukkauden heikentyminen sekä mahdollinen lantion tai emättimen alueelle kasvanut arpikudos, joka voi tehdä yhdynnästä kivuliasta tai jopa mahdotonta. (Burch 2004, Gwen & Thurnbull 2003, Junkin & Beitz 2005 & Williams 2005, Ayaz 2009, 73 mukaan.) Naisilla voi esiintyä myös tuntopuutoksia emättimen alueella (Burch 2016b, 26). Mahdollisen peräsuolen poistamisen jälkeen emätin voi olla eri kulmassa tai asennossa entiseen verrattuna, joka voi tuottaa epämukavuuden tunnetta tai kipua erilaisissa asennoissa (Burch 2011, 372). Näissä tilanteissa yhdyntäkipua helpottamaan liukuvoiteen käyttö on suositeltavaa (Burch 2016b, 26).

Avanneleikkausten yhteydessä eriasteiset erektiohäiriöt ovat miehillä tyypillisiä (Finnilco ry 2017, 32). Peräsuolen lähellä kulkevat sukupuolielimiä hermottavat hermot voivat leikkauksessa vaurioitua (Finnilco ry 2017, 33), joten peräsuolen poistamisen jälkeen saattaa miehillä olla vaikeutta saada aikaan tai ylläpitää erektiota. Orgasmin voimakkuus voi myös heikentyä. (Gwen 2003, Junkin 2005 & Williams 2005, Ayaz 2009, 73 mukaan.) Sairauden ja leikkauksen aiheuttama stressi voi vaikuttaa myös osaltaan erektiokykyyn.

Tämä voi olla miehelle pelottavaa ja hämmentävää, jonka vuoksi mies voi kokea menettäneensä miehisyytensä. Erektiohäiriöt voivat olla tilapäisiä ja palautua osittain tai kokonaan, tai muutokset voivat olla pysyviä. Erektiohäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeillä tai jopa kirurgisesti. Vaihtoehtoista tulee keskustella lääkärin kanssa. (Finnilco ry 2017, 32.)

Fyysisten oireiden lisäksi avanne voi aiheuttaa ahdistuksen ja pelon tunteita liittyen avannetarvikkeisiin, avanteen mahdolliseen vuotamiseen tai siitä aiheutuvaan ulosteen hajuun seksuaalisen kanssakäymisen yhteydessä (Weerakon 2001, Monga 2002, Ayaz 2009, 73 mukaan). Potilas saattaa myös huolehtia miltä avanne toisesta näyttää (Burch 2016b, 26). Ulkomaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että avanteella on suuri vaikutus ihmisen seksuaalisuuteen sekä minä- ja kehonkuvaan (Burch 2005, Junkin & Beitz 2005, Sprunk & Alteneder 2005, Silva Ratnayake & Deen 2003 & Williams 2005, Ayaz 2009, 71–81 mukaan; Taylor 2015, 8).

Oma kehonkuva tarkoittaa sitä kuvaa, minkä ihminen muodostaa omassa mielessään omasta vartalostaan. Se voi käsittää ajatuksia siitä, kuinka hoikkana tai viehättävänä ihminen itsensä näkee. Mielessä muodostettu kuva omasta kehosta vaikuttaa ihmisen päivittäiseen elämään ja käyttäytymiseen. (Schilder 1950, Taylor 2015, 8 mukaan.) Mitä paremmin ihminen hyväksyy oman kehonsa, sitä suuremmalla todennäköisyydellä hän kokee turvallisuuden tunnetta ja hyväksyntää itseään kohtaan (Jourard & Secourd 1954, Taylor 2015, 8 mukaan). Se, millaisena ihminen ajattelee muiden näkevän itsensä, vaikuttaa henkilön sosiaaliseen käyttäytymiseen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (King 1989, Taylor 2015, 8 mukaan). Negatiivinen kehonkuva taas tarkoittaa negatiivista näkemystä omasta kehosta ja itsestä, jolloin ihminen tuntee itsensä epäviehättäväksi sekä epä mukavaksi omassa vartalossaan. Usein tämä kuva on kuitenkin väärä eikä lainkaan realistinen. (Burch 2016a, 379.)

Fyysiset muutokset kehossa heijastuvat käsitykseen omasta vartalosta alentaen itsetuntoa (Williams 2012, 23). Itsensä ja oman vartalonsa hyväksyminen alkaa siitä, kun uskalletaan katsoa itseään peilistä, myös ilman vaatteita (Berndtsson ym. 2000, 85). Hoitajan tulee oppia tunnistamaan ja suhtautumaan potilaan erilaisiin reaktioihin muuttuneesta kehonkuvastaan (Taylor, 2015, 8). Ajan myötä avannepotilas sopeutuu omaan muuttuneeseen vartaloonsa ja itseluottamuksen lisääntyessä huomaa, että fyysinen olemus ei määritä heitä ihmisinä (Burch 2016a, 379).

Potilaat arvostavat yksilöllistä kohtaamista sekä herkkyyttä havaita potilaan keskustelutarve, jolloin potilaan tunteet ja kokemukset huomioidaan hoitajien taholta ja ohjaus on potilaan tarpeista lähtevää. Vuonna 2010 *Hoitotiede*-lehdessä julkaistussa tutkimusartikkelissa on kuvattu syöpään sairastumista ja seksuaalisuutta sekä mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta. Seksuaaliohjausta toivottiin osaksi hoitosuunnitelmaa, joka kuuluisi kaikille potilaille. Tuloksissa korostui hoitajan asiantuntemus, hyvät vuorovaikutustaidot ja oikea asenne kohdata potilas. Seksuaaliohjauksen sisällössä korostuivat surutyön salliminen ja myönteisen minäkuvan vahvistaminen. Etenkin naiset toivoivat mahdollisuutta keskustella muuttuneesta ulkonäöstä ja minäkuvasta sekä niiden aiheuttamista tunteista hoitohenkilökunnan kanssa. Positiivisen minäkuvan vahvistamista ja myönteisten asioiden painottamista pidettiin tärkeänä. Naiset kokivat tärkeäksi saada tietoa minäkuvan muuttumisesta ja siitä toipumisesta. Kaikki potilaat toivoivat myös puolison ohjaamista ja ottamista mukaan ohjaustilanteeseen sekä vertaistuen piiriin ohjaamista. Naiset pohtivat paljon puolisonsa suhtautumista muuttuneeseen kehonkuvaan. Miesten tarpeissa nousi taas esille huoli puolison seksuaalisten tarpeiden tyydyttämisestä. Naiset sekä miehet pitivät tärkeänä itsetuntonsa säilyttämistä ja uudelleen rakentamista. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto & Åstedt-Kurki 2010, 285–287.)

Seksuaalisuuden tiedetään olevan tärkeä osa hoitotyötä, joka kuuluu jokaiselle sosiaali- ja terveysalalla työskentelevälle (THL 2017), mutta se koetaan erityisen vaikeaksi ottaa puheeksi (Albaugh & Kellogs-Spadt 2003, Haboubi & Lincoln 2003, Katz 2005, Ayaz 2009, 75 mukaan). Ammattilaiselta kuitenkin odotetaan aloitetta seksuaalisuuden puheeksi otolle (THL 2017). Puheeksi otettaessa edesauttaa, kun ohjausta antava sairaanhoitaja pitää seksuaalisuutta luonnollisena asiana ja kokee siitä keskustelun normaaliksi (Bell 1989, Williams 2012 mukaan), sillä potilaat usein tuntevat häpeää kysyttäessä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista (Albaugh & Kellogg-Spadt 2003, Black 2004, Breckinridge 2001 & Persson ym. 2005, Ayaz 2009, 75 mukaan). Liitteessä 1 on kuvattu ehdotuksia ohjauksen tueksi, joita voi esittää avanneleikatulle potilaalle helpottamaan seksuaalisuuteen liittyviä huolia.

Avannepotilas voi olla myös nuori ihminen, jolloin potilaan kohtaamisessa on omat erityispiirteensä. Puheeksi ottaessa on tärkeää ansaita potilaan luottamus ja käyttää esimerkiksi nuorelle sopivia sanoja ja ilmaisuja. Nuoren kanssa asiallinen ja häpeilemätön keskusteluilmapiiri on tärkeää, jotta nuori uskaltaa jatkossakin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista sekä hakea tarvittaessa apua. Nuorille kehittyä helposti seksuaalisuuteen

liittyviä pelkoja ja häpeän tunteita, joten omaan puhetapaan kannattaa kiinnittää huomiota. Nuorelle kuulluksi tuleminen on tärkeää. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander & Rinkinen 2008, 42–46.) Nuoren kanssa puheeksi ottaessa voidaan käyttää apuna seksuaaliterveysanamnesia, jossa kartoitetaan nuoren elämäntilanne, seurustelutilanne sekä arjen sujuminen terveystottumusten ja riskikäyttäytymisen kanssa. Nuoren voimavarais-taminen ja positiivisen asenteen luominen on tärkeää. (Aho ym. 2008, 56–61.)

Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen avuksi on kehitetty useita eri malleja, kuten Plissit (Annon 1976, THL, 2017 mukaan), Better (Mick, Hughes & Cohen 2004), Allow (Murtagh 2010, THL, 2017 mukaan), sekä Ask (Dibble 2008, THL, 2017 mukaan) -mallit. Työyhteisössä onkin hyvä pohtia, mikä malli sopii kyseisessä yksikössä käytettäväksi (THL 2017). Puheeksi ottaminen helpottuu, mitä enemmän ja rohkeammin työntekijä asioita hoitotyössä kohtaa (Aho ym. 2008, 56–61). Tässä työssä esitellään Plissit- ja Better-mallit, joita kuvataan seuraavissa luvuissa.

### **3.3.3.1 Plissit –malli**

Suomessa eniten käytössä oleva alun perin amerikkalaisen Jack Annonin kehittämä Plissit-malli on esitelty Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä vuonna 2016 (Annon 1976, Jouhki, Sinisaari-Eskelinen, Tervo & Väisälä 2016, 288 mukaan). Mallissa määritetään puheeksi ottamisen tasoja ja edellytetään ammattilaiselta osaamista, kun taas vähemmän käytössä olevan Better-mallin avulla tuetaan ohjaustilannetta ja sen systemaattista etenemistä (Jouhki ym. 2016, 286). Plissit-malli on esitetty myös vuonna 2009 julkaistussa kansainvälisessä kirjallisuuskatsauksessa (Ayaz 2009, 71). Plissit-malli sopii myös nuorten kanssa käytettäväksi (Aho ym. 2008, 47).

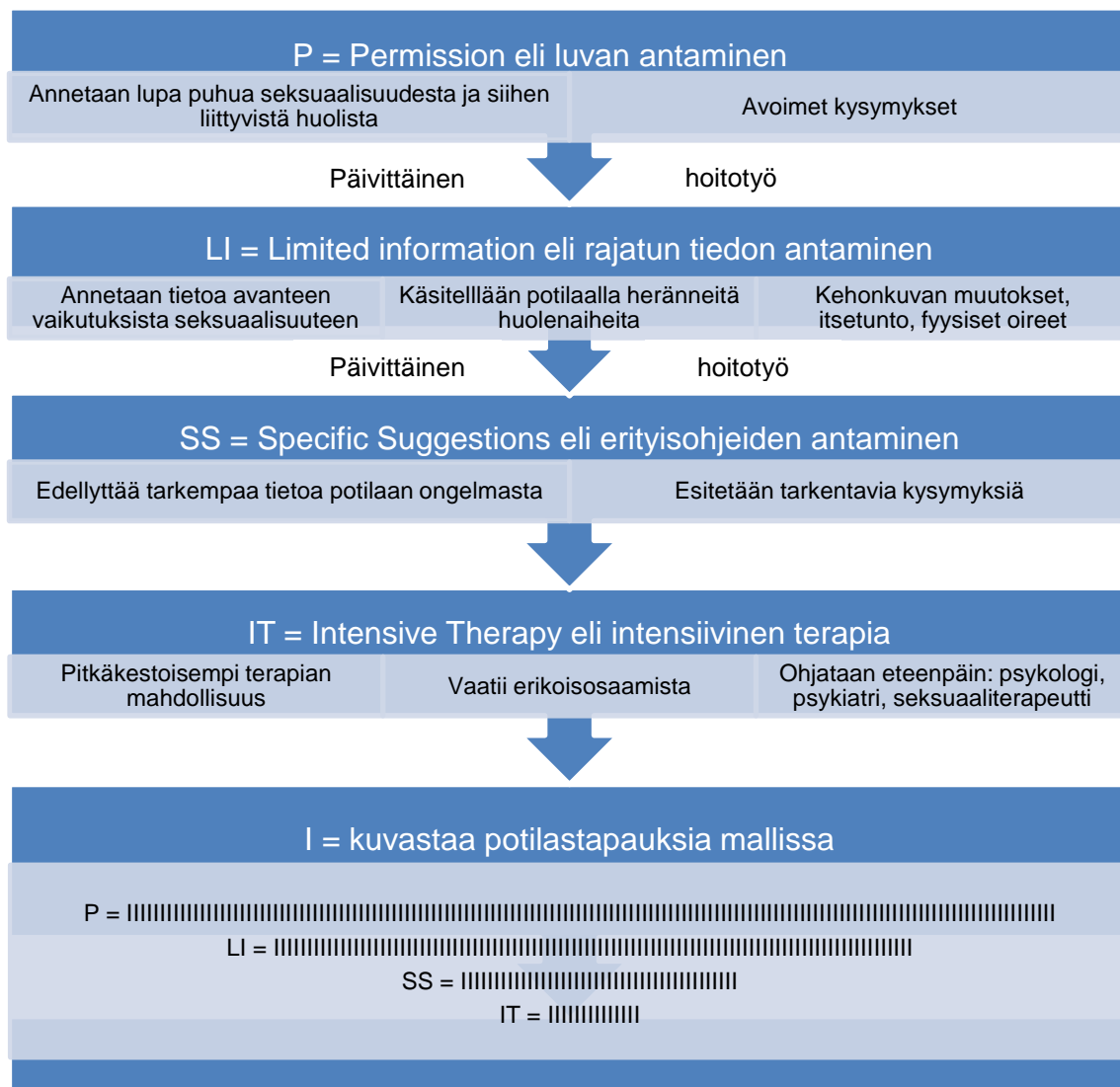
Jack Annonin Plissit-mallissa on kuvattu neljä eri tasoa, joiden avulla seksuaalisuutta aiheena voidaan lähestyä potilaan kanssa. Tasot ovat P eli Permission (luvan antaminen), jossa annetaan lupa puhua seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä huolenaiheista. (Jouhki ym. 2016, 288.) Tämä voidaan ilmaista avoimilla kysymyksillä, kuten: ”Seksuaalisuus on tärkeä osa elämää. Leikkaus voi aiheuttaa muutoksia seksuaaliseen kanssakäymiseen, mitä itse ajattelet tästä?” Hoitajan on tärkeää ilmaista, että avanne voi vaikuttaa seksuaalisuuteen, ja siitä heräävät huolet ovat normaaleita sekä niistä saa puhua. (Ayaz 2009, 77.)

LI eli Limited Information (rajattu tieto) vaiheessa annetaan tietoa potilaan ongelmaan (Jouhki ym. 2016, 288). Tässä vaiheessa voidaan asettaa taas kysymyksiä, esimerkiksi: ”Herääkö sinulla ajatuksia vartalostasi avanneleikkauksen jälkeen?” tai ”Aiheuttaako avanne erityisiä tunteita mielessäsi?”. Tämä keskustelu edellyttää kuitenkin ensin potilaan luottamuksen ansaitsemista. Rajatun tiedon vaiheessa potilaalle annetaan myös tietoa aiheesta, eli tässä tapauksessa avanteen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Potilasta on hyvä informoida myös avanneleikkauksen mahdollisista vaikutuksista kehonkuvaan, itsetuntoon ja niistä aiheutuviin mahdollisiin ahdistuksen ja häpeän tunteisiin. (Ayaz 2009, 77–78.)

Seuraava vaihe on SS eli Specific Suggestions (erityisohjeet), jossa annetaan potilaalle erityisohjeita seksuaalisiin ongelmiin (Jouhki ym. 2016, 288). Tämä edellyttää tarkempaa tietoa potilaan ongelmista, kuten erektiohäiriö, orgasmin saaminen, haluttomuus tai kivuliaisuus yhdynnässä. Hoitaja voi esittää tarkentavia kysymyksiä. (Ayaz 2009, 78.) Viimeinen vaihe on IT eli Intensive Therapy (intensiivinen terapia), jossa annetaan potilaan erilaisiin seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin pitkäkestoisempaa terapiaa. Terapiaa annetaan erilaisilla menetelmillä, joihin vaaditaan erikoisosaamista, esimerkiksi seksuaaliterapeutilta, psykologilta, psykiatrilta tai muulta asiantuntijalta. (Ayaz 2009, 78; Jouhki ym. 2016, 288.)

Taulukossa 1 kuvatussa mallissa pylväiden määrä kuvastaa potilas- tai asiakastapauksia sekä heidän esille ottamiaan kysymyksiä kullakin tasolla. Mallista voidaan siis päätellä, että suurinta osaa autetaan jo mallin ensimmäisellä tai toisella tasolla eli luvan antamisella ja rajatulla tiedolla, jotka kuuluvat normaaliin potilaan kohtaamiseen ja jokapäiväiseen hoitotyöhön, johon terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat valmiudet jo perusvaiheen koulutuksessa. (Jouhki ym. 2016, 288.) Plissit-mallin on tutkimusten mukaan todettu olevan tehokas ja toimiva seksuaalisuuden puheeksi ottamisen väline, myös avannepotilaiden kanssa (Ayaz & Kubilay 2008, Jouhki ym. 2016 mukaan). Avannepotilaiden huolet omasta seksuaalisuudestaan on todettu vähenevän mallin avulla (Ayaz 2009, 75). Jack Annonin Plissit-malli on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Plissit-malli: Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tasot (Annon 1976, Jouhki ym. 2016, 288–289 mukaan; Azyaz 2009, 77–78, muokattu).



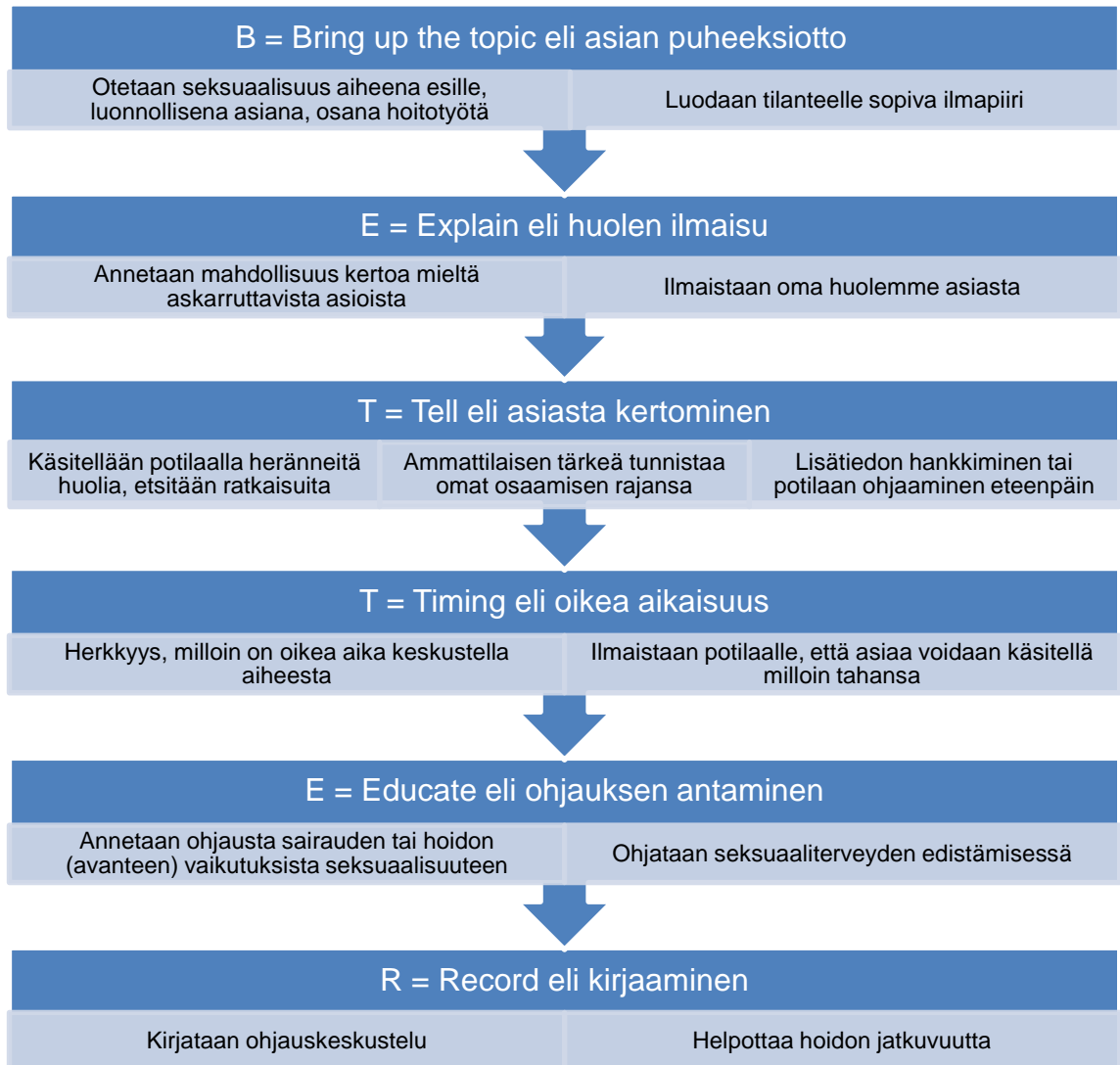
### 3.3.3.2 Better –malli

Better-malli on JoAnn Mickin (2004) kehittämä malli, joka auttaa konkretisoimaan seksuaalisuuden puheeksi ottamisen vaiheita ja kulkua. Malli koostuu kuudesta vaiheesta, jotka etenevät johdonmukaisesti (Mick 2003, 2004, 2005, 2007, Jouhki ym. 2016, 289–290 mukaan.) Ensimmäinen vaihe on Asian puheeksiotto (Bring up the topic), jonka tarkoituksena on ottaa seksuaalisuus aiheena esille ja luoda tilanteelle sopiva ilmapiiri (Jouhki ym. 2016, 289). Toisessa vaiheessa eli Huolen ilmaisussa (Explain), ilmaistaan potilaalle oma huolemme ja annetaan mahdollisuus kertoa mieltä askarruttavista asioista seksuaalisuuteen liittyen (Jouhki ym. 2016, 289).

Seuraava vaihe on Asiasta kertomisen vaihe (Tell), jossa käsitellään potilaalla heränneitä huolia ja etsitään niihin mahdollisia ratkaisuja. Tell-vaiheessa ammattilaisen on tärkeä tunnistaa omat osaamisen rajansa ja tarvittaessa hakea lisätietoa tai ohjata potilas eteenpäin. Tätä vaihetta seuraa Oikea-aikaisuuden vaihe (Timing), joka tarkoittaa, että potilaalle tuodaan ilmi keskustelun olevan mahdollista, milloin tahansa siltä tuntuu. (Jouhki ym. 2016, 289.) Hoitajan tulee osata olla herkkänä sille, milloin on sopiva aika asiasta keskustella (Ayaz 2013, Jouhki ym. 2016, 289 mukaan).

Ohjauksen vaiheessa (Educate) potilaalle annetaan ohjausta kyseisen sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja ohjataan potilasta seksuaaliterveyden edistämässä. Viimeisin vaihe eli Kirjaaminen (Record) tarkoittaa ohjauskeskustelun ja sen sisältämien asioiden kirjaamista potilasasiakirjoihin. Better -mallin on todettu olevan potilaslähtöinen ja yksinkertainen seksuaalisuuden puheeksi ottamista helpottava malli. (Ayaz, 2013, Mick, Hughes & Cohen 2004, Quinn 2013, Jouhka ym. 2016 mukaan.) Better-malli on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Better-malli: Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen ohjaustilanteen vaiheet (Mick ym. 2004, 84–86; Jouhka ym. 2016, 288–290 muokattu).



### 3.3.4 Matkustaminen

Avanne ei ole este matkalle lähtöön (Finnilco ry 2017, 27), toipumisvaiheessa on kuitenkin huomioitava muutamia asioita. Matkustamista on vältettävä ensimmäisen kuuden viikon ajan. Lentokoneella matkatessa on suuri riski saada veritulppa (Coloplast 2015, 24) sekä liian nopeasti leikkauksen jälkeen lentokoneella lennettäessä ilmanpaineet voivat aiheuttaa haavan repeämisen tai vuotamisen (Varma & Williams 2011, 30). Huomioitavaa on, että avanne pussi saattaa myös lentokoneessa kerätä ilmaa sisäänsä (Varma & Williams 2011, 30). Autolla ajamista ei myöskään suositella kuuden ensimmäisen viikon ai-



kana, turvavyön aiheuttaman paineen vuoksi avanteella. Autolla ajaminen on yleensä sallittua, kun potilas pystyy reippaaseen kävelyyn ja voimat riittävät mahdolliseen autolla ajamisessa tarvittavaan nopeaan jarruttamiseen (Burch 2011, 372). Haavan paranemisen jälkeen on autoilla huomioitava myös turvavyön paikka, ettei turvavyö paina suoraan avannetta (Finnilco ry 2017, 28). Autolla ajamisen rajoitus kannattaa myös tarkistaa omasta vakuutusyhtiöstä, toisilla yhtiöillä on useamman viikon rajoitus, jolloin vakuutus ei korvaa kustannuksia tapaturman sattuessa (Burch 2013a, 55).

Autolla matkustaessa kannattaa etukäteen selvittää, onko matkan varrella yleisiä wc-tiloja. Avannepotilaalla on oikeus saada vessapassi, jolla pääsee nopeasti yleisiin wc-tiloihin. Passi oikeuttaa käyttämään yleisiä wc-tiloja maksutta ja sen tarkoituksena on päästä vessaan mahdollisimman nopeasti (Crohn ja Colitis ry 2017, Vessapassi) sairaudesta johtuen. Vessapassin voi hankkia tilaamalla sen esimerkiksi syöpäjärjestöltä.

Leikkauksen jälkeen haava parantuu jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Matkaa suunnitellessa on otettava huomioon erilaisia asioita, oli sitten kyseessä lyhyt tai pitkä matka. (Varma & Williams 2011, 30.) Avannetarvikkeita on suotavaa varata matkaa varten riittävästi, mieluiten muutama ylimääräinen kuin yksi liian vähän. Lennettäessä lämpimiin lomakohteisiin on huomioitava, että ihon hikoillessa avannesidokset saattavat irrota helpommin ja sidoksia joutuu näin ollen vaihtamaan useammin. (Coloplast 2016, Arkea avanteen kanssa.) Avannesidokset on hyvä muistaa suojata liialta kuumuudelta, sillä liimapinta saattaa menettää tehonsa (Coloplast 2016, Avanne ja matkustaminen), eikä näin ollen pysy iholla kiinni täydellisesti.

Monet potilaat ajattelevat avanteen rajoittavan matkustamista, eivätkä uskalla lähteä pidemmälle matkalle. Jopa yhden yön yli menevä matka voi avannepotilaasta tuntua ahdistavalta ja pelottavalta. (Varma & Williams 2011, 26–28.) Sairaanhoidajan on tärkeää ohjata potilaalle myös tavallisia asioita. Matkustaminen kuulostaa kovin normaalilta ja se saatetaan unohtaa keskusteluissa potilaan kanssa. Potilaan motivointi liikkumiseen, matkusteluun ja normaaliin elämään on muistettava ottaa puheeksi potilaan kanssa.

Ulkomaille matkustettaessa kannattaa hankkia avanne-passi (Travel certificate). Passeja saa hankittua esimerkiksi sairaalasta tai avanejärjestöltä. Passiin on merkitty potilaan omat henkilötiedot sekä tiedot avanteesta useimmilla eri kielillä. (Finnilco ry 2017, 27.) Lentokentällä olevat läpivalaisulaitteet havaitsevat avannepussit kameralla, jonka vuoksi

on hyvä pitää avannepassia mukana, jotta sen voi tarpeen tullen esitellä tullivirkailijalle, välttääkseen fyysiset tutkimukset (Respond, Travel advice) sekä helpottaakseen matkan sujuvuutta.

### 3.3.5 Vertaistukitoiminta

Vertaistuella tarkoitetaan ihmisiä, joilla on sama sairaus ja he jakavat omia kokemuksiaan sairauden kanssa elämisestä. Tuen avulla voi saada uusia näkökulmia elämään sekä antaa myös niitä toiselle osapuolelle. Vertaistukikeskustelu käydään yhdessä tukihenkilön kanssa tai pienen ryhmän kesken, jossa kaikki osapuolet ovat tasa-arvoisia keskenään. (Huuskonen 2010.) Toisinaan vertaistukitapaamisissa saattaa olla myös terveydenhuollon ammattilainen tukena (Parrett, Quinn, Clow & Ridley 2015, 8–11).

Avannepotilaalle tulee antaa tietoa vertaistukimahdollisuuksista, ensitiedon kursseista sekä sopeutumisvalmennuksesta. Nämä auttavat potilasta sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen. Tarvittaessa ja potilaan tilanteesta riippuen informoidaan myös paikallisen syöpäyhdistyksen toiminnasta. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 96.) Sopeutumisvalmennuksessa potilas oppii hoitamaan avannettaan, elämään sen kanssa sekä saa vertaistukea tapaamalla muita avanneleikattuja potilaita. Sopeutumisvalmennuskurssit ovat yleensä maksuttomia. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 98.)

Finnilco ry on vuonna 1980-luvulla perustettu valtakunnallinen järjestö avannepotilaille, joka järjestää muun muassa sopeutumisvalmennusta sekä tukihenkilötoimintaa ympäri Suomen (Finnilco ry, Organisaatio). Finnilco ry tarjoaa erilaisia kursseja eri-ikäisille avannepotilaille. Sopeutumisvalmennuksessa avanneleikattu potilas saa vertaistuen lisäksi keinoja terveysongelmien ehkäisyyn ja hoitamiseen sekä tietoa sopivasta ruokavaliosta, liikunnasta sekä henkisestä sopeutumisesta avanteen kanssa elämiseen. (Finnilco ry, Sopeutumisvalmennus.)

Finnilcon tukihenkilötoiminnan tavoitteena on, että jokaisella avanneleikatulla olisi mahdollisuus tavata koulutettu, saman kriisin läpikäynyt ja siitä selvinnyt vertaistukihenkilö. Koulutettuja vertaistukihenkilöitä Finnilcolla on ympäri Suomen, joissa jokainen avannetyyppi on edustettuna. Avannepotilaille on usein tärkeää, että sukupuoli, ikäryhmä sekä avannetyyppi olisivat vertaistukihenkilöllä sama, sillä eri tavoin leikattujen ongelmat ovat

erilaisia. (Finnilco ry, Tukihenkilötoiminta.) Avanneleikatulla on usein mahdollisuus vertaistukihenkilön tapaamiseen jo sairaalassa ollessa tai kotiuttamisen jälkeen. Puhelin- ja sähköpostikontaktit ovat myös mahdollisia sopivan vertaistukihenkilön asuessa kauempana. Tukihenkilön saadakseen tulee kääntyä Finnilco ry:n puoleen. Avannehoitajat ovat myös tietoisia vertaistukimahdollisuuksista. (Finnilco ry, Tukihenkilötoiminta.) Finnilco järjestää myös nuorille avanneleikatuille toimintaa (Finnilco ry, Nuorisotoiminta).

Pirkanmaan syöpäyhdistys on kansanterveysjärjestö, joka tarjoaa syöpään sairastuneille ja heidän läheisilleen vertaistukitoimintaa (Pirkanmaan Syöpäyhdistys, Vertaistuki) sekä tukea kuntoutumiseen muun muassa henkilökohtaisen tuen ja erilaisten kurssien muodossa (Pirkanmaan Syöpäyhdistys, Tukea kuntoutumiseen). Pirkanmaan Syöpäyhdistys tekee niin tieteellisiä tutkimuksia kuin myös tukee tutkimuksia syövästä (Pirkanmaan Syöpäyhdistys, Yhdistys).

Crohn ja Colitis ry on toiminut yli 30 vuotta Suomessa ja sen tarkoituksena on tukea IBD:tä eli tulehduksellista suolistosairautta sairastavia henkilöitä sekä muita suolistosairautta sairastavia ja heidän läheisiään. Yhdistyksen toiminta koostuu edunvalvonnasta, vertaistuesta ja tiedon välittämisestä. (Crohn ja Colitis ry, Yhdistys.) Crohn ja Colitis ry tuottaa vertaistukea erilaisissa muodoissa. Heillä on koulutettuja vertaistukihenkilöitä, joihin voi tarvittaessa olla yhteydessä niin suolistosairautta sairastavat kuin heidän läheisetkin. Vertaistukea voi saada henkilökohtaisesti tapaamisissa ympäri Suomen, soittamalla tukihenkilölle, sähköpostin välityksellä, Facebook-ryhmissä sekä yhdistyksen omilla keskustelupalstoilla. (Crohn ja Colitis ry, Vertaistuki.)

Yhdistys järjestää myös tuettuja lomiam, jotka ovat rahoitettu Sosiaali- ja terveystieteiden kautta tulevilla varoilla. Lomat ovat tarkoitettu sairastaville ja heillä on mahdollisuus päästä tuetuille lomille joka toinen vuosi. Lomilla voi olla myös vertaistukiohjaaja, joka järjestää erilaisia ohjelmia ryhmille. (Crohn ja Colitis ry, Tuetut lomat.)

### **3.4 Potilasohjaus hoitotyössä**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kertoo, että potilaalla on oikeus saada tietoa omasta sairaudestaan ja hoidostaan, jolla tarkoitetaan myös potilaalle annettavaa ohjausta. Lain

mukaan potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (785/1992). Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja auttaa yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä erilaisissa elämäntilanteissa vahvistaen ja lisäten potilaiden voimavaroja, parantaen elämänlaatua, kunnioittaen ihmisarvoa, itsemääräänoikeutta, yksilöllisyyttä sekä potilaan arvoja ja vakaumusta. Auttaminen käsittää myös potilasohjauksen olennaisena osana. (Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 2014.) Hoitotyössä ohjaus on lähes päivittäin tapahtuvaa (Eloranta & Virkki 2011, 22).

Terveystieteiden kehityksessä eletään murrosvaihetta, jossa lääketiede kehittyy, mutta kulut kasvavat, jolloin monet asiat edellyttävät toiminnan tehostamista. Hoitoajat lyhenevät sekä avopalvelut lisääntyvät. Hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjauksen merkitys kasvaa. Potilasohjaus on keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä, ja sen kehittäminen on tärkeää potilasohjauksen tarpeen ja merkityksen lisääntyessä. (Lipponen 2014.)

Hoitohenkilökunnan tulee jatkuvasti ylläpitää ohjaustaitojaan sekä taata potilaalle riittävää ohjausta. Potilasohjaus on aina potilaan omista tarpeista lähtevää, jonka tavoitteena on tukea potilaan omaa aktiivisuutta ja osallistuvuutta hoitoonsa. (Kääriäinen 2007, Anderson & Funnel 2010, Höglund ym. 2010, Routasalo ym. 2010, Leino 2011, Mattila 2011, Lipponen 2014, 17–18 mukaan.) Potilasohjauksen tarkoitus on lisätä potilaan omaa tietoa ja ymmärrystä. Ohjauksella tuetaan potilaan omaa päätöksentekoa ja aloitteellisuutta sekä edistetään ja parannetaan potilaan elämänlaatua. (Kyngäs 2007, Andersson & Funnel 2010, Lipponen 2014, 17 mukaan.) Tavoitteena on myös lisätä potilaan voimavarain kasvua, jonka seurauksena potilaan oma motivaatio sekä elämänhallinnan tunne lisääntyvät ja vaikuttamisen mahdollisuus omaan hoitoonsa kasvaa (Kyngäs ym. 2007, Holmström & Röing 2010, Lipponen 2014, 17 mukaan).

### **3.4.1 Potilasohjauksen vaiheet ja muodot**

Potilasohjaus on määritelty tarkoittavan aktiivista, tavoitteellista ja vuorovaikutteista toimintaa potilaan ja hoitajan välillä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25 mukaan). Se on suunnitelmallinen prosessi, jonka vaiheisiin kuuluvat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, ohjauksen suunnitteleminen ja toteuttaminen sekä ohjauksen arvioiminen ja kirjaaminen.

Käytännön työssä nämä vaiheet menevät usein päällekkäin, eivätkä kulje kyseisessä järjestyksessä. (Eloranta & Virkki 2011, 25–27.) Ohjauksessa ohjaaja ja ohjattava ovat tasavertaisia vuorovaikuttajia, jotka yhdessä rakentavat ja auttavat tiedon ja taidon pohjalta ohjattavaa potilasta selviytymään omassa elämässään, omista lähtökohdistaan käsin. Ohjauksen tarkoituksena on motivoida ja sitouttaa ohjattava potilas omaan hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20.) Ohjauksen tarpeen määrittämisessä on tärkeää tietää, kuinka kauan potilas on sairauttaan sairastanut ja mitä hän aiheesta jo tietää (Eloranta & Virkki 2011, 26).

Ohjauksen kohteena voi olla yksilö, perhe tai ryhmä. Potilaat voivat olla eri-ikäisiä ja tarpeiltaan erilaisia, joka taas asettaa hoitajalle haasteita. Itsestään huolta pitävän ja motivoituneen potilaan ohjaus on helpompaa kuin ohjausta vastustavan. Potilaan taustojen tunteminen ohjauksen kannalta on tärkeää ohjauksen tavoitteiden asettamiseksi, mutta myös hoitajan tulee itse tunnistaa omat tunteensa ja tapansa ajatella sekä toimia. Näin päästään ohjauksessa lopputulokseen, jossa potilaan tilanne on selkiytynyt. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kyngäs ym. 2007 mukaan 25–28; Kyngäs ym. 2007, 25–28.)

Ihmisen tiedon vastaanottokyky on rajallista, ja siihen vaikuttavat potilaan aiempi tieto asiasta, aiemmat kokemukset sekä uskomukset ja asenteet (Eloranta & Virkki 2011, 22). Potilas voi olla vasta sairastunut, jolloin tiedon vastaanottokyky on rajallista (Eloranta & Virkki 2011, 26). Annettava ohjaus tulee ajoittaa oikein potilaan kannalta. Ohjausta kannattaa jaksottaa, sillä ihmiset reagoivat eri tavalla sairautensa eri vaiheissa. Reagointeja voivat olla lamaanuminen, hämmennys, keskittymiskyvyn puute ja torjuminen, kun toiset taas haluavat saada kaiken tiedon välittömästi. Ihmiset reagoivat yksilöllisesti, joten ohjauksen jaksottaminen luo uuden mahdollisuuden ohjaukselle ja mahdollistaa tiedon paremman vastaanottokyvyn. Tällöin potilas voi myös kysyä epäselväksi jääneitä asioita koko osastojakson ajan. Kysymysten herätessä hoitaja tietää, että tällöin on otollinen aika antaa ohjausta. Asian ollessa potilaalle uusi, asian sisäistäminen vie aikaa, jonka vuoksi jaksottamisesta ja toistoista on hyötyä. (Eloranta & Virkki 2011, 31–32.)

Fyysisiä ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä ovat ikä, sukupuoli, sairaus tai terveydentila. Psykkisiä ovat potilaan käsitys omasta terveydentilastaan, terveysuskomukset, kokemukset, odotukset ja potilaan oma motivaatio. Motivaatio vaikuttaa olennaisesti siihen, ottaako potilas ohjausta vastaan. Motivaatiota voidaan vahvistaa asettamalla realistisia,

potilaan sen hetkiseen tilanteeseen sopivia tavoitteita, jotka potilaan on mahdollista saavuttaa. Sosiaaliset taustatekijät koostuvat potilaan sosiaalisista, kulttuurillisista, uskonnollisista ja eettisistä osa-alueista. Potilasta tulee tarkastella osana hänen omaa sosiaalista ympäristöään ja maailmankuvaansa. Tarvittaessa perhe tai suku tulee ottaa ohjaukseen mukaan, sen ollessa potilaalle tai hänen tilanteelleen tärkeää. (Kyngäs ym. 2007, 29–36.)

Tiedon määrä ei ole ohjauksessa ratkaisevaa, vaan potilaan tulee myös ymmärtää hänelle annettu tieto ja osata hyödyntää sitä (Eloranta & Virkki 2011, 15). Annetun tiedon on oltava myös ajantasaista, luotettavaa sekä näyttöön perustuvaa sekä potilaalle tarpeellista. Näyttöön perustuva tieto tarkoittaa parasta ja ajantasaisinta tutkimus- ja kokemusperäistä tutkittua tietoa. Asiat tulee esittää potilaan ymmärtämällä tavalla ja välttää ammattisanastoa. (Eloranta & Virkki 2011, 22–23.) Hoitajan tulee olla vilpitön ja osoittaa kiinnostusta potilaaseen ja tämän asioihin (Kyngäs ym. 2007, 47–48).

Ohjaustilanne on myös oppimisen prosessi, jossa esimerkiksi potilaan sairastuttuaan tai vammauduttuaan tulee oppia uusia tietoja sekä taitoja. Tästä voi olla esimerkkinä avanneleikattu potilas, jonka tulee oppia elämään avanteen kanssa sekä hoitamaan itse avanettaan. (Eloranta & Virkki 2011, 28.) Ohjauksen lopussa tulee tehdä yhteenveto ja kerata tärkeät asiat potilaan kanssa, sillä ihminen unohtaa suurimman osan kerrotusta. Tärkeää on poimia oleelliset, potilaan kannalta tärkeät tiedot. (Kyngäs ym. 2007, 73–74.) Ohjauksen välillä ja lopussa asioiden ymmärtäminen on hyvä varmistaa potilaalta kysymyksien kautta sekä rajata tietoa keskeisiin ja olennaisiin asioihin (Eloranta & Virkki 2011, 22).

Ohjaus on usein suullisesti annettavaa, sillä vuorovaikutuksella on suuri rooli ohjaustilanteessa. Vuorovaikutteinen ohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa ohjauksen kulkuun. Hoitajan antama tuki on potilaalle tärkeää. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, sillä se on yksilöllistä ja potilaslähtöistä. Yksilöohjaus on tehokas menetelmä, mutta se vaatii hoitajalta enemmän aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ohjaukselle tulee yhteistyössä potilaan kanssa asettaa potilaasta lähtöisin olevat, saavutettavissa olevat konkreettiset tavoitteet. Tavoitteiden asettaminen on tärkeää, jotta voidaan arvioida hoidon onnistumista. Tavoitteet voivat olla objektiivisia ja mitattavissa olevia, potilaan kokemuksiin perustuvia tai esimerkiksi sosiaaliseen vuorovaikutukseen liitettyjä. Ajallisesti tavoitteet voidaan asettaa koskemaan tiettyä ajanjaksoa tai prosessia.

Tavoitteiden on tärkeä olla potilaalle henkilökohtaisia ja realistisia sillä näin tuetaan potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Kyngäs ym. 2007, 75–78.) Tavoitteen tulee olla potilaalle itselle merkityksellinen ja omaan elämäntilanteeseen soveltuva (Eloranta & Virkki 2011, 26).

Liian vaativat ja korkeat tavoitteet voivat aiheuttaa potilaalle psyykkisesti huonoa oloa. Välitavoitteen luominen toimii hyvänä motivaation lähteenä potilaalle, sillä pienenkin tavoitteen saavuttaminen tuo onnistumisen kokemuksen ja sitä kautta hyvää mielialaa ja motivaatiota jatkaa hoitoa. Tavoite kannattaa muotoilla potilaan omalle kielelle sopivaksi ja riittävän yksityiskohtaiseksi. Potilaalla tulee olla mahdollisuudet vaikuttaa tavoitteen saavuttamiseksi sekä potilaan tulee tietää käytännön tilanteissa, miten hänen tulee toimia. (Kyngäs ym. 2007, 75–78.) Tavoitteiden asettamisesta voidaan puhua myös orientoitumisvaiheena, jonka tarkoituksena on herättää potilaan vastuu omasta oppimisesta sekä kirkastaa potilaalle tavoite, johon pyritään. Orientoitumisvaiheessa etsitään myös keinot tavoitteen saavuttamiseksi. (Eloranta & Virkki 2011, 28.)

Ohjauksen suunnittelu perustuu yhteiseen käsitykseen ohjattavasta asiasta. Hoitajan on arvioitava ohjauksen sisällön ja ohjausmenetelmien valinnassa potilaan sen hetkinen vastaanottokyky, tunteet ja pelot, toiveet sekä ongelmat ja mahdolliset läheiset. Ohjausta toteutettaessa tulee arvioida myös ohjauksen oikea ajoitus ja ajallinen pituus yksilöllisesti. Ohjausta toteutettaessa hoitajan tulee muistaa, että vastuu ratkaisuista on potilaalla itsellään, hoitaja voi ainoastaan ohjata valintojen tekemisessä. Ohjaustilanteessa ohjaaja toimii terveydenhuollon asiantuntijana ja potilas oman elämänsä asiantuntijana. Ohjauksen sisäistämisen vaiheessa ohjaajan tehtävä on antaa potilaalle uutta tietoa vanhan tiedon pohjalta, luoda uutta mallia tai tarvittaessa muuttaa potilaan vanhoja malleja ja tietämystä tai täydentää sitä. Tärkeintä on, että potilas sisäistää ohjatut asiat. Ulkoistamisen vaiheessa opittua tietoa harjoitellaan ja sovelletaan potilaan omaan arkeen ja elämään sopivaksi. (Eloranta & Virkki 2011, 27–29.)

Ohjaus on prosessi, jota arvioidaan jatkuvasti sen eri vaiheissa. Ohjauksesta voidaan puhua onnistuneena, kun potilas on vastaanottanut ja ymmärtänyt saamansa tiedon sekä osaa soveltaa sitä omassa henkilökohtaisessa elämässään. Potilaan tulee myös itse arvioida ohjauksen onnistumista, jossa potilas pohtii opittuja asioita sekä onko hän saanut ne omaan elämäänsä soveltumaan. Uuden oppiminen on prosessi, ja tarvittaessa arviointivaiheessa voidaan toimintamallia muuttaa. (Eloranta & Virkki 2011, 27–29.) Ohjauksen vaiheet ja

sen eteneminen tulee lain (785/1992) mukaan kirjata potilasasiakirjoihin. Tämä edesauttaa hoidon sujuvaa jatkuvuutta. Potilaan oman kokemuksen kirjaaminen ohjauksesta on myös tärkeää. (Eloranta & Virkki 2011, 27.)

Kirjallista ohjausmateriaalia voidaan käyttää suullisen ohjauksen tukena. Sairaalassaoloaikojen lyhentyessä sekä potilasohjaukseen varatun ajan tiivistyessä kirjallisen materiaalin merkitys on yhä lisääntynyt. (Kygäs ym. 2007, 124–127.) Kirjallinen materiaali toimii hyvin ohjauksen, opetuksen tai neuvonnan rinnalla täydentävänä tietona, esimerkiksi leikkauksen jälkeen (Eloranta & Virkki 2011, 21). Kirjallinen materiaali voi olla esimerkiksi potilaalle annettava ohje tai opas ennakkoon annettuna tai potilaan kotiutuessa, jolloin potilas voi ohjeisiin palata tarvittaessa ja tarkastaa mieleen tulevia asioita materiaalista. Kirjallisen materiaalin tulee olla selkeää ja potilaan kielelle kirjoitettua sekä helposti ymmärrettävää. (Kygäs ym. 2007, 124–127.) Kirjallinen materiaali kannattaa antaa potilaalle mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitajaksoa, jotta potilas ehtii tutustumaan aiheeseen ja pohtimaan mahdollisia kysymyksiä (Eloranta & Virkki 2011, 32).

Laadukas, hyvin toteutettu ohjaus edistää potilaan terveyttä, hyvinvointia sekä toimintakykyä. Sillä parannetaan potilaan elämänlaatua ja hoitoon sitoutumista. Hyvällä ohjauksella vahvistetaan potilaan omaa päätöksentekokykyä liittyen hoitoonsa. Onnistuneella ohjauksella parannetaan potilaan mielikuvaa omasta selviytymisestään. (Kygäs ym. 2007, 145.) Ohjauksen avulla voidaan myös vähentää potilaan ahdistuksen ja pelon tunteita liittyen sairauteensa ja sen tuomaan muutokseen (Eloranta & Virkki 2011, 15). Ohjauksella on niin yksilö kuin kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia. Sen on todettu vähentäneen sairauden oireita, hoitokäyntejä ja sairauspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä. (Kygäs ym. 2007, 145.)

Aina ohjaus ei onnistu toivotulla tavalla, jolloin ohjauksen hyöty jää vähäiseksi. Syynä voi olla ohjauksen väärä ajankohta, ohjauksen pituus tai sen riittämättömyys, potilaan elämäntilanteen huomiotta jättäminen tai ohjauksen kaavamaisuus, jolloin ohjauksesta ei saada vastaavaa hyötyä. Kotiutumishetki ei välttämättä ole paras aika ohjaukselle, vaan ohjausta tulisi antaa koko hoitajakson ajan. Potilaat kokevat tärkeäksi, että hoitaja osaa kohdata potilaan kiireettömästi, ammattitaidolla sekä tietyllä herkkyydellä aistien potilaan yksilöllisen ohjaustarpeen. Epäonnistuneessa ohjauksessa usein vastavuoroisuus puuttuu, ja ohjaustilanne ei ole edennyt ohjattavan ehdoilla. Tällaisessa tilanteessa usein



ohjattava heittäytyy hoidettavaksi, joka saattaa hoitajan mielestä vaikuttaa jopa onnistuneelta tilanteelta, mutta tosiasiaa aito vastavuoroinen vuorovaikutus puuttuu. (Eloranta & Virkki 2011, 56.)

Ohjaustilanteeseen liittyy usein muutos, jolloin ihmisen luontainen suojautuminen puolustusmekanismien avulla kytkeytyy. Tämä voi ilmentyä asian kieltämisenä, jolloin ihminen torjuu asian omasta todellisuudestaan. Emotionaalisen tuen antaminen sekä myönteisten asioiden esille tuonti lisää ohjattavan voimavaroja. Potilaalle on tärkeää osoittaa, että hänet on hyväksytty sellaisena kuin on. (Eloranta & Virkki 2011, 56.) Sanallisen ja sanattoman viestinnän tukena toimii myös tunneviestintä, joka tarkoittaa potilaan tunnetilojen tunnistamista sekä niihin vastaamista, johon empatia eli kyky ymmärtää toista liittyy vahvasti. Aito kuuntelu on tärkeää. On eri asia kuulla asioita kuin aidosti sydämellä kuunnella. Kuuntelu vaatii täydellistä keskittymistä toiseen, jolloin myös ohjattava voi kokea tulleensa kuulluksi. Tällainen tilanne kuitenkin vaatii häiriötekijöiden poistamisen sekä esimerkiksi omien henkilökohtaisten asioiden unohtamisen hetkessä. (Eloranta & Virkki 2011, 69–70.)

### **3.4.2 Avannepotilaan ohjaus**

Maailmanlaajuisesti käytössä oleva, näyttöön perustuva ERAS-malli eli Enhanced recovery after surgery-malli (Burch 2013b, 214), Suomessa tutummin käytössä oleva Fast track-malli (Kivijärvi 2012, 1) on kehitetty tehostamaan etenkin suolistopotilaan kuntoutumista ja leikkauksesta toipumista. Mallissa potilas saapuu sairaalaan usein vasta leikkauksen aamuna ja kotiutuu tavallista nopeammin osastolta leikkauksen jälkeen. Mallissa korostuu moniammatillinen yhteistyö, jolloin ohjauksen merkitys kasvaa. Mallin on todettu toimivan hyvin, sillä potilaat ovat fyysisesti paremmassa kunnossa sekä leikkauksen jälkeiset infektiot ovat vähentyneet. (Burch 2013b, 214–220.)

ERAS-mallissa jokaisen hoitoketjuun osallistuvan panos on tärkeä (Burch 2013b, 214–220), joten oikeiden asioiden painottaminen ja tehokas ohjaaminen ovat olennainen osa avanne- ja suolistopotilaan ohjausta. Fast track potilaiden kohdalla preoperatiivinen toiminta eli ennen leikkausta tapahtuva toiminta, kuten säännöllinen liikunta sekä terveiden

elämäntapojen ylläpitäminen ovat tärkeitä leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen nopeuttamiseksi. Mallin mukaan mobilisointi eli liikkeelle lähteminen aloitetaan heti leikkauksen jälkeen. (Burch 2017, 162.)

Sini Eloranta, Mervi Vähätalo ja Kirsi Johansson kirjoittavat avannepotilaan voimavaraistamisesta Sairaanhoidaja -lehdessä (2008) julkaistussa artikkelissa. Artikkelissa käsitellään Turun yliopistollisen sairaalan kirurgian ja naistentautien klinikoilla kokeiluun otettua voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta, jonka tavoitteena oli systematisoida avanneleikattujen potilaiden ohjausta. Kehittämishankkeessa ohjauksen tukena käytettiin käsitekarttaa avanneleikatun potilaan ohjauksen sisältämistä asioista. Käsitekarttaan oli avattuna avanne ja sen hoitaminen, taloudelliset asiat, avanteen aiheuttamat kokemukset ja vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin sekä avannepotilaan oikeudet. (Eloranta, Vähätalo, & Johansson 2008, 34–36.) Avanneleikkauksen jälkeen potilas tarvitsee hoitohenkilökunnalta paljon tukea ja ohjausta sopeutuakseen uuteen tilanteeseen (Metcalf 1999, Eloranta, Vähätalo & Johansson 2008, 34 mukaan), sillä leikkaus aiheuttaa monia muutoksia potilaan elämään (Tiirinen 2006, Eloranta ym. 2008, 34 mukaan).

Voimavaraistavassa avannepotilaan ohjauksessa huomioidaan potilaan elämä kokonaisvaltaisesti huomioiden myös avanteen vaikutukset elämän eri osa-alueilla. Voimavaraistamisessa potilas on itse aktiivinen osallistuja. Hoitajan tehtävänä on välittää tietoa ja varmistaa, että potilas osaa soveltaa tietoa omaan elämäänsä. Potilaan kanssa keskustellaan avanteen vaikutuksista potilaan omaan elämään. (Vujnovich 2008, Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johansson 2009, 1 mukaan.) Tyypillisesti sairaanhoitaja tekee ohjaustilanteessa aloitteen (Kettunen 2001, Eloranta ym. 2008, 34 mukaan). Voimavaraistavan ohjauksen tavoitteena on, että potilaan kokema hallinnan tunne eli voimavaraistuminen lisääntyy ohjauksen myötä, jonka seurauksena potilas kokee kykenevänsä vaikuttamaan omaan elämäänsä ja hoitoonsa. Ohjaus ei tällöin perustu ainoastaan annettavaan fakta-tietoon. (Teasdale 1998, Eloranta ym. 2008, 34–35 mukaan.)

Ohjaustilanteessa on olennaista, että potilas tuo esille mitä hän jo tietää aiheesta sekä mitä asioita potilas pitää itselle tärkeänä avanneleikkaukseen ja avanteen hoitoon liittyen. Ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle varmuuden tunnetta elämään avanteen kanssa sekä tuoda apua epäselviin asioihin. Kehittämishankkeessa kehitettyä avannepotilaan ohjauksen sisältöä käytiin läpi potilaan yksilöllisen tarpeen ja tietämyksen mukaan. Hankkeessa käytetyn miellekartan käyttäminen auttaa potilasta sekä hoitajaa hahmottamaan

potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvät asiat kokonaisvaltaisesti. (Eloranta ym. 2008, 35–36.)

Ohjaustilanteessa luottamuksen ansaitseminen ja empatian osoittaminen non-verbaalisen viestinnän, kuten eleiden ja koskettamisen avulla ovat usein tehokkaita vuorovaikutusmenetelmiä verbaalisen eli sanallisen viestinnän rinnalla. Potilaat reagoivat hoitajan äänen sävyyn, kasvojen ilmeisiin ja kosketukseen. (Williams 2012, 93.) Hoitajan on tärkeä antaa potilaalle tukea heitä askarruttavissa asioissa koskien herkkiä aiheita, kuten seksuaalisuutta tai omaa vartalonkuvaansa (Williams 2012, 93), sillä potilaat eivät useinkaan uskalla kysyä apua seksuaalisuutta koskeviin ongelmiinsa, jolloin hoitaja ei ole näistä tietoinen (Dunn, Croft & Hackett 1998, Mercer, Fenton, Johnsson, Wellings, Macdowall, McManus, Nanchahal & Erens 2003, Moniz & Cruz 2005 & Persson, Gustavsson & Hellström 2005, Ayaz 2009, 75 mukaan).

Avanteen hyväksyminen osaksi itseä on tärkeää ja avanteen katsominen on ensimmäinen askel leikkauksen jälkeen. Potilasta on hyvä valmistella tähän etukäteen, sillä vatsa voi olla mustelmainen ja turvoksissa sekä leikkaushaava pelottava. Potilaalle on tärkeää tuoda ilmi, että nämä asiat paranevat ajan kanssa. Avanne voi potilaasta näyttää ja tuntua vastenmieliseltä sekä ulosteen haju voi olla epämiellyttävää ja aiheuttaa häpeän tunteita. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 91.) Potilaan ensireaktio avannetta katsoessaan voi olla torjuva sekä aiheuttaa voimakkaita ahdistuksen tunteita (Wade 1990, Taylor 2015, 9 mukaan). Avanne itsessään voi olla leikkauksen jälkeen turvonnut, mutta turvotus laskee noin 6-8 viikkoa leikkauksesta (Colonplast 2015, 6). Potilasta tulee rohkaista katsomaan avannettaan ja tarjota tähän tarvittaessa tukea. Potilaan läheinen voi potilaan niin halutessa olla myös tukena. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 91.)

Potilasta on hyvä muistuttaa siitä, miksi avanne on tehty. Avanne on usein parantava hoito, jonka tarkoitus on myös parantaa potilaan elämänlaatua (Burch 2013a, 55.) Ulosteen ja kaasujen kontrolloimattomuuden vuoksi avanne aiheuttaa ensireaktion jälkeenkin usein ahdistusta ja tyytymättömyyttä itseensä, vaikka avanne ei jatkuvasti olisikaan suoraan ihmisten nähtävillä (Taylor 2015, 9). Potilas voi alussa kieltäytyä katsomasta itseään tai välttää koskemasta avannealuetta. Potilas saattaa eristäytyä muista ihmisistä ja välttää toisten katsekontaktia. Hän voi osoittaa pelkoa avanteen hoitamista kohtaan eikä vaikuta sopeutuvan muutokseen. Potilaan itsetunto on usein myös laskenut muuttuneen kehonkuvan vuoksi. (Taylor 2015, 12.)

Avanteen hyväksyminen ja itsetunnon takaisin saaminen ovat tärkeitä tekijöitä toipumisessa (Taylor, Richardson & Cowley 2010, Taylor 2015, 12 mukaan). Potilaan kotiutuksessa osastolta varsinainen prosessi avanteen kanssa elämiseen käynnistyy (Burch 2011, 370). Potilas voi tarvittaessa ottaa myöhemmin yhteyttä sairaalansa avannehoitajaan. Muutaman viikon kuluttua leikkauksesta on usein automaattisesti avannehoitajan tapaa- minen (Burch 2017, 164).

### 3.5 Tarkistuslista

Eri lentoyhtiöissä on jo pitkään käytetty turvallisuuden varmistamiseksi tarkistuslistaa (Pesonen 2011, 18). On tutkittu, että lentoliikenteessä tapahtuvat virheet ovat olleet pikemminkin inhimillisiä virheitä kuin miehistön ammattitaitoon liittyviä teknisiä virheitä. Usein virheet ovat johtuneet kommunikoinnin puutteesta tai huonosta tiimityöstä. (Ikonen, T., Isojärvi, J., Lepojärvi, M., Malmivaara, A., Pauniahho, S., Peltomaa, K. & Saario, I. 2009.) Maailman terveysjärjestö WHO (2017) on yhteistyössä Harvard School of Public Healthin kanssa alun perin vuonna 2009 luonut leikkaussaleissa maailmanlaajuisesti käytössä olevan tarkistuslistan edistääkseen leikkauksen potilasturvallisuutta, tiimityötä sekä leikkaustiimin kommunikointia keskenään (WHO 2017).

Markku Salmenperä ja Markku Hynynen ovat pohtineet vuonna 2013 aikakausikirja *Duodecim*in pääkirjoituksessa tarkistuslistan käyttöönoton vaikutuksia leikkauskuolleisuu- teen. Kirjoituksessa he ovat pohtineet tarkistuslistan käyttöönottoa Suomessa ja todenneet sen olevan jokseenkin hidasta ja aiheuttaneen myös vastarintaa. Listan asioita on pidetty itsestäänselvyyksinä sekä normaaliin potilastyöhön kuuluvina. Heidän mukaansa tarkis- tuslista on interventiona edullinen, vähentää virheitä ja lisää potilasturvallisuutta. Leik- kaustoiminnan tarkistuslistoja he suosittelevat kehittämään paikallisesti, kysymällä tar- kistuslistan käyttäjiltä minkälainen tarkistuslista palvelisi parhaiten. Näin tarkistuslistan käyttöön on helpompi sitoutua. Myös tarkistuslistan alkuperäiset kehittäjät kannustavat vastaaviin muutoksiin. (Salmenperä & Hynynen 2013.)

Edellisen perusteella tarkistuslistaa voitaisiin hyödyntää ja soveltaa myös muualla hoito- työssä, sillä se ohjaa hoitajien toimintaa ja tällä tavoin edistää potilasturvallisuutta. Hyvä tarkistuslistojen käyttö vaatii myös hyvää perehdytystä. On tutkittu, että hoitohenkilökun- nan perehdytys tarkistuslistan käyttöön olisi vähentänyt potilaskuolleisuutta (Haynes,

Weiser, Berry ym. 2009, Metsävainio & Tamminen 2015, 338 mukaan). Tarkistuslista on hyvä myös ottaa kohdeosastolle pilottikäyttöön ja pyytää palautetta listasta pilotoinnin jälkeen. Näin listaa pystytään vielä muokkaamaan hoitajien työtä palvelevammaksi. Tarkistuslistan todettua hyväksi, on se vielä hyväksyttävä kohdeosaston johdolla. (Blomgren & Pauniahho 2014.)

Tarkistuslistan tavoitteena on toimia hoitohenkilökunnalle eräänlaisena muistilistana, jota hoitaja konkreettisesti seuraa kohta kohdalta hoitaessaan potilaita. Ohjaukseen tai hoitoon liittyviä asioita ei ole tarkoitus hoitaa oman muistin varassa, kaikille sattuu joskus virheitä. (Blomberg & Pauniahho 2014.) Terveysthuollon jatkuvan kehityksen myötä potilaiden sairaalassaoloajat lyhenevät sekä hoitoa tulee tehostaa. Näin ollen tarkistuslistan kaltainen muistilista potilasohjauksen tukena helpottaisi hoitajaa ohjaustilanteessa sekä siten lisäisi potilasturvallisuutta. Terveyst- ja hyvinvoinnin laitoksen THL mukaan (2017) potilasturvallisuudella pyritään minimoimaan potilaalle aiheutuvia haittoja ja keskittämään antamaan oikeanlaista hoitoa. Hoitotyössä tulee keskittyä suunnitelmallisuuteen ja toimia järjestelmällisesti, jotta potilasturvallisuus säilyy. (THL 2017.)

Hoitotyössä yksi tärkeimmistä asioista on hyvä tiedonkulku hoitohenkilökunnan välillä. Potilaiden hoitoon liittyvää tietoa välittyy hoitajien välillä aina osaston vaihtojen yhteydessä, mutta myös hoitajien vuoronvaihtojen yhteydessä. Mitä enemmän henkilökunta vaihtuu, sitä enemmän tiedonkulussa saattaa tapahtua virheitä. (Metsävainio & Tamminen 2015, 338.) Tarkistuslista toimii hyvänä tukena raportoidessa potilaasta seuraavalle hoitajalle tai osastolle. Tarkistuslistasta käy ilmi, mitä asioita potilaan kanssa on käyty läpi ja mitä asioita täytyisi vielä käydä.

Tarkistuslistan hyvänä ominaisuutena pidetään sen helppolukuisuutta. Asiat ovat selvitettyinä lyhyesti tuoden esille tärkeimmät kohdat, jotka saattavat unohtua potilasohjauksessa tai asiat, jotka ovat johtaneet hoitovirheisiin. Mikäli asiat ovat laajasti kirjoitettuna ja vaikeasti ymmärrettävissä, on vaarana tarkistuslistan käyttämättömyys. Tarkistuslistan ei myöskään tule olla pitkä, vaan se täytyy olla nopeasti luettu, jotta siihen ei kulu liikaa aikaa. (Blomberg & Pauniahho 2014.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä osiossa kuvataan opinnäytetyön prosessin kulkua sekä kerrotaan työssä käytetystä toiminnallisesta, tuotokseen tähtäävästä menetelmästä. Osiossa kuvataan myös työstä syntyneen tuotoksen tuottamisen vaiheet. Kerrotaan tuotoksen sisällöstä ja ulkomuodosta sekä käsitellään tuotoksen arviointia.

### 4.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi huhtikuussa 2017, kun aihe valikoitui esillä olevista valmiista aiheista. Työn aihe oli opinnäytetyöntekijöitä henkilökohtaisesti ja ammatillisesti kiinnostava, ajankohtainen sekä työelämälähtöinen. Toukokuun 2017 lopulla aiheen tiimoilta pidettiin työelämätahon edustajien sekä ohjaavan opettajan kanssa työelämäpalaveri, jossa käsiteltiin työelämätahon toiveita työstä sekä tuotoksesta. Aihetta rajattiin heidän tarkoituksensa mukaisesti.

Kesä-heinäkuu 2017 kului aiheeseen perehtyessä. Elokuussa 2017 pohdittiin työn toteutustapaa ja luotiin tarkoituksenmukaiset työelämää palvelevat keskeiset käsitteet. Ideaseminaarissa syyskuussa 2017 työn aihe, toteutustapa ja tavoitteet esiteltiin PowerPointesityksen tuella. Opponoijat antoivat positiivista palautetta.

Syys-lokakuussa 2017 pohdittiin opinnäytetyön tarkoitusta, tavoitteita ja teoreettista viitekehystä tarkemmin. Suunniteltiin toteutustapa, metodologiset lähtökohdat sekä etsittiin ajantasaisia ja luotettavia lähteitä. Pohdinnan aiheina olivat työn eettiset näkökulmat, tekijänoikeusasiat sekä budjetti, jotka määritettiin tutkimussuunnitelmaan. Työlle ja opinnäytetyöprosessille hahmottui myös aikataulu. Työnjakoa tehtiin opinnäytetyöntekijöiden välille. Ohjaavan opettajan luona käytiin ohjauskäynnillä ennen suunnitelmaseminaaria esittelemässä alustavaa tutkimussuunnitelmaa sekä pohdittuja käsitteitä. Ohjaava opettaja oli tyytyväinen käsitteisiin sekä suunnitelmaan, kuitenkin käsitteitä muokattiin vielä tarkoituksenmukaisemmiksi ja työtä ohjaaviksi.

Lokakuussa 2017 pidettiin suunnitelmaseminaari koululla, jossa esiteltiin työn tutkimussuunnitelma. Ohjaavalta opettajalta sekä opponoijilta tuli hyvää palautetta käsitteistä sekä

työn etenemisestä, mutta myös muutamia korjausehdotuksia, jotka huomioitiin tutkimussuunnitelmassa. Ohjaava opettaja allekirjoitti suunnitelmaseminaarissa tutkimuslupahakemuksen ja hyväksyi suunnitelman.

Työelämätahon edustajien kanssa käytiin tiivistä sähköpostikeskustelua syys-lokakuussa 2017 tutkimussuunnitelmasta, työstä ja sen aikataulusta sekä tulevasta tuotoksesta. Yhteistyössä käsitteitä muokattiin heille vielä tarkoituksenmukaisemmiksi. Työelämätahon edustajat kokivat työn käsitteiden olevan hyviä, ja toivoivat vielä painotusta työssä ohjauksellisiin asioihin sekä avannepotilaan ohjaukseen, eikä niinkään jaotteluun paksu- ja ohutsuoliavanteen välillä.

Suunnitelmaseminaarin jälkeen lokakuussa 2017 tutkimuslupahakemus ja tutkimussuunnitelma lähetettiin työelämätaholle, jonka jälkeen Pirkanmaan sairaanhoitopiiri myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan. Tällöin aloitettiin myös opinnäytetyön raportin ja teoriaosuuden sekä tuotoksen luominen, samalla aktiivisesti etsien tarkoituksenmukaisia ja työelämää palvelevia lähteitä sekä uusimpia tutkimuksia niin kotimaisista kuin ulkomaisista julkaisuista.

Tammikuun 2018 alussa pidettiin palaveri yhteistyötahon luona. Palaverissa tarkasteltiin koottua teoriaosuutta sekä tarkistuslistan luonnosta, jotka työelämätahon edustajien mukaan vaikuttivat hyviltä ja heitä palvevilta. Tarkistuslistan ulkomuotoa vielä tarkennettiin.

Tarkistuslistan luonnos lähetettiin yhteistyötaholle sähköisesti tammikuun 2018 lopulla, jonka liitteenä oli palautelomake tarkistuslistasta. Tarkistuslista esiteltiin helmikuussa 2018 yhteistyökumppanin luona osastotunnilla PowerPoint-esityksen tuella, joka jäi sovitusti osaston käyttöön perehdytysmateriaaliksi. Palautetta pyydettiin osastotunnin jälkeen palautelomakkeella sekä suullisesti. Helmikuussa 2018 koululla pidetyssä käsikirjoitusseminaarissa esiteltiin työn sen hetkinen vaihe sekä saadut tulokset. Positiivista palautetta saatiin prosessin kulusta sekä raportista niin ohjaavalta opettajalta kuin opponoilta. Muutamia saatuja korjausehdotuksia huomioitiin raportissa.

Maaliskuussa 2018 viimeisteltiin raporttia. Lopullinen versio tarkistuslistasta lähetettiin sähköisesti yhteistyötaholle huhtikuun 2018 alussa, johon oli huomioitu ja korjattu saatu-

jen palautteiden perusteella joitakin asioita. Opinnäytetyön raportti palautettiin arvioitavaksi ohjaavalle opettajalle, vertaisarvioijalle, opponijille sekä työelämätaholle suunnitellun aikataulun mukaisesti huhtikuussa 2018.

## 4.2 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tässä opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista menetelmää. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle työlle ja se tehdään usein parityönä työn laajuuden ja moninaisuuden vuoksi (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 55). Toiminnallisella menetelmällä tarkoitetaan tuotokseen tähtäävää tutkimusta (Salonen 2013, 5–6). Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä raportointi tutkimusviestinnällisiä keinoja käyttäen. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa, opastaa tai järjeistää käytännön toimintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Työn tuotoksena syntyy usein konkreettinen tuote, joka voi olla esimerkiksi esite tai opas, joka on aiempaa kehittyneempi tai kokonaan uusi (Salonen 2013, 19, 26). Tuotos voi olla myös esimerkiksi tapahtuman toteuttaminen (Vilka & Airaksinen 2003, 9).

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on työelämälähtöisyys ja suositeltavaa on olla työlle toimeksiantaja (Vilka & Airaksinen 2003, 10, 16). Toiminnallisen työn pohjalla on vahva tietoperusta sekä teoreettinen viitekehys (Vilka & Airaksinen 2003, 30). Opinnäytetyön tuotos suunnitellaan kohderyhmää palvelevaksi. Usein tuotoksen tuottamisen opiskelija maksaa itse, joten työn laajuus ja kustannukset tulee pohtia etukäteen. (Vilka & Airaksinen 2003, 51, 53.)

Toiminnallisen työn raporttiin selvitetään opinnäytetyön prosessi; mitä, miten ja miksi asioita on tehty. Tulokset sekä johtopäätökset kerrotaan. Toiminnallisen opinnäytetyön raportti muistuttaa tekstinä kertomusta, jossa juoni etenee työprosessin mukaisesti sekä selvittää mitä valintoja ja ratkaisuita on työn edetessä tehty. (Vilka & Airaksinen 2003, 65, 82.) Raportista selviää tuotoksen saavuttamiseen käytetyt keinot. Työssä ja tuotoksessa käytettyjen tietolähteiden luotettavuutta ja alkuperää tulee pohtia ja tarkastella kriittisesti. (Vilka & Airaksinen 2003, 51–53.) Toiminnallisessa työssä ei ole välttämätöntä analysoida kerättyä aineistoa yhtä tarkasti kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä (Vilka & Airaksinen 2003, 57).



Tässä työssä tuotettiin tutkimuksen pohjalta raportin lisäksi tuotos eli tässä tapauksessa tarkistuslista. Tarkistuslista on tilaustyö Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyö toteutettiin työelämätahon toiveiden ja tarpeen mukaisesti. Työelämätahon edustajien kanssa tehtiin tiivistä yhteistyötä koko opinnäytetyöprosessin ajan sekä ennen varsinaista tarkistuslistan julkaisemista tuotosta muokattiin yhteistyössä heidän kanssa.

### **4.3 Tuotoksen tuottaminen vaiheittain**

Työn käynnistyessä tarkistuslistaa hahmoteltiin keskeisten käsitteiden ja avannepotilaan elämänlaatua käsittelevien teemojen pohjalta. Tarkistuslista eli tuotos eli jatkuvasti työn edetessä mukana. Ensin tarkistuslistaan muotoiltiin otsikoita ja asiaan liittyviä aiheita ja sanoja, jonka jälkeen teoriatiedon ja tutkimusten pohjalta listaan kirjoitettiin aiheeseen liittyviä asioita sitä mukaa, kun uutta tietoa tuli ilmi. Tietoa muokattiin jatkuvasti työn edetessä uuden löydetyn tutkimustiedon pohjalta.

Tarkistuslistan ulkomuodon muokkaus aloitettiin alussa heti listaa luodessa. Työelämäpalaverissa tammikuussa 2018 tarkistuslistan muotoa tarkasteltiin yhteistyössä työelämätahon edustajien kanssa ja muokattiin keskustelun pohjalta tarkoituksenmukaiseksi ja heitä parhaiten palvelevaksi. Työelämätahon toiveesta tarkistuslistan tietopaketti pidettiin lyhyenä ja ytimekkäänä sekä helppolukuisena.

Tarkistuslistan asiat avattiin tarkemmin PowerPoint-esitykseen, joka esiteltiin yhteistyökumppanin luona osastotunnilla. Esitys jäi sovitusti työelämätahon käyttöön perehdytysmateriaaliksi. Tarkistuslistan haasteena oli pitää lista ja sen asiat lyhyinä ja ytimekkäinä, mutta kuitenkin ymmärrettävinä ja selkeinä. Tarkistuslistan muoto muokkaantui vielä ennen luovutusta selkeämmäksi ja esteettisemmäksi. Tarkistuslista lähetettiin työelämätaholle sähköisesti tammikuun 2018 lopulla arvioitavaksi. Lopullinen versio korjauksineen lähetettiin sähköisesti työelämätaholle huhtikuun alussa 2018.

#### 4.4 Tuotoksen kuvaus

Työelämätahon toiveesta tuotoksena syntyi tarkistuslista, jossa painotettiin avanteen kanssa elämiseen liittyviä elämänlaadullisia asioita. Aihe oli selkeästi määritelty työelämätahon tarpeiden mukaan ja jokaiselle aiheen osa-alueelle oli oma tietopakettinsa tarkistuslistan sisällä.

Tarkistuslistaan on nostettu esille avannepotilaan jokaiseen elämänalueeseen vaikuttavista asioista tärkeimmät tekijät. Listassa ohjataan ottamaan aiheet puheeksi, haastattelemaan ja antamaan tietoa eri aihealueista potilaalle. Aiheita tarkistuslistassa ovat liikunta ja harrastukset, arki-, perhe- ja työelämä, seksuaalisuus, matkustaminen, vertaistukitoiminta ja muut huomioitavat asiat.

Tuotos eli tässä työssä tarkistuslista on työelämätahon toiveesta rajattu A4-kokoiseksi. Työelämätahon tarkoituksena on laittaa tarkistuslista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisäisille sivuille sekä lisäksi mahdollisesti fläppitauluun, jossa on muutakin aiheeseen liittyvää ohjausmateriaalia. Tämä rajoitti pitämään tarkistuslistan pystymuotoisena. Alussa tarkistuslistaa muotoiltiin tekstimuodossa, mutta myöhemmin tarkistuslista muokkautui jokaisen aiheen ympärille erillisiksi laatikoiksi, jotka sisälsivät tiiviin tietopaketin ohjauksessa huomioitavista asioista. Laatikoiden sisällä on myös rasti-ruutuun merkki, jonka hoitaja voi ohjauksen päätyttyä merkitä käydyksi läpi. Tämä auttaa myös silloin, mikäli ohjaus jää kesken tai sitä annetaan osissa.

Potilaan nimilaatikkaa myös harkittiin laitettavan, jolloin ohjauksen jäädessä kesken ohjauslomake löytyy esimerkiksi potilaan omasta kansioista, jolloin ohjausta voi jatkaa myöhemmin. Tietosuojaan vaarantumisen vuoksi päädyttiin kuitenkin jättämään nimikenttä pois. Tarkistuslista on työssä liitteenä 2.

#### 4.5 Tuotoksen arviointi

Tarkistuslistan mukana työelämätaholle lähetettiin palautelomake tarkistuslistan arvioimista varten. Arviointilomakkeessa kartoitettiin tarkistuslistan selkeyttä, ymmärrettävyyttä ja tietosisältöä. Täytetyt palautelomakkeet kerättiin osastotunnilla pois ja tarkistuslistaan tehtiin korjauksia palautteiden perusteella.

Tuotoksesta saatu palaute työelämätaholta oli hyvää. Kirjallisen palautteen antajia oli neljä. Tuotoksen esittelytilaisuudessa kuuntelijoita oli 12 henkilöä. Kirjallisen palautteen perusteella hoitajat kokivat tarkistuslistan sisällöltään selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Tarkistuslistasta löytyi heidän työtä palvelevia oleellisia tietoja. Suullisen palautteen ja esittelytilaisuudessa käydyn keskustelun perusteella hoitajat kokivat, että osa tarkistuslistan sisällöstä oli ennestään tuttua tietoa, mutta sisälsi myös uutta tietoa sekä vanhan tiedon kertausta koottuna yhteen.

Hoitajat kokivat tarkistuslistan hyödylliseksi, sillä se toimii hyvänä muistutuksena potilasohjauksessa, joka tällä hetkellä jää avannepotilaan elämänlaadullisten asioiden osalta usein vaillinaiseksi ohjauksen keskittyessä itse avanteen hoitoon. Suurin osa suullisen sekä kirjallisen palautteen antajista koki, että tarkistuslistassa oli tarvittava määrä tietoa avannepotilaan ohjaukseen.

Palautteessa kartoitettiin tarkistuslistan käytön hyödyntä käytännön työssä. Kirjallisen palautteen antajista yksi oli sitä mieltä, että tarkistuslista olisi hyödyllinen työssä, muut kolme jättivät vastaamatta kysymykseen. Tämä voi johtua siitä, ettei lista ole vielä ollut oikeassa käytössä tai sen hyödyllisyyttä ole kokeiltu. Tilaisuudessa keskustelun perusteella hoitohenkilökunta myös koki ohjausajan olevan usein rajallinen.

Osastotunnilla keskusteltiin suullisesti listan käyttökelpoisuudesta työssä ja hoitajat pitivät sitä hyödyllisenä, mutta pohtivat riittääkö aika käymään kaikkia listan asioita lyhyessä ajassa potilaan kanssa läpi. Työyhteisössä he jäivät pohtimaan, miten ohjaus olisi tulevaisuudessa hyvä järjestää. Tulisiko sille varata oma aikansa, vai tapahtuuko se arjen työn lomassa. Lisäysehdotuksena tarkistuslistaan toivottiin tietoa turvallisesta ajankohdasta tulla raskaaksi sekä mistä potilas voisi kotiuduttuaan hakea apua ongelmatilanteisiin.

Saatujen palautteiden perusteella tehtiin korjauksia lopulliseen tarkistuslistaan. Raskaaksi tulemisen turvallisesta ajankohdasta avanteen kanssa etsittiin monipuolisesti tietoa eri tiedonhaku kanavista, kohdennettua tietoa kuitenkin löytämättä. Finnilco ry:n avanneoppaasta (2017) kuitenkin selvisi, ettei avanne ole este raskaaksi tulemiselle. Tästä lisättiin raporttiin sekä tarkistuslistaan tieto. Palaute tuotoksesta on kuvattu liitteessä 3.

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa käsitellään tutkimuksen eettisyyttä. Mitä eettisyys tarkoittaa tutkimuksessa ja kuinka se näkyy tässä opinnäytetyössä. Pohditaan myös tämän työn mahdollisia jatko-tutkimuksia sekä kuinka tutkimusprosessista syntynyt tuotos hyödyntää hoitohenkilökuntaa heidän työssään.

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan sääntöjä, joiden mukaisesti tutkimusta kirjoitetaan (Hallamaa ym. 2006, Eriksson ym. 2008, Kuula 2006, 2008, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 211 mukaan). Tutkimustieteellinen neuvottelukunta (TENK) listaa yhdeksän kriteeriä, joiden mukaan tieteellinen tutkimus olisi suoritettava; ”Hyvä tieteellinen käytäntö” (TENK 2012, 6–7). Tässä osiossa käydään tarkemmin läpi muutamaa tärkeää kriteeriä.

Tutkimusprosessiin kuuluu hyvän tutkimusetiikan tuntemus tutkijoilta. Etiikan täytyy sisältyä tutkimukseen koko tutkimusprosessin ajan, ideointivaiheesta tutkimuksen esittelyyn saakka. Yleisiin sääntöihin kuuluu tutkimuksen luotettavuus. Luotettavuus tulee näkyä siten, että tutkimusprosessin aikana ei ole käytetty toisen tutkijan aineistoa ilman oikean mukaisia lähdeviittauksia tekstissä. (Vilka 2015, 41–42.) Lähdeviittaukset ja suorat lainaukset ovat tässä työssä asianmukaisesti merkitty. Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan mukaan epärehellisyys tutkimustulosten julkistamisessa katsotaan vilpiksi. TENK:n (2017) mukaan vilppiä on asioiden sepittäminen, jolloin tulokset eivät ole aitoja. Myös tulosten vääristely sekä toisen tutkijan tekstin kertominen omana tekstinä on vilppiä (TENK 2012, 8–9.)

Tässä opinnäytetyössä esitettyjen taulukoiden, kuvioiden ja kuvien lähdemerkinnät ovat asianmukaisesti tehty. Kuvio 1, kuvio 2 ja kuva 1, ovat opinnäytetyöntekijöiden itse suunnittelema ja tekemiä. Taulukko 1 ja taulukko 2, ovat opinnäytetyöntekijöiden itse muokkaamia, kaavioiden yhteydessä ovat lähdemerkinnät näkyvillä selkeästi. Osastotunnilla saadut kirjalliset palautteet tarkistuslistasta tullaan säilyttämään opinnäytetyöntekijöillä, mikäli palautteisiin on tarvetta palata myöhemmin.

Luotettavuus näkyy tässä työssä siten, että tuotos sekä raportti, syntyivät tarkkaan valittujen tieteellisten tutkimusten perusteella. Lähdeviittaukset on huomioitu tekstissä Tampereen ammattikorkeakoulussa käytössä olevien ohjeiden mukaisesti (Tampereen ammattikorkeakoulu 2017). Työssä on käytetty myös kansainvälisiä tietolähteitä, mikä oli työelämäedustajien yhtenä toiveena. Työssä käytetyt tutkimukset ovat kaikki vertaisarvioituja, jotka lisäävät työn luotettavuutta. Lisäksi lähteenä on käytetty potilasyhdistyksiä tuomaan vertaistuellista näkökulmaa, sillä työn aiheessa korostuu kokemuksellisuus. Työssä on käytetty myös lähteenä ammattikirjallisuutta. Tällä hetkellä työn yhteistyökumppani osasto perustaa tämän hetkisen potilasojauksensa avaneyhdistysten potilasohjeisiin, joten potilasyhdistysten käyttäminen yhtenä tietolähteenä on perusteltua.

Tiedonhankinta tieteellisessä tutkimuksessa tehdään käyttäen oman alan tietolähteitä (Vilka 2015, 41–42). Tietolähteiden valinnassa on tarkasteltava, vastaako lähde tutkimuskysymyksiin ja onko tietolähde luotettava. Luotettavuus lisää tutkimuksen eettisyyttä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 366.) Opinnäytetyössä käytettiin tunnettuja tiedonhaun välineitä. Hakua rajattiin viimeiseen kymmeneen vuoteen (2007-2017) ja kaikki tieteelliset tutkimukset olivat vertaisarvioituja. Asiasisältö työhön kerättiin käyttäen teoreettista, jo olemassa olevaa teoretietoa.

Suurimmaksi osaksi työssä käytettiin kansainvälisiä lähteitä. Parhaiten tuloksia saatiin käyttämällä Cinahl, Google Scholar ja Academic search premier –tiedonhakuvälineitä. Medic oli yksi kotimaisista hakukanavista. Lisäksi työhön etsittiin Tampereen korkeakoulun kirjaston omasta tietokannasta (TAMK Finna) tieteellisiä artikkeleita sekä ammattikirjallisuutta. Ammattikirjallisuudesta löytyi uudempien teoksien lisäksi myös muutama yli kymmenen vuotta vanha teos. Vanhempien teoksien mukaanotto työhön perusteltiin tutkimustiedon vanhentumattomuuden vuoksi, sekä sillä ettei uudempaa tietoa ollut saatavilla. Vanhemmalla tiedolla ei ollut merkitystä tutkimuksen tuloksiin. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjeistus oli yksi vanhemmista lähteistä, joita tässä työssä on käytetty, ohjeistukset eivät olleet muuttuneet näinä vuosina. Vanhimpana lähteenä tässä työssä on käytetty vuonna 2000 julkaistua avanteen hoidosta kertovaa teosta. Teoksessa kerrottiin avanteen vaikutuksista potilaan elämän laatuun, joten työssä päädyttiin luottamaan tiedon vanhentumattomuuteen. Tiedonhaun prosessia on kuvattu liitteessä 4.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) listaa yhtenä kriteerinä hyvälle tutkimukselle sen, että tutkijat kunnioittavat avoimuutta (TENK 2012, 6). Avoimuutta ja rehellisyyttä

on tässä tutkimuksessa huomioitu vääristelemättä totuutta. Opinnäytetyölle haettiin asiaan kuuluvalla tavalla tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Luvan myöntämisen ehtona oli, että työssä ei saa käyttää tutkimuksen tilaavan osaston nimeä. Tutkimuksen tilaajan anonymiteetistä pidettiin huolta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Toiminta koko opinnäytetyöprosessin aikana oli eettisyyttä kunnioittavaa. Tutkimus julkistetaan sähköisesti Theseukseen kaikkien saataville myöhemmin keväällä.

Tutkimuksessa on käytetty selkeää kirjoitustyyliä sekä tekstin lisäksi on käytetty erilaisia taulukoita ja kuvioita havainnollistamaan asioita. Ammattisanoja on avattu tekstissä asian yhteydessä ensimmäisen kerran mainittaessa. Lukijan on helppo ymmärtää opinnäytetyön tutkimustuloksia ja saada selkeä kuva tuotoksesta.

## 5.2 Pohdinta

Työn aihe oli alusta lähtien mielenkiintoinen. Aihealue oli molemmille opinnäytetyöntekijöille vieras, joten oppimisprosessi työn edetessä oli molemmille antoisa. Aihe oli ajan-kohtainen, sillä avannepotilaita tulee vastaan monella eri terveydenhuollon osa-alueella sekä avannepotilaiden elämänlaatuun voi panostaa tulevana sairaanhoitajana missä tahansa työskennellessä.

Tarkistuslista käsitteenä oli opinnäytetyöntekijöille jonkun verran tuttu, mutta haastavaa oli tuottaa toimiva lista oikeaan käyttöön työelämään. Tarkoituksena oli saada tuotoksesta hyötyä yhteistyökumppanille ja tuottaa avannepotilaan ohjaukseen uusi työväline hoitohenkilökunnalle käytettäväksi, jossa saatujen palautteiden perusteella onnistuttiin. Tarkistuslistan esteettisyys sekä asioiden tiivistäminen lyhyeen ja ytimekkääseen muotoon oli haastavaa, mutta tässä opinnäytetyön tekijöiden mielestä sekä palautteiden perusteella onnistuttiin hyvin.

Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymyksiin siitä, miten avanne vaikuttaa potilaan elämään, minkälaista on laadukas avannepotilaan ohjaus sekä minkälaisia elämänlaadullisia asioita ohjauksessa tulee huomioida. Työssä onnistuttiin vastaamaan kysymyksiin hyvin. Työn tarkoitus ja tavoitteet pidettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan mielessä. Aihe oli laaja ja ajoittain oli haastavaa pysyttäytyä teoreettisessa viitekehyksessä ja asetetuissa tutkimuskysymyksissä, jotta työstä ei tulisi liian laaja.

Tiedonhakuja tehdessä nopeasti havaittiin, ettei kotimaisia tutkimuksia aiheesta juurikaan ole, joten suurin osa käytetyistä tutkimuksista ovat ulkomaisia julkaisuja. Ulkomailla aihetta on tutkittu huomattavasti enemmän, joten lähdemateriaalia oli todella paljon. Suurin osa tutkimuksista on lähtöisin Iso-Britanniasta. Samankaltaista tietoa havaittiin monessa eri lähteessä, joten tietoja vertailtiin myös keskenään. Ulkomaisissa julkaisuissa havaitsimme olevan myös samoja kirjoittajia, joten työssä pyrittiin etsimään myös eri kirjoittajia, tiedon varmistamiseksi.

Tietoa löytyi paljon etenkin avanteen vaikutuksista kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen, jonka vuoksi seksuaalisuus osuus on työssä toisia suurempi osa-alue. Työelämän kanssa keskusteltaessa hekin kokivat seksuaalisuuden tärkeäksi ja suureksi osa-alueeksi avannepotilaan elämässä, josta tulee liian vähän potilaan kanssa keskusteltua. Aihetta on myös vaikea ottaa puheeksi. Tämän vuoksi päädyttiin pitämään seksuaalisuus osuus toisia suurempana. Tämän ei kuitenkaan ole tarkoitus väheksyä muita osa-alueita. Työelämätahon toiveesta myös avannepotilaan ohjauksellisia asioita on käsitelty tarkemmin.

Aihetta on ulkomaisissa julkaisuissa tutkittu paljon. Nopeasti havaittiin, että lähteissä olevat tiedot alkoivat toistaa itseään, joten jossain kohtaa oli päätettävä lopettaa uuden tiedon haku. Kaikkia aiheeseen liittyviä lähteitä ei käyty tämän vuoksi läpi, sillä koettiin, että tietoa on jo tarpeeksi aiheen laajuuteen nähden.

Yhteistyö oli koko opinnäytetyöprosessin ajan sujuvaa opinnäytetyöntekijöiden välillä. Molemmilla oli hyvin erilaiset elämäntilanteet, joten useinkaan ei yhdessä päässyt työtä valitettavasti kirjoittamaan, mikä toi haastetta tekstin yhteneväisyydelle. Molemmat kuitenkin tutustuivat toisen aihealueisiin ja tekstiä muokattiin yhdessä. Tarkistuslista koottiin yhdessä. Kommunikointi ja suunnittelu keskenään sujuivat erinomaisesti sekä molemmat olivat samaa mieltä ja samalla linjalla asioista. Molempien vahvuuksia hyödynnettiin ja otettiin huomioon työtä tehdessä. Yhteistyö oli sujuvaa myös ohjaavan opettajan sekä työelämän yhteistyökumppanin kanssa koko opinnäytetyöprosessin ajan.

### **5.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Avannepotilaan hoito ja ohjaus ovat kokonaisvaltaista hoitotyötä, sillä avanne vaikuttaa vahvasti potilaan fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen elämänlaatuun (Nascimento,

Dantas de Oliveira, dos Santos, Maurício, Cabral Pereira da Costa & Silva de Andrade 2016, 69). Avannepotilaan elämänlaatua on Suomessa tutkittu kovin vähän, eikä kotimaisia lähteitä juuri löytynyt. Tästä työstä ja tuotoksesta koettiin työelämätahon suullisen ja kirjallisen palautteen perusteella olevan hyötyä heille jatkossa.

Tarkistuslistan esittelytilaisuudessa käydyn keskustelun perusteella ilmeni, että yhteistyötaholla tulevaisuudessa käyttöön tulevan Fast Track –mallin myötä potilasohjauksen merkitys kasvaa. Tarkistuslistan kaltainen potilasohjauksen tukena toimiva materiaali auttaa mahdollisesti myös siinä prosessissa. Fast Track –mallia on sivuttu tässä työssä avannepotilaan ohjaus osiossa.

Avanteen ollessa kovin henkilökohtainen asia, ohjaus ja asioiden puheeksi ottaminen voivat olla haastavia. Jatkotutkimusehdotuksena tätä helpottamaan puheeksi ottamisen tueksi kehitettävä miellekartta avanteen kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta eri elämän osa-alueisiin potilaan ja hoitajan yhteiseksi työkaluksi voisi toimia. Osa ohjattavista asioista voivat olla potilaalle ennestään tuttuja, kun taas toiset asiat täysin uusia, joten yksilöllinen ohjaaminen korostuisivat miellekartan avulla.

Olennaista on tunnistaa, mihin potilas tarvitsee ohjausta. Miellekartan tyyppistä käsitekarttaa on kokeiltu aiemmin Turun yliopistollisessa sairaalassa. Jatkossa voisi myös tarkistuslistan ja tehdyn perehdytysmateriaalin pohjalta kehittää potilaalle itselle annettava ohjausmateriaali, joka tukisi ohjaustilannetta ja helpottaisi tarkistuslistan läpi käymistä.



## LÄHTEET

Aho, T., Kotiranta-Ainamo, A., Pelander, A., Rinkinen, T. 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.

Ayaz, S. 2009. Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: an alternative. *Sexuality & Disability* 27 (2), 71–81. Luettu 24.10.2017.

Black, P. 2010. Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal Of Healthcare Assistants* 4 (3), 132–135. Luettu 15. 10.2017.

Blomgren, K. & Pauniaho, S-L. 2014. Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, M-L. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Burch, J. 2011. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal Of Community Nursing* 16 (8), 366–376. Luettu 18.1.2018

Burch, J. 2013a. Care of patients with a stoma. *Nursing Standard* 27 (32), 49–56. Luettu 18.1.2018

Burch, J. 2013b. Enhanced recovery, stomas and the community nurse. *British Journal Of Community Nursing* 18 (5), 214–220. Luettu 9.1.2018

Burch, J. 2016a. Exploring quality of life for stoma patients living in the community. *British Journal Of Community Nursing* 21(8), 378–382. Luettu 18.1.2018

Burch, J. 2016b. Intimacy for patients with a stoma. *British Journal Of Nursing* 25 (17), 26. Luettu 9.1.2018.

Burch, J. 2017. Stoma care: an update on current guidelines for community nurses. *British Journal Of Community Nursing* 22 (4), 162–166. Luettu 17.1.2018.

Claessens, I., Probert, R., Tielemans, C., Steen, A., Nilsson, C., Dissing Andersen, B., & Størling, Z. 2015. The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointestinal Nursing*, 13 (5), 18–25. Luettu 15.10.2017.

Coloplast. 2016. Avannetyypit. Luettu 25.1.2018.  
<http://avanne.fi/avannetyypit/>

Coloplast. 2015. Paksusuoliavanneopas. Luettu 9.1.2018.  
[https://www.coloplast.fi/Documents/Finland/Paksusuoliavanneopas\\_2015.pdf](https://www.coloplast.fi/Documents/Finland/Paksusuoliavanneopas_2015.pdf)

Coloplast. 2016. Arkea avanteen kanssa. Luettu 07.11.2017.  
<http://avanne.fi/arjen-vinkit/>

Coloplast 2016. Miltä avanne näyttää. Luettu 11.2.2018.  
<http://avanne.fi/tietoa-avanteesta/>

- Coloplast. 2016. Ohutsuoliavanne. Luettu 5.2.2018  
<http://avanne.fi/tietoa-avanteesta/ohutsuoliavanne/>
- Coloplast. 2016. Paksusuoliavanne. Luettu 25.1.2018.  
<http://avanne.fi/tietoa-avanteesta/paksusuoliavanne/>
- Coloplast. 2017. Avannetuoteopas. Luettu 8.1.2017.  
[https://www.coloplast.fi/Documents/Finland/Avannetuoteopas\\_08\\_2017.pdf](https://www.coloplast.fi/Documents/Finland/Avannetuoteopas_08_2017.pdf)
- Crohn ja Colitis ry. 2017. Vessapassi. Päivitetty 26.07.2017. Luettu 11.01.2018.  
<https://crohnjacolitis.fi/vaikuttaminen/vessapassi/>
- Crohn ja Colitis ry. Rahoitus. Päivitetty 13.4.2017. Luettu 26.3.2018.  
<https://crohnjacolitis.fi/toiminta/rahoitus-ja-toiminta/>
- Crohn ja Colitis ry. Tuetut lomat. Päivitetty 11.12.2017. Luettu 26.3.2018.  
<https://crohnjacolitis.fi/vertaistuki/tuetut-lomat/>
- Crohn ja Colitis ry. Vertaistuki. Päivitetty 14.2.2018. Luettu 26.3.2018.  
<https://crohnjacolitis.fi/vertaistuki/>
- Crohn ja Colitis ry. Yhdistys. Päivitetty 29.12.2017. Luettu 26.3.2018.  
<https://crohnjacolitis.fi/toiminta/>
- Eloranta S., Johansson K., Vähätalo, M. 2009. Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus. Sairaanhoitaja 82 (8), 24–26.
- Elonranta, S., Vähätalo, M. & Johansson, K. 2008. Avannepotilaan ohjauksessa korostuu voimavaraistuminen. Sairaanhoitaja 81 (3), 34–36.
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa L. & Johansson K. 2010. Avannepotilaan voimavarastumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva hoitotyö 8 (1), 4–11.
- Elonranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tekijät ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Finnilco ry. 2017. Avanneopas. Tietoa avanteesta, J-pussista ja anaali-inkontinenssista. Helsinki: Finnilco ry. Luettu 9.10.2017.  
<http://finnilco.fi/wp-content/uploads/2017/06/Avanneopas-nettiversio.pdf>
- Finnilco ry. Finnilco. Luettu 30.1.2018.  
<http://finnilco.fi/>
- Finnilco ry. Mikä on avanne. Luettu 9.10.2017.  
<http://finnilco.fi/tietoa/mika-on-avanne/>
- Finnilco ry. Milloin avanne. Luettu 9.10.2017.  
<http://finnilco.fi/tietoa/mika-on-avanne/>
- Finnilco ry. Nuorisotoiminta. Luettu 30.1.2018  
<http://finnilco.fi/toiminta/nuorisotoiminta/>

Finnilco ry. Organisaatio. Luettu 16.3.2018.

<http://finnilco.fi/finnilco/organisaatio/>

Finnilco ry. Paksusuoliavanne. Luettu 25.3.2018

<http://finnilco.fi/tietoa/paksusuoliavanne/>

Finnilco ry. Sopeutumisvalmennus. Luettu 30.1.2018

<http://finnilco.fi/toiminta/sopeutumisvalmennus/>

Finnilco ry. Tukihenkilötoiminta. Luettu 30.1.2018

<http://finnilco.fi/toiminta/tukihenkilotoiminta/>

Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 22 (4), 282–290.

Hulten, L., Palselius, I. & Berndtsson, I. 2000. Avanteenhoito. *Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Göteborg*, 85–86.

Huuskonen, P. 2010. Vertaistuki. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 29.01.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki>

Johnson, D., Readding, L. & Ryan, C. 2015. Analysing the role of support wear, clothing and accessories in maintaining ostomates; quality of life. *Gastrointestinal Nursing* 13 (7), 23–35. Luettu 8.1.2018.

Jouhki, M., Sinisaari-Eskelinen, M., Tervo, P. & Väisälä, L. 2016. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksiottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* (53) 4, 286–293.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 211–217.

Kivijärvi, K. 2012. Fast-Track – Avannepotilaan hoito vuodeosastolla. Teoksessa Mäkeläinen, P. (toim.) Avanneleikatun hoito ja ohjaus. Konkretiaa ammattilaisille. Mikkelin: Tekijät ja Mikkelin ammattikorkeakoulu, 1–7.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785

Lapin sairaanhoito piiri. 2014. Ohutsuoliavanne, kotihoito-ohje. Päivitetty 25.07.2014. Luettu 09.01.2018.

[http://213.214.143.142/fi-FI/Potilaille\\_ja\\_laheisille/Potilasohjeita\\_Ohjeita/Ohutsuoliavanne\\_kotihoitoohje\(8746\)](http://213.214.143.142/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita_Ohjeita/Ohutsuoliavanne_kotihoitoohje(8746))

Lehtonen, K., Kääriäinen, M. & Elo, S. 2017. Suolistosyöpäpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisten näkökulma. *Hoitotiede*. 29 (4), 302–313.

- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 361–366.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulu: Acta Universitatis Ouluensis D Medica: 1236.
- Liukkonen, K. & Hokkanen, U. 2003. Avanne. Mikkeli: Elinkeinoyhtymä Ulla Hokkanen ja Kirsi Liukkonen.
- Mick, J., Hughes, M. & Cohen, M. 2004. Test your knowledge. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 8 (1), 84–86. Luettu 24.10.2017.
- Modolo Martins, L., Megumi Sonobe, H., De Siqueira Vieira, F., Silva De Oliveira, M., De Felício Bortucan Lenza, N. & Aparecido Da Silva Teles, A. 2015. Rehabilitation of individuals with intestinal ostomy. *British Journal Of Nursing* 24 (22), 4–11. Luettu 18.1.2018.
- Mäkeläinen, P. (toim.) 2012. Avanneleikatun hoito ja ohjaus. Mikkeli: Tekijät ja Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Nascimento Teixeira, F., Dantas de Oliveira Souza, N., dos Santos Silva, P., Maurício, V., Cabral Pereira da Costa, C. & Silva de Andrade, K. 2016. Working life and stomized people: perceptions and feelings. *Ciencia, Cuidado E Saude* 15 (1), 69–76. Luettu 2.1.2018
- North, J. 2014. Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal Of Nursing* 23(5), 15. Luettu 20.12.2017.
- Norton, C., Taylor, C., Williams, J., Nunwa, A. & Whayman, K. 2008. Oxford handbook of gastrointestinal nursing. Oxford university press. Luettu 26.3.2018.  
<https://books.google.fi/books?id=aCrDKJSdc8oC&printsec=frontcover&dq=oxford+handbook+of+gastrointestinal+nursing&hl=fi&sa=X&ved=0ahUKE-wiVsbS3nIzaAhWExKYKHx3xCRsQ6AEIJAA#v=onepage&q&f=false>
- Parrett, S., Quinn, A. Clow, T. & Ridley, L. 2015. Empowering patients through the commissioning of specialist stoma care services. *Gastrointestinal Nursing*. 8–11.
- Pauniahho, S., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Halokatsaus. Suomen Lääkärilehti* 64(49), 4249–4254.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Haavan kuormituksen välttäminen vatsan alueen avoleikkauksen jälkeen. Päivitetty 26.4.2017. Luettu 1.4.2018.  
[https://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Vatsaelinsairaudet/Haavan\\_kuormituksen\\_valttaminen\\_vatsan\\_a\(46275\)](https://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Vatsaelinsairaudet/Haavan_kuormituksen_valttaminen_vatsan_a(46275))
- Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry. Tukea kuntoutumiseen. Luettu 30.1.2018.  
<https://www.pirkanmaansyopayhdistys.fi/tukea-kuntoutumiseen/>
- Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry. Vertaistuki. Luettu 30.1.2018.  
<https://www.pirkanmaansyopayhdistys.fi/vertaistukitoiminta/>

Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry. Yhdistys. Luettu 30.1.2018.

<https://www.pirkanmaansyopayhdistys.fi/yhdistys/>

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest* 44(1), 18.

Respond. Ostomy support, stoma clothing and hernia belts. Luettu 08.1.2018.

<http://www.respond.co.uk/product-category/ostomy-support-wear/>

Respond. Returning to work. Luettu 08.1.2018.

<http://www.respond.co.uk/lifestyle/returning-to-work-2/>

Respond. Travel advice. Luettu 09.01.2018.

<http://www.respond.co.uk/lifestyle/travel-advice-2/>

Russell, S. 2017a. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal Of Nursing* 26 (5), 20–26. Luettu 6.11.2017.

Russell, S. 2017b. Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal Of Nursing*, 26 (17), 12–18. Luettu 3.1.2018.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Salmenperä, M. & Hynynen, M. 2013. Vähentääkö leikkaustiimin tarkistuslista leikkauskuolleisuutta? *Duodecim*. Luettu 4.10.2017

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/2/duo10740>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Luettu 03.10.2017.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Schreiber, ML. 2016. Evidence-Based Practice. *Ostomies: Nursing Care and Management*. *MEDSURG Nursing*, 25 (2), 127–124. Luettu 18.1.2018

Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Päivitetty

3.10.2014. Luettu 26.10.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehityminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sirviö, P. 2014. Avannepotilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Luettu 20.9.2017. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Suomen avannehoitajat ry. 2017. Ohjeita paksusuoliavanneleikatulle. Luettu 22.9.2017.

<http://www.avannehoitajat.fi/potilasohjeet/>

Suomen avannehoitajat ry. 2017. Ohjeita ohutsuoliavanneleikatulle. Luettu 22.9.2017.

<http://www.avannehoitajat.fi/potilasohjeet/>

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48(4), 338–340.

- Tampereen ammattikorkeakoulu. 2017. Opinnäytetyö. Luettu 09.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden.  
<https://intra.tamk.fi/web/tutkinto-opinto-opas/opinnaytetyo>
- Taylor, C. 2015. Body image concerns after colorectal cancer surgery. *British Journal Of Nursing* 24 (10), 8–14. Luettu 18.1.2018.
- THL, 2017. Seksuaalisuus puheeksi. Päivitetty 6.7.2017. Luettu 24.10.2017.  
[https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/menetelmat/seksuaalisuus-puheeksi](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/menetelmat/seksuaalisuus-puheeksi)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 20.01.2018.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Varma, S. 2009. A healthy lifestyle for the ostomist in relation to exercise. *British Journal Of Nursing* 18 (17), 18–22. Luettu 9.1.2018.
- Varma, S. & Williams, L. 2011. Travel and holidays: how best to advise ostomists. *Gastrointestinal Nursing* 9 (7) 26–32. Luettu 4.1.2018.
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 41–50.
- Vilkkä, H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- WHO, 2017. Safe surgery. Luettu 4.10.2017.  
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
- WHO, 2017. WHO Surgical Safety Checklist. Luettu 4.10.2017.  
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>
- Williams, J. 2012. Stoma care: intimacy and body image issues. *Practice Nursing* 23 (2), 91–93. Luettu 15.10.2017.

## LIITTEET

Liite 1. Neuvoja ohjauksen tueksi seksuaalisuuteen liittyvien huolien käsittelyyn

Seksuaaliselle kanssakäymiselle on hyvä antaa aikaa.

Yhdessä nukkuminen, hellyyden osoittaminen: suutelu ja kutittelu.

Puolison kanssa yhteisen ajan viettäminen.

Tunteiden jakaminen toisen kanssa – Mitä ajatuksia avanne minussa herättää?

Toiselle kertominen mistä nauttii ja mitä haluaa, kasvattaa seksuaalista halukkuutta.

Selän hierominen öljyllä tai voiteella - tuo läheisyyden tunnetta ja vähentää stressiä.

Suihkussa käyminen ennen seksuaalista kanssakäymistä - tuntee itsensä puhtaaksi.

Huoli, miltä avanne toisesta näyttää – avannealueeseen on hyvä puolison kanssa tutustua.

Musiikki voi rentouttaa - keskittyy tunnelmaan avannepussin sijaan.

Avannepussin tyhjentäminen tai vaihtaminen pienempään pussiin tai avannekorkkiin.

Hyvä kiinnitys teipillä tai avannevyöllä, joka estää avanteen heilumista.

Deodorantti tai hajusteet tuovat mukavuutta – estää kaasujen hajun esiintuloa.

Alusvaatteet joissa tuntee itsensä viehättäväksi – avanteen piilottaminen vaatteiden alle.

Liukuvoiteen käyttäminen – estää yhdyntäkipuja sekä ehkäisee emättimen kuivuutta.

Aina ei tarvita yhdyntää, kehosta voi etsiä myös muita mielihyvää tuottavia alueita.

Hyvä tietää - seksiä harrastettaessa suoli yleensä rentoutuu eikä yleensä tällöin tyhjene.

Asennot, jotka tuntuvat hyvälle, eikä avannepussi häiritse yhdynnässä, esimerkiksi istumisasento mahdollistaa hitaamman yhdynnän, jolloin avannepussi on kontrolloitavissa.

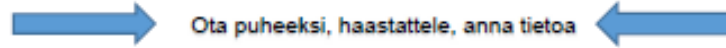
Asennot, joka mahdollistaa myös lähellä olon ja halailun.

Heti avanneleikkauksen jälkeen on normaalia, että potilas ei kykene nauttimaan seksuaalisesta kanssakäymisestä. On tärkeää kertoa potilaalle, että tilanne on normaali eikä kannata heti siitä huolestua. (Black 2004, Burch 2004, Sprunk & Alteneder 2000 & United Ostomy Associations of America 2004, Ayaz 2009 78-79 mukaan, Burch 2016, 26.)

## Liite 2. Avanteen kanssa eläminen: Tarkistuslista

## AVANTEEN KANSSA ELÄMINEN

Ohjauksessa huomioidaan yksilöllisesti elämänlaatuun vaikuttavat asiat:



Ota puheeksi, haastattele, anna tietoa

## TARKISTUSLISTA

 **LIIKUNTA JA HARRASTUKSET**

Esineiden nostoraja 1 kk ajan, ad. 2 kg  
 Rajoita 1 kk ajan: kumartelu, ponnistelut  
 Raskaat aktiviteetit 3 kk tauko  
 Liikkuminen aloitettava kevyesti  
 Uida ja sauna voi ompeleiden poiston jälkeen  
 Normaalia liikuntaa toipumisen jälkeen

 **ARKI-, PERHE- JA TYÖELÄMÄ**

Avanteen hyväksyminen osaksi itseä  
 Kotityöt voinnin mukaan – muista levätä  
 Avanne ei ole este raskaaksi tulemiselle  
 Anna haavojen parantua rauhassa  
 Sosiaaliset suhteet – aloita vähitellen  
 Työssäkäynti sallittua sairausloman jälkeen

 **SEKSUAALISUUS**

Ota aihe esille – luonnollinen osa elämää  
 Anna tietoa avanteen vaikutuksista  
 Fyysinen parantuminen (haavat ja vatsalihakset)  
 Keskustelu potilaan kehonkuvasta  
 Surutyön salliminen – oman kehon hyväksyntä  
 Mahdolliset erityisohjeet tai pitkäkestoisempi terapia  
 → ohjaa eteenpäin, esim. seksuaaliterapia

 **MATKUSTAMINEN**

Vältettävä ensimmäisen 6 vk ajan  
 → veritulpariski, haavan repeäminen, vuotaminen  
 Autolla ajo – toipumisen mukaan (yksilöllinen)  
 Aloita vähitellen: lyhyet matkat ensin  
 Avannepassi (Travel certificate), WC-passi  
 Reilusti sidostarvikkeita mukaan  
 Tuotenumerot ja tarvikejakelun yhteystiedot

 **VERTAISTUKITOIMINTA**

Finnilco ry  
 Syöpäjärjestöt, Pirkanmaan syöpäyhdistys  
 Crohn ja Colitis ry  
 Ensitiedon kurssi  
 Sopeutumisvalmennus  
 Tukihenkilötoiminta

 **MUUTA HUOMIOITAVAA**

Hoitotarvikkeet ilmaisia  
 → Hoitotarvikejakelusta lähetteellä  
 → Oman kunnan järjestämä  
 Tarvittaessa yhteys avannehoitajaan tai omaan terveysasemaan  
Täysi toipuminen voi viedä viikkoja tai kuukausia

Avanne ei toipumisen jälkeen estä mitään normaaliin elämään liittyvää toimintaa.

Todellinen sopeutuminen avanteen kanssa elämiseen vie aikaa. TUE – ROHKAISE – KANNUSTA



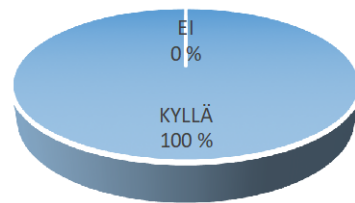
## Liite 3. Kirjallinen palaute tarkistuslistasta

**Palaute ”Avanteen kanssa eläminen” tarkistuslistasta**  
Vastausvaihtoehtona KYLLÄ/EI

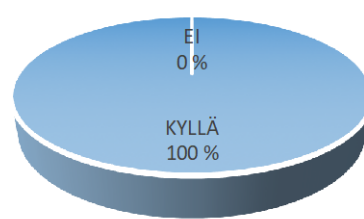
Kirjallisen palautteen antajia 4

**Oliko tarkistuslista mielestäsi:**

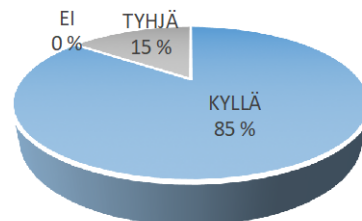
Tarpeeksi selkeä



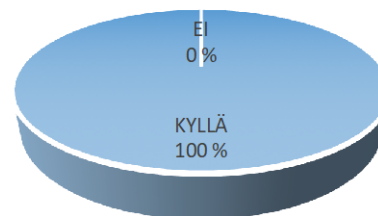
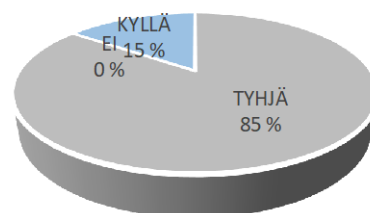
Ymmärrettävä

**Oliko tarkistuslistassa:**

Työn kannalta oleellinen tieto



Riittävästi tietoa

**Koetko, että sinulle on hyötyä listan käytöstä työssäsi:**

## Liite 4. Tiedonhaun prosessi.

<u>Tietokanta</u>	<u>Hakusana(t)</u>	<u>Viitteitä yhteensä</u>	<u>Valittu työhön</u>
<b>Medic</b>			
	"seksuaal* AND syö*	19	1
	"seksuaal* AND potilasohj**"	8	1
	"potilasohj' AND hoitotyö**"	127	1
	"suul* AND potilasohj*"	3	0
	"avannepot**"	3	3
	"tarkistuslista"	30	3
	"potilasturv* AND Tarkist*"	9	1
	"Avannepot* AND liikunt**"	0	0
	"avannepot* AND matkust**"	0	0
<b>Cinahl</b>			
	"Ostomy AND selfcare"	59	1
	"Ostomy AND living activities"	9	1
	"Plissit model"	4	1
	"ostomy AND work"	40	2
	"(ostomy OR stoma) AND travelling"	4	1
	"Better model AND sexuality"	10	1
	"Ostomy AND sexuality"	28	1
	"(ostomy OR stoma) AND (exersice OR physical activity)"	24	4
	"Stoma AND support"	107	1
	"Stoma AND recovery"	35	1
<b>Academic Search Premier</b>			
	"Ostomy AND work"	36	1
	"Ostomy care AND quality of life"	28	0
	"Ostomy AND support"	57	1
	Ostomy AND social support	12	1
	"Ostomy AND selfcare"	45	2
	"Ostomy AND patient education"	35	2
	"Ostomy AND sexuality"	6	2
	"Stoma AND colostomy AND ileostomy AND care"	45	3
	"Ostomy AND (exersice OR physical activity)"	36	1

<u>Tietokanta</u>	<u>Hakusana(t)</u>	<u>Viitteitä yhteensä</u>	<u>Valittu työhön</u>
<b><u>TAMK Finna</u></b>			
	"Avanne"	504	1
	"seksuaalisuus hoitotyössä"	70	1
	"Puhutaan seksuaalisuudesta"	15	1
	"Avanneleikatun ohjaus"	3	1
	"Ohjaus hoitotyössä"	763	2
	"Etiikka hoitotyössä"	101	1
	"Tutki ja kehitä"	51	1
	"Toiminnallinen opinnäytetyö"	1 047	1
	"Tutkimus hoitotieteessä"	335	1
<b><u>Terveysportti</u></b>			
	"Avannepotilaan hoito"	2	1
<b><u>Google</u></b>			
	"Avanne AND vertaistuki"	1 670	2
	"Checklist AND safe surgery"	6 970 000	1
	"Avannetarvikkeet"	2 180	1
	"Avanne AND suolistosairaus"	1 620	1
	"Laki potilaan asemasta ja oikeuksista"	96 300	1
	"Ohutsuoliavanne hoito"	3 040	1
	"Ostomy supplies UK"	74 500	1
	"Sairaanhoitajien eettiset ohjeet"	39 900	1
	"THL AND Seksuaalisuus"	75 200	1
	"Avannehoitajat"	2 750	1
	"Tutkimuseettinen neuvottelukunta"	17 400	1
	"THL AND vertaistuki"	54 300	1
<b><u>Google Scholar</u></b>			
	"ostomy AND gastrointestinal nursing"	19 500	1