

# **Lihavuusleikkattujen elämänlaatu**

Elina Salo

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2018  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Tekijä(t) Salo, Elina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 4/2018
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Lihavuusleikkattujen elämänlaatu</b>		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (AMK) tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Siru Lehto, Kaisu Paalanen, Heidi Pasonen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautipoliklinikka		
Tiivistelmä <p>Lihavuus on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista Suomessa. Joka viides suomalainen on lihava, ja ylipainosta muodostui esimerkiksi vuonna 2011 noin 330 miljoonan euron kokonaiskustannukset. Lihavuusleikkauksia tehdään Suomessa julkisessa terveydenhoidossa vuodessa noin tuhat. Näistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautipoliklinikan potilaita on noin 25-30. Leikkauksien tarve kasvaa jatkuvasti ja tästä syystä on ensiarvoisen tärkeää, että leikkauksien tulokset olisivat pysyviä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuonna 2011 ja 2012 lihavuusleikkattujen potilaiden elämänlaadun muutoksia ja potilaiden kokemuksia, jotta leikkauspolun tukitoimia olisi mahdollista optimoida mahdollisimman onnistuneen painonlaskun ja -hallinnan tukemiseksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkivana kehitystyönä, johon tarvittava tutkimusmateriaali koottiin postikyselyn avulla. Kysely suoritettiin vuonna 2011 ja 2012 KSSHPS sisätautipoliklinikan lihavuusleikkatuille potilaille. Kyselystä saadut tulokset ja kehitysajat esiteltiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautipoliklinikan henkilökunnalle hoitopolun kehitystyötä varten. Aiheesta kerättiin laajasti tietoa ennen kyselyn toteuttamista. Suuri osa taustatutkimuksesta oli englanninkielistä, mutta mukaan kartoitettiin laajasti myös kotimaista tutkimustietoa ajankohtaista tietoa.</p> <p>Tutkimuksen tulokset olivat linjassa tutkitun ja vertaisarvioitun tiedon kanssa. Lihavuusleikkaus oli suuri ja kokonaisvaltainen elämänmuutos, jonka pysyvään onnistumiseen tarvittiin fyysisen hyvinvoinnin tukemisen lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista tukea. Saatujen tulosten perusteella ehdotettiin muun muassa sähköisten palveluiden kehittämistä, bariatrisen sairaanhoitajan toimen kehittämistä sekä kokemusasiantuntijoiden hyödyntämistä.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Lihavuusleikkaus, elämänlaatu, kyselytutkimus		
Muut tiedot		

Author(s) Salo, Elina	Type of publication Bachelor's thesis	Date April / 2018
	Number of pages 52	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication <b>Bariatric Surgery Patients' Quality of Life</b>		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Lehto, Siru. Paalanen, Kaisu. Pasonen, Heidi.		
Assigned by Internal Medicine Outpatient Clinic of Central Finland Care District.		
<p>Description</p> <p>Obesity is one of the most significant national health problems in Finland. Every fifth Finnish citizen is overweight, and obesity caused a total cost of circa 330 million euros during the year 2011 alone. About one thousand bariatric surgeries are performed in Finland yearly. Approximately from 25 to 30 of those patients are from the Central Finland Health Care District. There is a constantly rising demand to the increase the number of bariatric surgeries per year, and that is why it is imperative that the results from the surgery are permanent.</p> <p>The purpose of the thesis was to study changes in the quality of life and bariatric surgery patients' experiences Central Finland Health Care's with those who were operated in the years 2011 and 2012, so that it would be possible to improve the treatment and support provided for the patients. The aim of the thesis was to ensure that the results of the weight loss and weight management would be optimal and sustainable.</p> <p>The thesis was conducted as an exploratory development study for which the data was collected by using a mail survey. A questionnaire was mailed to the bariatric surgery patients of the Central Finland Care District who had been operated in the year 2011 or 2012. The results and conclusions of the thesis were later presented to the professionals of the Internal Medicine Outpatient Clinic. The topic of the thesis was studied profoundly before carrying out the survey. Most of the background material was in English, but a wide array of current Finnish studies and articles were also included.</p> <p>The results of the thesis were on a par with the peer reviewed studies. Bariatric surgery was a monumental and all-compassing change in the patients' way of life that demanded not only thorough physical, but also psychological and social support in order to succeed. Based on the results, recommendations were given on, for example, the development of online services and the job descriptions of the bariatric nurses and using experts by experience.</p>		
Keywords ( <a href="#">subjects</a> ) Bariatric surgery, Quality of Life, Quantitative Survey		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Lihavuusleikkaus osana elämänlaatua</b> .....	<b>4</b>
2.1	Lihavuus .....	4
2.2	Lihavuuden syyt .....	5
2.3	Elämänlaatu .....	7
2.4	Lihavuusleikkaus.....	8
2.5	Lihavuusleikkauksen vaikutukset .....	9
2.6	Lihavuusleikkauksen komplikaatiot .....	12
2.7	Mahalaukun ohitusleikkaus.....	14
2.8	Mahalaukun kavennusleikkaus.....	15
2.9	Bariatric Analysis and Reporting Outcome System .....	15
<b>3</b>	<b>Tarkoitus ja tavoitteet</b> .....	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Kyselyllä kokemuksia ja tutkimusaineistoa</b> .....	<b>16</b>
4.1	Tutkimuksen kohderyhmä.....	18
4.2	Aineistonkeruumenetelmä.....	18
4.3	Aineiston analyysi .....	19
4.4	Etiikan ja luotettavuuden näkökulmat.....	20
<b>5</b>	<b>Tulokset</b> .....	<b>21</b>
5.1	Yleisistä kokemuksista.....	22
5.2	Fyysinen vointi parempi leikkauksen jälkeen.....	24
5.3	Itsetunto parempi verrattuna leikkausta edeltävään aikaan.....	25
5.4	Sosiaalinen elämä aktiivisempaa leikkauksen jälkeen.....	27
5.5	Jaksaminen töissä / toimissa parempaa leikkauksen jälkeen .....	28
5.6	Tyytyväisempi seksuaaliseen elämään leikkauksen jälkeen.....	30
<b>6</b>	<b>Pohdinta</b> .....	<b>31</b>
	<b>Lähteet</b> .....	<b>41</b>
	<b>Liitteet</b> .....	<b>47</b>
	Liite 1. Saatekirje.....	47

	2
Liite 2. Kyselylomake.....	48
Liite 3. KSSHHP Lihavuusleikkauspotilaan hoitoketju.....	50
Kuva 1. Lihavuusleikkaustekniikat. A: mahalaukun ohitusleikkaus. B: mahalaukun kavennusleikkaus. Lähde: Duodecim.....	13
Kuvio 1. Fyysinen hyvinvointi parempi. ....	24
Kuvio 2. Itsetunnon muutos parempaan. ....	26
Kuvio 3. Sosiaalisen elämän aktiivisuuden muutos.....	27
Kuvio 4. Työssä tai toimissa jaksaminen parantunut. ....	29
Kuvio 5. Tyytyväisempi seksuaaliseen elämään. ....	30

# 1 Johdanto

Lihavuus on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista Suomessa. Joka viides suomalainen on lihava, ja ylipainosta muodostui esimerkiksi vuonna 2011 noin 330 miljoonan euron kokonaiskustannukset. Lihavuus altistaa muun muassa diabetekselle, tuki- ja liikuntaelinsairauksille, syöville, sekä tietenkin sydän- ja verisuonisairauksille. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012.)

Haastavassa tilanteessa ovat vaikeasti ja sairaalloisesti lihavat, joiden kohdalla perinteiset, konservatiiviset hoitomuodot eivät ole tuottaneet tulosta. Lihavuusleikkauksen tuloksia on tutkittu pitkällä ajanjaksolla vielä suhteellisen vähän, mutta nyt jo tiedetään, että lihavuusleikkaus johtaa vuoden tai kahden vuoden kuluessa näin 20-35 prosentin painon alenemiseen leikkaustyyppistä riippumatta. On myös tutkittu, että tyyppin 2 diabetesta sairastavista 55-80 prosenttia ei tarvitse enää diabeteslääkkeitä ja muutkin terveydenhuollolle aiheutetut kokonaiskustannukset laskevat noin kymmenen vuoden ajanjaksolla. (Sane 2014.)

On tärkeää, että potilaan paino kääntyy leikkauksen avulla laskuun ja myös painonhallinta laihtumisen jälkeen onnistuu. Leikkauksen jälkeistä painonhallintaa motivoi myös elämänlaadun paraneminen. Leikattujen elämänlaadun muutoksia ja tasoa on aiemmin tutkittu internetin keskustelupalstojen avulla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuonna 2011 ja 2012 leikattujen potilaiden elämänlaadun muutoksia ja potilaiden kokemuksia, jotta leikkauspolun tukitoimia voidaan optimoida mahdollisimman onnistuneen painonlaskun ja -hallinnan tukemiseksi.

## 2 Lihavuusleikkaus osana elämänlaatua

Lihavuusleikkauksia tehdään Suomessa julkisessa terveydenhoidossa vuodessa noin tuhat (Mustajoki 2015). Näistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautipoliklinikan potilaita on noin 25-30. Leikkauksien tarve kasvaa jatkuvasti ja tästä syystä on ensiarvoisen tärkeää, että leikkauksien tulokset olisivat pysyviä. (Valkonen 2016.) Tähän pyrkimykseen auttaa osaltaan potilaiden leikkauksen jälkeisen elämänlaadun ja kokonaisterveydentilan paraneminen (Miras, Al-Najim, Jackson, McGirr, Cotter, Tharakan, Vusirikala, le Roux, Prechtel & Scholtz 2014).

### 2.1 Lihavuus

Sanana lihavuus tarkoittaa kehon rasvakudoksen ylimäärää. Lihavuuden luokitteluina voidaan käyttää vyötärön ympärysmittaa sekä painoindeksiä eli Body Mass Indexiä, BMI (WHO 2017). Painoindeksi lasketaan jakamalla paino metreinä mitatulla pituudella. Lihavuuden rajaksi on kansainvälisesti sovittu BMI  $30 \text{ kg/m}^2$ , vaikean lihavuuden rajaksi  $35 \text{ kg/m}^2$  ja sairaalloisen lihavuuden  $40 \text{ kg/m}^2$ . (Käypä hoito: Lihavuus (aikuiset) 2013.) Myös vyötärön ympärysmittaa käytetään mittaamaan sisäelinten, sekä vatsaontelon alueelle kertyvää viskeraalirasvaa. Keskivartaloon kertyvä rasva on aktiivisuutensa takia terveydelle haitallisempaa kuin esimerkiksi lantiolla tai reisissä oleva rasva. Vyötärölihavuuden raja-arvoiksi on Suomessa sovittu naisilla 90 senttimetriä, ja miehillä 100 senttimetriä. (Käypä hoito: Lihavuus 2010.)

Maailman terveysjärjestö WHO arvioi vuoden 2013 raportissaan, että jopa noin 25 prosenttia aikuisista suomalaisista on lihavia ja noin 40 prosenttia aikuisväestöstä liikkuu liian vähän. WHO suosittelee sokerin ja rasvan saannin rajoittamista, kasvisten ja muiden terveellisten tuotteiden lisäämistä sekä viikoittaista 150 minuutin kohtuullisen kuormittavaa aerobista liikuntaa lihavuuden ennaltaehkäisyksi. WHO linjaa myös, että ruokateollisuus voi omalla toiminnallaan ennaltaehkäistä lihavuutta muun muassa pitämällä terveellisten tuotteiden hinnat kohtuullisina sekä vähentämällä sokerin ja rasvan määrää tuotteissaan. (WHO/Europe 2018.)

Lihavuus aiheuttaa suoraan ja välillisesti monia sairauksia tai lisää vaaratekijöitä sairastua mm. diabetekseen, sepelvaltimotautiin, astmaan ja moniin muihin elämänlaatua ja terveyttä uhkaaviin sairauksiin (WHO 2018). Lihavuus myös vaikuttaa aivojen opioidireseptoreihin (Karlsson, Tuulari, Tuominen, Hirvonen, Honka, Parkkola, Helin, Salminen, Nuutila & Nummenmaa 2015). Lihavuutta pyritään hoitamaan ennen kaikkea konservatiivisesti monipuolisella elämäntapaohjauksella, jota tuetaan tarvittaessa esimerkiksi niukkaenergisellä ruokavaliolla tai lääkityksellä. Leikkaushoito tulee kyseeseen vain, jos konservatiivinen hoito ei tuota tulosta. (Käypä hoito: Lihavuus (aikuiset) 2013.)

## **2.2 Lihavuuden syyt**

Lihavuudelle on monia syitä, sekä yhteiskuntaan, että ihmiseen itseensä liittyviä. Yksi merkittävä selittävä tekijä on ruokaympäristömme, eli ruoan valikoiman, saatavuuden, mainonnan ja tietenkin hinnan, muuttuminen. Viimeisen

30 – 40 vuoden aikana ruoan hinta on laskenut merkittävästi, ja energiapitoisemman ruoan ja juoman saatavuus parantunut samalla kuin hinta on laskenut. Myös korkeaenergisten ruokien, herkkujen ja välipalojen mainonta on aggressiivisempää. (Mustajoki 2015.)

Annoskoot ja pakkauskoot ovat merkittävässä roolissa lihavuuden syitä kartoittaessa (Mustajoki 2015). Kuluttajille tarjotaan yhä enemmän tuotteita ja tarjouksia, jotka palkitsevat suuremman kertaostoksen halvemmän kappale- tai kilohinnan muodossa. Kuluttaja on tottunut etsimään ja valitsemaan taloudellisesti kannattavamman vaihtoehdon, vaikka tarve olisi pienempi. Tämä pätee suurienergisten välipalojenkin kohdalla, kuluttaja valitsee usein isomman ja tällöin kilohinnaltaan edullisemman vaihtoehdon, jolloin ylimääräisiä kaloreita kertyy luonnollisesti enemmän. (Steenhuis & Vermeer 2009.) On myös tutkittu, että suuremmista annoskoista tulee helposti tapa ja tällöin syöty ruoan määrä ja kalorinsaanti jää jatkuvasti suurenevaksi (Rolls, Roe & Meengs 2007).

Mustajoki (2015b) toteaa, että syöminen on ollut kannattavaa ihmisen aivoille automatisoida, jotta niin sanottua työmuistia riittää tärkeämpiin tehtäviin. Tällöin ihminen tekee tiedostamattaan paljon ruokailuunsa vaikuttavia päätöksiä, jotka voivat olla energiansaannin ja terveystietämisen huomioon ottaen olla hyvin heikkoja. Tätä tietoisien ja tiedostamattomien ja valintojen vaikutusta tukee myös vuonna 2006 tehty Hännisen, Kaukuan ja Sarlio-Lähteenkorvan alkuperäistutkimus.

Hänninen ja muut selvittivät tutkimuksessaan miten vaikeasti lihavat selittävät itse lihavuuttaan. Elintapasyyt nousevat esiin selvästi. Niiden lisäksi liha-

vuutta pyritään selittämään lääketieteellisesti esimerkiksi lääkityksestä, perimästä, somaattisesta sairaudesta tai sen hoidosta johtuvaksi. Lisäksi lihavuuden katsotaan johtuvan psyykkisemotionaalista syistä, eli painonhallinta epäonnistuu erilaisten psyykkisten oireiden, kuten ahdistuneisuuden, unettomuuden, stressin ja alakuloisuuden vuoksi. Tällöin koetaan, että mielialan parantuessa myös painonhallinta helpottuisi. Myös sosiokulttuuriset syyt mainittiin, eli esimerkiksi juhlapyhien takia kertyneet lisäkilot, puuttuvan harrastusvälineen tai ympäristön liukkauden hankaloittama liikkuminen tai raskas työ, jonka takia ei pysty syömään tasaisesti tai jaksa liikkua. (Hänninen ym. 2006.)

## 2.3 Elämänlaatu

Maaailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) määrittelee elämänlaadun seuraavasti: "Quality of life is an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns." (WHO 2017.)

Elämänlaatua mittaavia mittareita on kehitetty useita, muun muassa 15-D, joka on Suomalainen, yleiseen ja itsenäiseen käyttöön tarkoitettu moniulotteinen ja geneerinen mittari, jolla terveydenhuollon asiakas voi arvioida elämänlaatuaan. EQ-5D, RAND-36, WHO-QOL-BREF ja EUROHIS-8 ovat kaikki tarkoitettu aikuisten elämänlaadun mittaamiseen terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa sekä myös terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutuksien arviointiin. (THL. Toimia tietokanta 2016.) Erilaisten sairauksien yhteydessä elämän-

laatua näkyy usein mitattavan National Center for Disease Control and Prevention, eli CDC:n laatimaa Health-Related Quality of Life (HRQOL) -ohjelman kysymyspatteristoa, jolla voidaan arvioida erilaisten sairauksien vaikutusta elämänlaatuun pitkällä aikavälillä (CDC 2016).

Lihavuusleikkauspotilaille tarkoitettuja, elämänlaatua mittaavia kyselyitä on kehitetty useampi, esimerkiksi QOLOS, eli Quality of Life for Obesity Surgery – kysely, joka tarjosi luotettavan tavan mitata myös potilaiden preoperatiivista elämänlaatua postoperatiivisen elämänlaadun lisäksi (Müller, Crosby, Selle, Osterhus, Köhler, Mall, Meyer & de Zwaan 2018). Jo vuonna 1995 kehitetty IWQOL, eli Impact of Weight Questionnaire (Kolotkin, Head, Hamilton & Tse 1995, 54) kartoitti ylipainoisten elämänlaatua laajalla kysymyspatteristolla, joka koettiin paikoin turhan aikaa vieväksi. Tästä syystä vuonna 2001 kehitettiin IWQOL-Lite, joka lähes puolitti IWQOL-kyselyn pituuden ja keskittyi viiteen elämänlaadun osa-alueeseen, fyysiseen toimintakykyyn, itsetuntoon, seksuaaliseen elämään, julkiseen ahdistukseen, sekä työhön (Kolotkin, Crosby, Kosloski & Williams 2001).

Samaan kyselykategoriaan kuuluu myös tässä tutkimuksessa sovelletusti käytettävä Bariatric Analysis and Reporting Outcome System, eli BAROS-mittari, joka on kehitetty mittaamaan lihavuusleikkauksen onnistumista (Oria & Moorehead 1998). Kyselylomakkeella mitattavina elämänlaadun osa-alueina tässä opinnäytetyössä käytetään itsetuntoa, fyysistä vointia, sosiaalista elämää, työkykyä ja seksuaalista hyvinvointia (kts. liite 2).

## **2.4 Lihavuusleikkaus**

Lihavuuden leikkaushoitoa käytetään vaikeasti lihavan potilaan elämäntapa-  
muutoksen lisänä ja tukena, tarkoituksena parantaa painonlaskun pysyvyyttä  
(Pekkarinen 2016). On myös tutkittu, että lihavuuden kirurginen hoito on ai-  
noa dokumentoitu hoito, joka johtaa yli 15 prosentin painonpudotukseen vuo-  
sikymmenen aikana (Sjöström 2013). Leikkaushoidon hyödyt ilmenevät pai-  
nonlaskun pysyvyyden lisäksi muun muassa oheissairauksien hoidon helpot-  
tumisena sekä oheissairauksien vähentymisenä (Pekkarinen 2016). Lihavuu-  
den leikkaushoidon kustannusvaikuttavuutta Suomessa on tutkittu esimer-  
kiksi vuonna 2009. Tällöin on arvioitu, että sekä mahalaukun ohitus-, että ka-  
vennusleikkaus maksavat itsensä yhteiskunnalle takaisin keskimäärin seitse-  
mässä vuodessa. Suurimmat kulut leikkauksesta kertyvät ensimmäisenä  
vuonna. Tämän jälkeen kustannukset laskevat keskimäärin voimakkaasti.  
(Mäklin, Malmivaara, Linna, Victorzon, Koivukangas & Sintonen 2009.)

Suomessa leikkausindikaationa on yli 40 BMI ja ennakoiva yli seitsemän pro-  
sentin dokumentoitu tuloksellinen laihtuminen. Leikkaushoito voi tulla ky-  
seeseen jo painoindeksillä 35-40 kg/m<sup>2</sup>, jos potilaalla on vakava liitännäissai-  
raus, kuten esimerkiksi vaikea uniapnea, tyypin 2 diabetes, vaikea tuki- ja lii-  
kuntaelinsairaus tai verenpainetauti. Leikkauksella on myös vasta-aiheita, ku-  
ten eräät vaikeat yleissairaudet tai epävakaat psykiatriset sairaudet, syömishäi-  
riö, runsas alkoholin käyttö, jatkuva tulehduskipulääkkeiden käyttö tai poti-  
laan kyvyttömyys laihtua, edes väliaikaisesti, konservatiivisen hoidon aikana.  
(Pekkarinen 2016.)

## 2.5 Lihavuusleikkauksen vaikutukset

Lihavuusleikkauksella on paljon muitakin vaikutuksia, kuin ylipainon väheneminen ja näitä vaikutuksia on myös tutkittu pitkään. Yksi pisimpään käynnissä olleista tutkimuksista on Ruotsalainen SOS eli Swedish Obese Subjects trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. Se aloitettiin jo vuonna 1987 ja viimeiset potilaat lisättiin tutkimukseen vuonna 2001. Paljon on muuttunut jo tässä ajassa, ensimmäisistä leikkauksista 80 prosenttia tehtiin avoleikkauksina. Silti myös SOS on ajankohtainen tutkimus, joka antaa jatkuvasti uutta tietoa. (Sjöström 2013.)

Lihavuusleikkauksen on todettu vähentävän kuolleisuutta, mutta suurin hyöty saadaan liitännäissairauksien vähentymisenä ja helpottumisena ja sitä kautta elämänlaadun parantumisena. Esimerkiksi tyypin 2 diabetes, korkea verenpaine, vaikea uniapnea, veren rasva-arvot, laskenut mieliala ja jopa astma voivat parantua tai oireet helpottua lihavuusleikkauksen ja laihtumisen ansiosta. Nuorilla leikatuilla naisilla myös lisääntymisterveys voi parantua ja raskausmahdollisuus kohota. Raskausdiabeteksen riski pienenee, mutta sikiön pienikokoisuuden riski voi kasvaa. (Pekkarinen 2016.)

Tyypin 2 diabetes saattaa jopa ns. jäädä leikkauspöydälle, eli tablettihoidolla pärjänneistä potilaista 70 prosenttia pystyi lopettamaan lääkityksen kokonaan (Pekkarinen 2016). Suomalaisen seurantatutkimuksen mukaan kaikista tyypin 2 lihavuusleikatuista diabeetikoista 44 prosenttia ei tarvinnut lääkitystä lainkaan. Insuliinista pystyi luopumaan 54 prosenttia leikatuista. Insuliinista luopuminen toi 4,57 euron kustannussäästön vuorokautta kohden. Diabeteslääkkeiden kustannukset olivat kahden vuoden päästä leikkauksesta 79 prosenttia, eli 2,15 euroa/vuorokausi, pienemmät verrattuna leikkausta edeltävään aikaan. (Sane, Pekkarinen, Jaser, Juuti, Virtanen & Leivonen 2013.)

Lihavuuteen on liitetty myös insuliiniresistenssi eli insuliiniherkkyyden heikentyminen ja yleisesti heikentynyt insuliinivaste esimerkiksi lihaksessa. Vuonna 2013 positroniemissiotomografian (PET-kuvantamisen) avulla tehty tutkimus osoitti, että sairaalloisen lihavalla ihmisellä insuliini lisää aivojen glukoosin käyttöä, joka taas lisää aivokudoksen harventumista. Ilmiö on vastaava kuin pitkäaikaisen glukoosipitoisuuden suurentumisen aiheuttama vaurio ääreishermoille muualla kehossa. Tutkimuksessa todettiin, että kuusi kuukautta lihavuusleikkauksen jälkeen potilaiden insuliinivasteet normalisoituivat sekä aivojen aineenvaihdunta palautui normaaliksi. Vaikutusta todennäköisesti lisää lihavuusleikkauksen aiheuttamat nopeat muutokset suolisto- ja mahahormonien toiminnoissa ja pitoisuuksissa. (Tuulari, Karlsson, Hirvonen, Bucci, Hannukainen, Salminen, Helmiö, Ovaska, Soinio, Savisto, Nummenmaa & Nuutila 2013.)

On myös tutkittu, että lihavuuteen liittyy muutoksia aivojen välittäjäaineiden toiminnassa, joka osaltaan altistaa ylensyömiselle. Positroniemissiotomografian avulla tutkittaessa huomattiin, että aivojen mielihyvää välittävien opioidireseptorien määrä oli pienentynyt lihavilla henkilöillä verrattuna normaalipainoisiin henkilöihin. Tutkimus toistettiin puoli vuotta lihavuusleikkauksen jälkeen ja havaittiin, että reseptorien määrä oli palannut normaalitasolle. (Karlsson ym. 2015.) Leikkaus vaikuttaa myös suolistohormonien, kuten glukagonin ja sen kaltaisen peptidi-1 (GLP-1):sen käyttäytymiseen ja eritykseen aterian jälkeen (Nannipieri, Baldi, Mari, Colligiani, Camastra, Barsotti, Berta, Moriconi, Bellini, Anselmio, & Ferrannini 2013). Lihavuusleikkaus vaikuttaa haiman verenkiertoon, rasva-aineenvaihduntaan sekä beetasolujen toimintaan (Honka 2016). Tuoreiden tutkimusten mukaan lihavuusleikkaus vaikuttaa mikrobiflooran ja sappihappojen enterohepaattiseen kiertoon. Näiden oletetaan vaikuttavan suotuisasti kehon aineenvaihduntaan. (Honka 2017.)

## 2.6 Lihavuusleikkauksen komplikaatiot

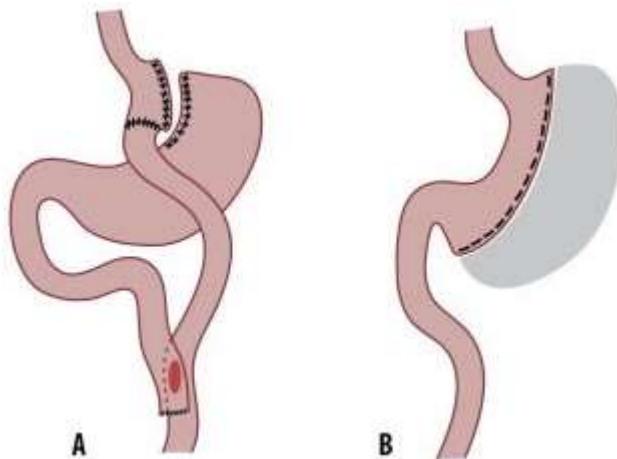
Lihavuusleikkauksessa on riskejä ja mahdollisuus erilaisiin komplikaatioihin, joista osa ilmenee hyvin nopeasti ja osa hitaammin. Itse leikkauksen kuolleisuus on varsin pieni, samaa luokkaa tulehtuneen sappirakon poistoleikkauksen kanssa, alle 0,5 prosenttia. (Koivukangas, Heikkinen, Saarnio, & Savolainen 2008.) Erittäin lihavilla sekä iäkkäillä leikkauskuolleisuus on suurempi (Pekkarinen 2016). Lihavuusleikkauksesta seuraavia mahdollisia varhaisia komplikaatioita ovat esimerkiksi sisäinen verenvuoto, ohitusleikkauksen tapauksessa suolistosaumojen pettäminen, haavainfektiot tai huomaamatta jääneet sisäelinten puhkeamiset, esimerkiksi ohutsuoli on altis vaurioille. (Ikonen 2009.) Näitä esiintyy noin kymmenellä prosentilla leikatuista (Pekkarinen 2016). Myös keuhko-ongelmat, tukokset tai keuhkoembolia sekä syvät tulehdukset lukeutuvat perioperatiivisiin riskeihin (Sjöström, Lindroos, Peltonen, Torgerson, Bouchard, Carlsson, Dahlgren, Larsson, Narbro, Sjöström, Sullivan, & Wedel 2004). Sauman pettäminen tai verenvuoto vaatii välittömän uusintaleikkauksen suurin piirtein kolmella prosentilla leikatuista, hieman tätä useampi saattaa tarvita postoperatiivisen vuodon takia revisioleikkauksena tehtävää vuotokohdan tyrehdyttämistä (Mustajoki 2017).

Erilaisia kirurgisia toimenpiteitä, kuten leikkausportteihin syntyneiden tyrien korjausta tai suolistosaumojen laajennusta tarvitsee noin kymmenen prosenttia leikatuista. Leikkaustulos jää huonoksi noin kymmenellä prosentilla leikatuista ja siihen on syynä riittämätön laihtuminen tai hankalat komplikaatiot.

(Pekkarinen 2016.) Voimakas laihtuminen voi lisätä myös sappikivien muodostusta, joka voi kestää kuukausia tai vuosia ja aiheuttaa ylävatsakipuja (Mustajoki 2017).

### Lihavuusleikkaustekniikat

Suomalainen SLEEVEPASS-tutkimus seurasi ryhmää lihavuusleikattuja viiden vuoden ajan selvittääkseen ovatko mahalaukun ohitus- ja kavennusleikkaus (kts. kuva 1.) yhtä vaikuttavia painonlaskun suhteen. Tulosten mukaan mahalaukun ohitusleikkauksen avulla painonlasku oli viiden vuoden jälkeen leikkauksesta keskimäärin 57 prosenttia ylipainosta ja mahalaukun kavennusleikkauksen jälkeen keskimäärin 49 prosenttia ylipainosta. (Salminen, Helmiö, Ovaska, Juuti, Leivonen, Peromaa-Haavisto, Hurme, Soinio, Nuutila & Victorzon 2018: 242)



Kuva 1. Lihavuusleikkaustekniikat. A: mahalaukun ohitusleikkaus. B: mahalaukun kavennusleikkaus. Lähde: Duodecim.

Mahalaukun kavennusleikkausta ei pystytty todistamaan yhtä vaikuttavaksi kuin mahalaukun ohitusleikkausta, vaikka ero ei olekaan kliinisesti merkittävä. Samansuuntaiseen tulokseen päätyi myös samoihin aikoihin toteutettu SM-BOSS- tutkimus (Peterli, Wölnerhanssen, Peters, Vetter, Kröll, Borbély, Schultes, Beglinger, Drewe, Schiesser, Nett & Bueter 2018). Kavennusleikkaus on kuitenkin yksinkertaisempi ja helpompi operaatio ja siihen on yhdistetty vähemmän perioperatiivisia komplikaatioita verrattuna mahalaukun ohitusleikkaukseen. Myöskään riskiä tyrien kehittymiseen ei ole eikä dumping-oireita raportoida yhtä usein. (Salminen ym. 2018: 242, 244)

## 2.7 Mahalaukun ohitusleikkaus

Mahalaukun ohitusleikkaus eli (Roux-en-Y) gastric bypass on Suomessa käytetyin lihavuusleikkaustyyppi. Ohitusleikkauksessa mahalaukku kirjaimellisesti ohitetaan katkaisemalla mahalaukku ja tekemällä liitos ohutsuolen alkupäästä mahalaukun jäljelle jääneeseen yläosaan. Tällöin ruoka kulkee mahalaukun ohi suoraan ohutsuoleen. (Mustajoki 2015.) Ruokamassa kohtaa haima- ja sappinesteet vasta ohutsuolen yhteisessä osassa ja on otettava huomioon, että mahalaukku, sappi- ja haimatiehyet sekä pohjukkaissuoli ole enää tutkittavissa tavanomaisin varjoaine- tai tähystystoimenpiteillä (Pekkarinen 2016).

Leikkaus vaikuttaa myös suolistopeptidien (GLP-1) toimintaan, joka vaikuttaa muun muassa haiman toimintaan vauhdittaen insuliinin tuotantoa ja vähentäen ruokahalua (Sane 2014). Laihtuminen perustuu luonnollisesti myös syödyn ruoan määrän vähenemiseen ja osittain ruoan imeytymishäiriöön (Salmi-

nen 2014). Ruoka pääsee leikkauksen jälkeen nopeasti ohutsuoleen, jolloin hiilihydraattien nopeampi imeytyminen saattaa aiheuttaa suuria verensokerin muutoksia (Pekkarinen 2016).

## 2.8 Mahalaukun kavennusleikkaus

Vatsalaukun kavennusleikkaus (Engl. Sleeve gastrectomy) on leikkaustyyppi, jossa mahalaukusta poistetaan osa, jolloin mahalaukku muodostaa kapeamman ”hihan”. Leikkaus nopeuttaa kylläisyyden tunteen saavuttamista ja vähentää nälän tunnetta, jolloin syödyt määrät vähenevät. Etuna mahalaukun ohitusleikkaukseen verrattuna ovat mahdollisesti vähäisemmät leikkauskomplikaatiot ja yksinkertaisempi leikkaustekniikka. Myöskään imeytymishäiriöitä ei leikkauksesta aiheudu. (Salminen 2014.) Erona ohitusleikkaukseen on se, että ruoka kulkee normaalisti pohjukkaissuoleen mahalaukun kautta (Pekkarinen 2016).

Kavennusleikkaus on yleistymässä leikkausmenetelmänä ja sen vaikuttavuutta verrataan yleisempään mahalaukun ohitusleikkaukseen. Kahden vuoden kohdalla laihtumistulos on ollut samaa tasoa ohitusleikkauksen kanssa. (Pekkarinen 2016.) Käynnissä on jatkuvasti leikkaustekniikoita vertailevia seurantatutkimuksia, kuten juuri viiden vuoden seurantansa saavuttanut SLEEVEPASS (Salminen ym. 2018), sekä SM-BOSS (Peterli ym. 2018).

## 2.9 Bariatric Analysis and Reporting Outcome System

Bariatric Analysis and Reporting Outcome System eli lyhyemmin BAROS on lääkäreiden Oria ja Moorehead vuonna 1998 kehittämä lihavuusleikkauksen onnistumista arvioiva mittari. Mittari ottaa huomioon painonlaskun (BMI), mahdolliset komplikaatiot ja elämänlaadun muutokset leikkauksen jälkeen. Osa-alueet pisteytetään ja pisteistä vähennetään, jos potilasta kohtaa komplikaatio tai hän tarvitsee revisioleikkauksen. Kyseessä on siis pääasiallisesti kvantitatiivinen tutkimustapa. (Oria & Moorehead 1998.)

BAROS päivitettiin vuonna 2009, siihen lisättiin muun muassa kriteerit diabeteksen diagnosointiin, ylipainon prosentuaalisen pienentymisen indeksi sekä tarkennettiin elämänlaadun kohentumisen määrittelyä. Myös kyselyn kuvitusta ja ulkomuotoa, sekä arviointiasteikkoa päivitettiin. Tärkeä lisäys olivat myös syömistapoja analysoivat kysymykset. (Oria & Moorehead 2009.)

### **3 Tarkoitus ja tavoitteet**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuonna 2011 ja 2012 lihavuusleikattujen potilaiden elämänlaadun muutoksia ja potilaiden kokemuksia, jotta leikkauspolun tukitoimia olisi mahdollista optimoida mahdollisimman onnistuneen painonlaskun ja -hallinnan tukemiseksi.

### **4 Kyselyllä kokemuksia ja tutkimusaineistoa**

Aineisto kerättiin kyselyllä, johon oli mahdollista vastata joko sähköisesti tai postitse. Kyselylomake (kts. liite 2) oli opinnäytetyön tekijän laatima, ja se sisälsi viisi väittämää potilaan elämänlaadun muutoksesta verrattuna lihavuusleikkausta edeltävään aikaan. Väittämät koskivat fyysistä toimintakykyä, itsetuntoa, jaksamista töissä tai toimissa, sosiaalisen elämän aktiivisuutta sekä seksuaalielämän aktiivisuutta. Vastaukset annettiin Likertin asteikolla väliltä 1 – Täysin eri mieltä, 7 – Täysin samaa mieltä. Lisäksi kyselylomakkeessa oli tilaa vapaille vastauksille ja kokemuksille. Kysely postitettiin kaikille Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2011 ja 2012 lihavuusleikatuille potilaille elokuun lopussa 2017, postituksen suoritti sisätautipoliklinikka ja kyselyn mukana toimitettiin myös valmis vastauskuori. Vastaukset palautuivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautipoliklinikalle. Sähköinen kysely oli luotu Office Forms-alustalle ja kyselyn osoite oli mukana saatekirjeessä. Suostumuskirjettä tutkimukseen osallistumisesta ei ollut erikseen kyselyn mukana vaan asia mainittiin saatekirjeessä (kts. liite 1) kuten myös tieto, ettei kyselyyn vastaaminen tai vastaamattomuus vaikuttaisi potilaan saamaan hoitoon.

Yhteensä vuonna 2011 ja 2012 leikattuja potilaita oli 78 kappaletta. Jos vastausprosentin olisi jäänyt turhan alhaiseksi, olisi kysely lähetetty uudestaan tai laajennettu koskemaan vuonna 2013 lihavuusleikattuja. Vastausaikaa kyselylle annettiin kirjeiden lähettämistä noin kuukausi, ja vastaukset tulivat nimettöminä, joten tutkimukseen vastanneiden tai vastaamatta jättäneiden henkilöllisyys ei tullut esille. Palautuneet vastaukset noudettiin sisätautipoliklinikalta kahtena erillisenä kertana, mutta tuloksia koostaessa aineisto oli luonnollisesti yhdistetty ja mukana oli myös yksittäinen sähköinen vastaus. Esitettyjen määrällisten väittämien vastauksista koottiin taulukot ja laskettiin keskiarvot. Avoimista laadullisista vastauksista valittiin laidasta laitaan olevia esimerkkejä avaamaan numeraalisia vastauksia.

## 4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuonna 2011 ja 2012 lihavuusleikatut potilaat, yhteensä 78 potilasta. Kohderyhmän valitsi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ravitsemussuunnittelija Timo Valkonen. Mukana oli sekä mahalaukun ohitusleikattuja, että mahalaukun ka-  
vennuksen läpikäyneitä potilaita.

## 4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen juuret ovat syvällä luonnontieteissä, mutta nykyään menetelmä on käytössä melko paljon myös sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Määrällinen tutkimus korostaa yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Paradigman taustalla onkin niin sanottu realistinen ontologia, jonka mukaan objektiivisesti todettavat tosiasiat rakentavat todellisuuden. Keskeistä on muun muassa koota analysoitava tieto muuttujiksi taulukkomuotoon, jotta aineisto saadaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja sitä kautta on mahdollista muodostaa analyysin kautta perusteltuja päätelmiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139, 140.)

Teoreettiseen osuuteen avattiin tutkimuksen keskeiset termit ja käsitteet, kuten lihavuus ja sen leikkaushoito tekniikoineen, elämänlaatu ja elämänlaadun mittaaminen. Tietoa haettiin monipuolisesti pääosin sähköisistä tietokannoista, kuten Pubmed, Medic ja Terveysportti. Hakusanoina käytettiin muun

muassa sanoja bariatric surgery, quality of life, effects of bariatric surgery, BAROS, lihavuusleikkaus, elämänlaatu. Aineistosta suuri osa oli englanninkielistä, mutta myös suomeksi löytyi tutkittua ja vertaisarvioitua tietoa. Kirjallista aineistoa pyrittiin etsimään, mutta sen huomattiin vanhentuvan valitettavan nopeasti. Aineistoa pyrittiin hakemaan laajasti kotimaisista ja kansainvälisistä tutkimuksista pitäen kuitenkin mielessä, että tutkimuksen kohderyhmä oli suomalainen. Tutkimuksen tulosten vertaaminen tutkittuun tietoon oli luotettavampaa, kun suomalaisten geneettiset erityispiirteet oli otettu huomioon.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin juuri tätä tutkimusta varten luodun kyselykaavakkeen (kts. liite 2) avulla. Kyselyssä käytettiin Likertin asteikkoa, jonka avulla saatiin analysoitavaa dataa. Kyselykaavakkeessa oli tilaa avoimelle tekstille, jotta vastaajilla oli mahdollisuus kertoa kantansa mahdollisimman vapaasti. Kyselyn nimettömät postivastaukset säilytettiin analyysin ajan kansioituna opinnäytetyön tekijän kotitoimistossa, josta ne luovutettiin analyysin jälkeen ravitsemussuunnittelija Timo Valkoselle. Sähköiset vastaukset saapuivat nimettöminä suoraan Office Forms- kyselyn sivulle, josta opinnäytetyön tekijä koosti ne kirjalliseen muotoon postivastausten mukaan.

### **4.3 Aineiston analyysi**

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään selittämään tuloksia tilastollisen analyysin ja päätelmien kautta. Kyselyn vastauksista muodostetaan prosenttiosuudet, jotka kootaan taulukoihin vertailun mahdollistamiseksi. Vertailuprosenttia kutsutaan suhteelliseksi frekvenssiksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140, 224, 334.)

Kyselyn vastaukset analysoitiin luomalla kaikista viidestä vastauksesta taulukot ja keskiarvot, ja jokaisen väitteen vapaat vastaukset koottiin mukaan lopulliseen julkaisuun. Analysoiduista vastauksista ja kehitysideoista pidetään myöhemmin esitelmä Keski-Suomen sisätautipoliklinikan henkilökunnalle.

#### **4.4 Etiikan ja luotettavuuden näkökulmat**

Tutkimuksen eettisyys pitää huomioida aina. Eettisyys itsessään käsittelee kysymyksiä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimusentekoon liittyen eettisyys edellyttää ennen kaikkea hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka lähtökohtana on ennen kaikkea ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten tulee saada painostuksetta valita osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät ja heidän täytyy olla kypsiä päättämään asiasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23, 25.)

Opinnäytetyön tekemiseen tuli saada puolto Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen tutkimuslautakunnan sihteeriltä, varsinaisen tutkimusluvan anoi ravitsemussuunnittelija Timo Valkonen, joka toimi tutkimuksen yhdyshenkilönä. Hän myös huolehti postikyselyn postituksesta, jolloin vastaajat säilyivät nimettöminä koko opinnäytetyön ajan. Oli myös tarpeen tiedostaa, että kyseessä oli hyvin henkilökohtainen aihe, johon liittyvien muistojen ja tunteiden käsitteleminen saattoi nostaa pintaan myös kipeitä tai selvittämättömiä asioita. Kyselyn saatekirjeessä (kts. liite 1) kerrottiin selkeästi, että kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen oli täysin vapaaehtoista, eikä vaikuttanut potilaan saamaan hoitoon.

Reliaabelius eli luotettavuus pyritään arvioimaan jokaisen tutkimuksen osalta. Luotettavuutta mitataan selvittämällä tutkimuksen toistettavuus, eli selvitetään antaako tutkimus- tai mittaustapa sattumanvaraisia tuloksia vai ovatko tulokset toistettavissa. Mahdollista on esimerkiksi selvittää päätyvätkö kaksi arvioijaa samaan tulokseen tai saadaanko samaa henkilöä tutkimalla sama tulos eri tutkimuskerroilla. Kvantitatiivista tutkimusta varten on myös kehitetty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joilla on mahdollista arvioida mittareiden luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.)

Luotettavuutta tässä opinnäytetyössä lisäsi muun muassa riittävän laaja aineisto, eli kyselyn lähettäminen tarpeeksi suurelle joukolle. Kyselyn vastausprosentin toivottiin olevan mahdollisimman korkea, jotta kyselyn tuloksista muodostuisi kattava kuva lihavuusleikkattujen tyytyväisyydestä elämänlaatusa muutokseen lihavuusleikkauksen jälkeen. Vastausprosenttia pyrittiin nostamaan tarjoamalla mahdollisuus vastata kyselyyn myös sähköisesti postikyselyn vaihtoehtona. Tätä vaihtoehtoa käytti kuitenkin hyvin harva, vain yksi vastaus saapui sähköisenä. Myös vapaan kommentoinnin mahdollisuus lisäsi luotettavuutta, avasi vastauksia ja kokemuksia enemmän kuin pelkkä numeraalinen kysely. Tämä näkyi myös vastauksissa, esimerkiksi sosiaalisen elämän aktivoituminen jäi vastausten keskiarvossa matalalle, mutta tämä selittyi sanallisten vastausten myötä.

## **5 Tulokset**

Opinnäytetyön rangan muodostanut postikysely myöhästyi jonkun verran suunnitellusta aikataulustaan, mutta kysely toteutettiin onnistuneesti pääosin syyskuun 2017 aikana. Kyselykaavakkeita saatekirjeen ja palautuskuoren

kanssa lähetettiin yhteensä 78 kappaletta, ja postitus tapahtui elokuun 2017 loppupuolella. Vastauksista suurin osa palautui syyskuun 2017 aikana, mutta joitakin yksittäisiä vastauskuoria saapui vielä myöhemmin lokakuussa. Kokonaisuudessaan vastauksia palautui postitse 25 kappaletta ja sähköisesti yksi kappale. Vastausprosentti oli 33,3%. Postikyselyiden vastausprosentti ilman kyselyn toistamista tai karhuamista on yleensä 30-40, joten otantaa voidaan pitää hyvin onnistuneena (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 196).

Kyselyn tuloksista on koottu alle sekä kaavioita, että vastaajien avoimia vastauksia. Kaavioissa piirtyvät esiin vastaukset Likertin asteikolla 1-7 esitettyihin väitteisiin elämänlaadun osa-alueiden parantumisesta lihavuusleikkauksen jälkeen. Vastauksen arvo yksi tarkoitti vastaajan olevan täysin eri mieltä esitetyn väitteen kanssa, kun taas arvo seitsemän kertoi vastaajan olevan täysin samaa mieltä. Vastauksista laskettiin jokaiselle väitteelle myös keskiarvo.

Lisäksi tuloksiin on kerätty otteita vastaajien avoimista vastauksista. Jokaisen viiden väitteen yhteydessä on kyseiseen väitteeseen liittyviä vastauksia ja lisäksi on väitteisiin liittymättömiä ns. yleisiä kokemuksia, joita vastaajat ovat halunneet tuoda ilmi. Vastauksia kertyi hyvin monipuolisesti aina yksittäisistä sanoista kokonaiseen tarinaan, joten tila avoimille kokemuksille oli selvästi tarpeellinen osa kyselyä.

## **5.1 Yleisistä kokemuksista**

Kaikki lihavuusleikkausta ja sen jälkeistä elämänlaatua yleisellä tasolla kommentoineet olivat erittäin tyytyväiset leikkaukseen ja siihen, että lähtivät operaatioon. Usealla leikatulla olivat lihavuuden liitännäissairaudet parantuneet

jopa täysin. Esimerkkeinä parantuneista tai helpottuneista liitännäissairauksista olivat tyypin 2 diabetes, korkea veren kolesterolipitoisuus, verenpaine-tauti, hypotyreoosi ja uniapnea. Minäkuvan muutos koettiin hitaammaksi kuin fyysinen muutos, ja tähän osa potilaista olisi kaivannut enemmän tukea.

Vertaistuki koettiin tärkeäksi sekä voimavaroja lisääväksi, ja myös leikkaavan sairaalan osastolla oli tärkeää saada tukea ennen ja jälkeen operaation.

Muutama leikattu toi esiin dumping-oireet, erilaiset vatsakivut (ei suoraan to-dettua yhteyttä leikkaukseen) sekä rauta-anemian. Osalle oli mielen päälle jää-nyt esimerkiksi tukipalveluiden / seurantakäyntien (psykologi, ravintotera-putti) määrä sekä hankala pääsy (BMI-rajaa) ylimääräisen nahkan poistoon. Yli-määräinen, roikkuva nahka koettiin erittäin paljon elämänlaatua ja itsetuntoa heikentäväksi.

*Leikkauksen jälkeen olisin kaivannut enemmän tukea siihen, kuinka rajusti minäkuva muuttui, kesti todella pitkään ennen kuin tunnistin itseni peilistä. Olen kuitenkin erittäin tyytyväinen päätökseeni lähteä leikkaukseen.*

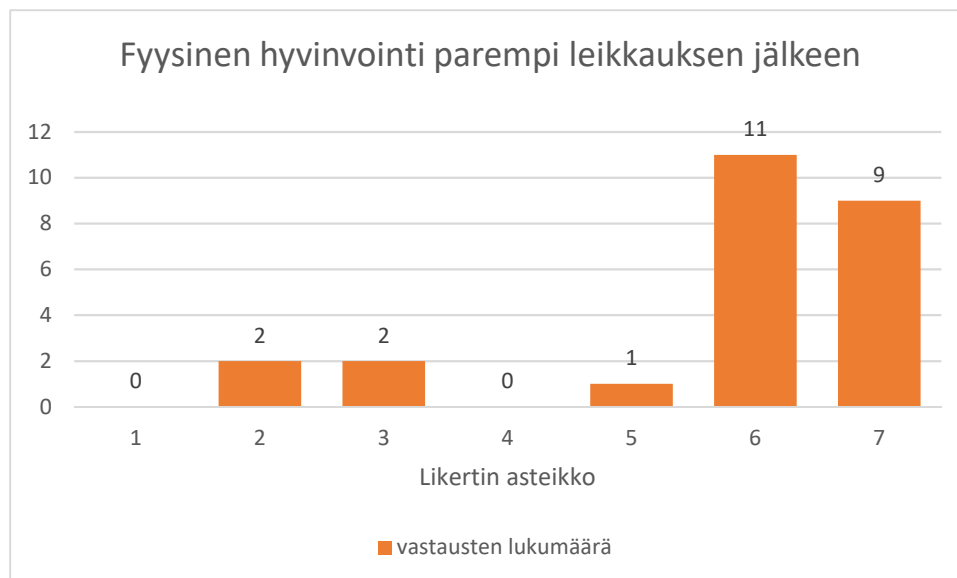
*Leikkaukseen lähteminen ei kaduta, päinvastoin. Psykykinen puoli tuli todella paljon fyysiseen muutokseen nähden jäljessä. Siihen olisin halunnut saada esim. keskustelu-apua. Nyt elämä tuntuu jälleen elämisen arvoiselta.*

*Miten ruoka-annosten koko saadaan säilymään leikkauksen jälkeen, minusta tuntuu siltä että join liikaa ja söin normaalisti niin vatsalaukku on venynyt tms. Paino ei las-kenut toivotulla tavalla. Yllätyksenä tuli myös, että sairastuin anemiaan. Rautalisää olen sit muutaman kerran kuurina joutunut syömään.*

*Parasta mitä minulle ja terveydelleni on tapahtunut. Prosessi oli pitkä 3v, mutta tarpeellinen kaikkine vaiheineen.*

## 5.2 Fyysinen vointi parempi leikkauksen jälkeen

Kyselyn tulosten keskiarvo oli fyysisen hyvinvoinnin parantumisen osalta 5,76 (kts. kuvio 1). Kommenteissa nousi esiin pääasiassa erittäin suuri tyytyväisyys parantuneeseen fyysiseen suorituskyykyyn ja liikkumisesta nauttimiseen. Yksittäiset lihavuusleikatut kokivat, että heille luvattu fyysisen hyvinvoinnin parantuminen ei toteutunut vaan esimerkiksi tekonivelleikkaus oli jäänyt edelleen tekemättä tai ennen leikkausta vaivannut kiputila ei ollut helpottanut.



Kuvio 1. Fyysinen hyvinvointi parempi.

*Ohitusleikkauksen piti parantaa nikaman siirtymästä aiheutuva hermosärky, mutta eipä parantanut. Leikkaus ja jälkitarkistukset ovat olleet ok.*

*Jaksaminen lisääntyi samaan tahtiin kuin painonpudotuskin. Portaiden nousu helpottui ja jaksaminen joka osalla parantui. Pystyjin juoksemaan. Notkeus ja vahvuus tulivat ajan mittaan. Verenpainelääkkeistä luovuin.*

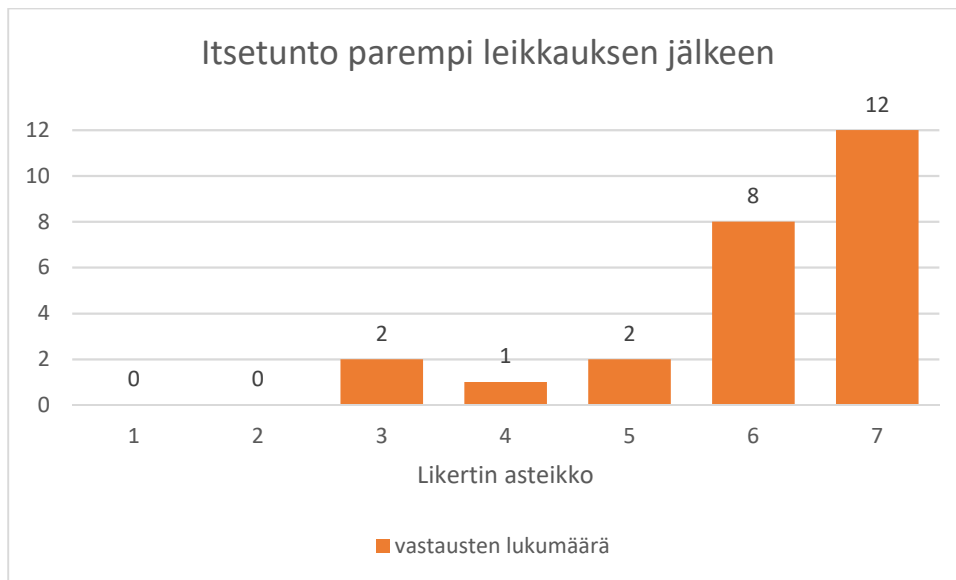
*En ole ikinä ollut näin hyvässä kunnossa! Jaksan salitreeniä ja todella nautin siitä. Polvet ja selkä eivät vaivaa enää yhtä paljon kuin ennen. Syömisen kanssa on säätämistä, mutta kun koittaa syödä säännöllisin väliajoin vähän, niin on melko hyvä olo. Kaiken rasvaisen kanssa saa olla todella varovainen, mutta makeanhimo ei ole kadonnut mihinkään. Liikaa kumpaa tahansa edellä mainittua nautittuna tekee minut todella sairaaksi.*

*Nautin matkailusta, jossa jaksan nyt paremmin liikkua.*

*Leikkauksen pääasiallinen tarkoitus oli laihtua tarpeeksi tehtävää keinonivelleikkuita varten. Joita ei edelleenkään ole tehty, eli liikkuminen on ainakin yhtä työlästä.*

### **5.3 Itsetunto parempi verrattuna leikkausta edeltävään aikaan**

Kyselyn tulosten keskiarvo oli 6,08 itsetunnon parantumisesta kysyttäessä (kts. kuvio 2). Vapaita kommentteja itsetunnon muutokseen oli tullut muutama, suurin osa oli erittäin positiivisia, vaatteiden hankinnan helpottuminen mainittiin syynä, samoin toimintakyvyn ja energisyyden lisääntyminen.



Kuvio 2. Itsetunnon muutos parempaan.

Yksittäinen kommentoija koki, että hänen minäkuvansa oli yhä hyvin suuren ihmisen. Hän jopa osti yhä yhtä suuria vaatteita kuin aikaisemmin ja harsi niitä myöhemmin pienemmäksi. Tätä tunnetta pahensi reilusti roikkuva ylimääräinen nahka, jonka poistoon määritellyjä kriteereitä potilas ei usko täyttävänsä.

*Kyllä sitä on itseensä tyytyväinen ja vaatteet istuvat paremmin päällä. Peiliin on uskaltanut katsoa myöhemmin kauhistumatta. Kevyempi olo ja kaikenlainen jaksaminen helpottaa oloa.*

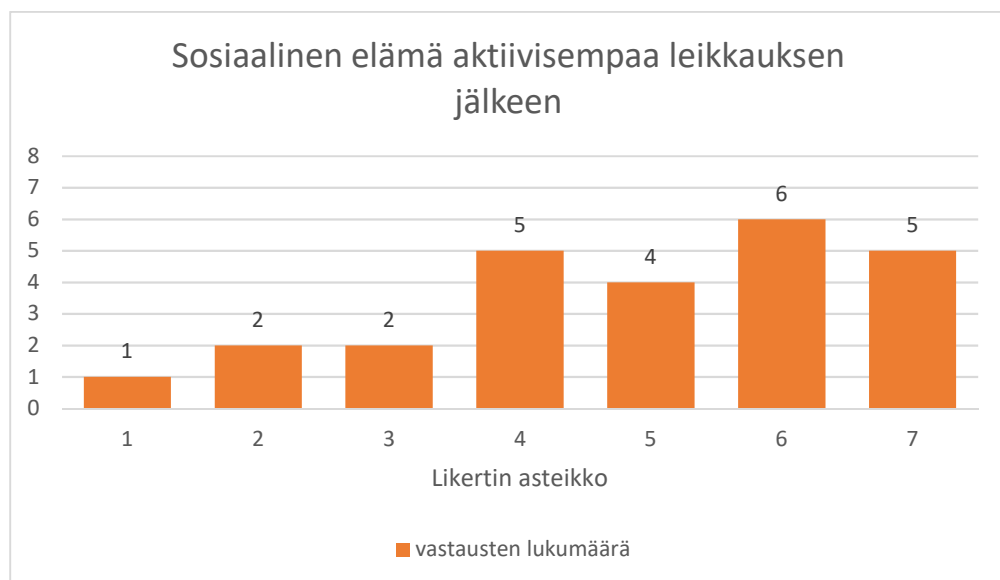
*Onhan se vaikuttanut itsetuntoon! Vaatteiden hankinta helpottui.*

*Kyllä se, että tuntee itsensä normaaliksi ja jaksaa enemmän. Pystyy tekemään asioita ja saamaan iloa ja energiaa liikunnasta vaikuttaa itsetuntoon positiivisesti. Myös se, että voi hankkia mieleisiään vaatteita eikä vaan niitä mitkä mahtuu päälle.*

*Ehkä vähän. Mutta peilistä minua katsoo edelleen sama vastenmielinen läski. Vaatekaupassa/kirpparilla etsin edelleen kokoja 52-56, sitten kursin niitä kotona pienemmäksi. Häpeän valtavaa roikkomahaa, jonka poisleikkaamisen painoraja on laskettu niin alas, että joudun kärsimään tästä vaivasta lopun elämäni. Ja kaikki muutkin paikat roikkuu, eivätkä ilmeisesti koskaan tule normaaleiksi.*

#### 5.4 Sosiaalinen elämä aktiivisempaa leikkauksen jälkeen

Kyselyn tulosten keskiarvo oli 4,88 sosiaalisen elämän aktiivisuudesta kysyttäessä (kts. kuvio 3). Sosiaalisen elämän muutoksen tyytyväisyyskeskiarvo jäi kaikkein alhaisimmaksi, kommenttien perusteella se johtuu siitä, että potilailla oli jo valmiiksi aktiivinen sosiaalinen elämä ja tämän takia muutos ennen leikkausta verrattuna jälkeiseen aikaan on maltillisempi.



Kuvio 3. Sosiaalisen elämän aktiivisuuden muutos.

Avoimia kommentteja tuli kuitenkin useita, sosiaalisiin tilanteisiin lähteminen koettiin helpommaksi, samoin mielentila parani sekä masennus helpotti. Myös liikuntaharrastusten lisääntyminen oli lisännyt sosiaaliseen elämään tyytyväisyyttä. Usealle potilaille tutustuminen muihin lihavuusleikattuihin on tuonut uuden tärkeän sosiaalisen ringin.

*Helpompi lähteä erilaisiin harrastuksiin ja tilaisuuksiin, jossa on läsnä paljon ihmisiä. Ryhti parani. Iloisuus palasi. Nauru tuli takaisin. Itkut ja masennus helpottivat.*

*Ei vaikutusta leikkauksella, se on ollut aktiivista aina.*

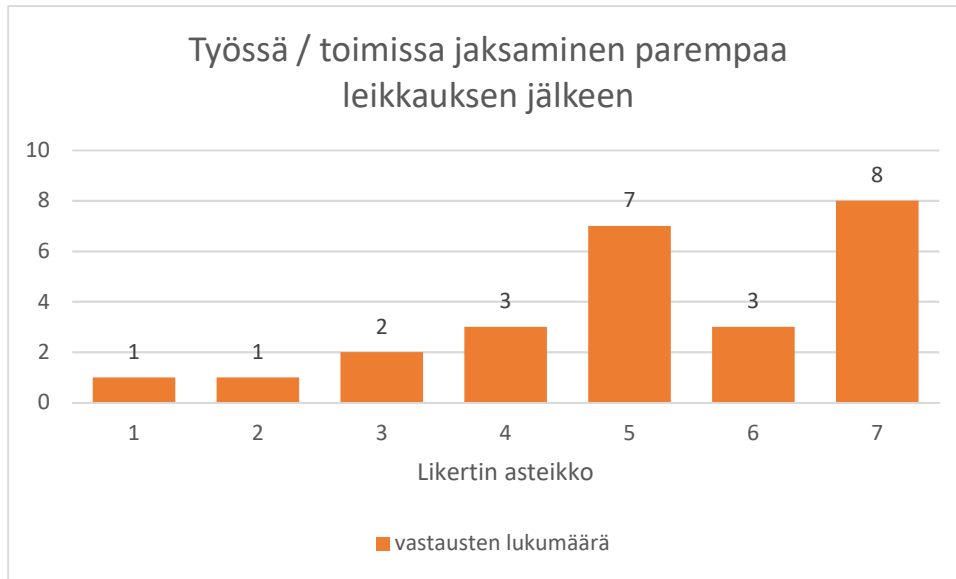
*Ehkä jonkin verran. Minulla oli aktiivinen sosiaalinen elämä myös ennen leikkausta. Nyt se on monipuolisempaa, kuin vain harrastaa monipuolisemmin → liikuntaharrastukset.*

*Välillä olen tosi sosiaalinen, mutta välillä taas tosi masentunut ja eristäytynyt.*

*Olen tutustunut uusiin ihmisiin, leikattuihin.*

## **5.5 Jaksaminen töissä / toimissa parempaa leikkauksen jälkeen**

Töissä tai toimissa jaksamisen keskiarvo oli 5,2 kyselyn tuloksissa (kts. kuvio 4). Erilaisten kipujen helpottuminen, samoin kuin muiden liitännäissairauksien parantunut tilanne painonlaskun myötä näkyi selvästi vastauksissa. Myös unenlaadun parantuminen toi lisää energiaa jaksaa aktiivisessa elämässä. Työelämässä jaksaminen ja kestävyys oli parantunut usealla potilaalla. Potilaat arvelivat hyvien työvuosien lisääntyneen leikkauksen myötä.



Kuvio 4. Työssä tai toimissa jaksaminen parantunut.

Joillain raudan ja vitamiinien imeytymishäiriöt olivat lisänneet väsymystä. Osalla pitkän aikaa vaivannut ylipaino oli jättänyt kulumia niveliin yms. jolloin kivut ja liikkumisen vaikeus rajoittavat yhä toimimista.

*Selkä ja erilaiset nivelkiivot loppuivat. Verenpaine tasaantui, uniapnea-laitteesta luovuin. Uni on kevyempää, hikoilu väheni. Eli jaksan kaikkea paljon pitempään kuin ennen.*

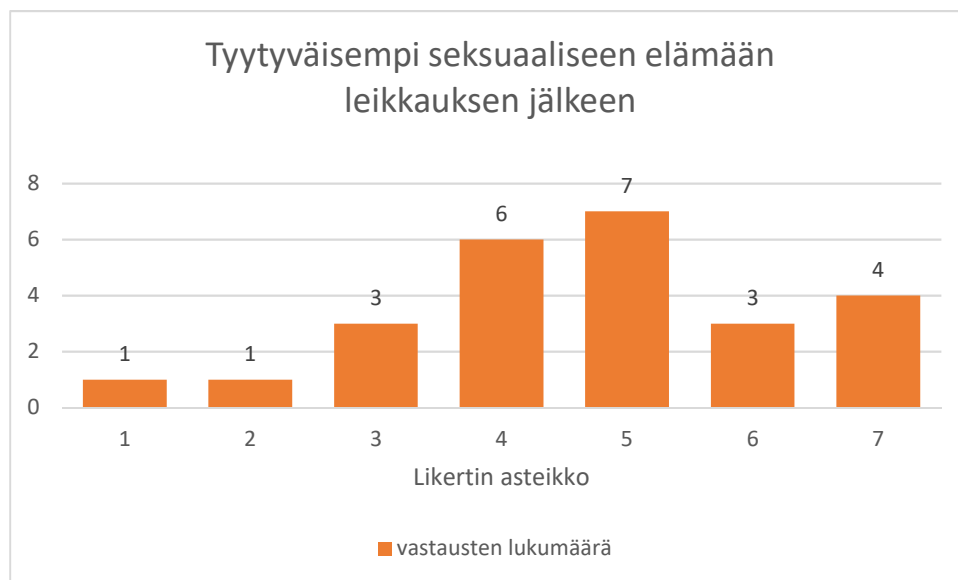
*Rauta-arvojen lasku ja vitamiinien huono imeytyminen lisännyt väsymystä.*

*Tuskin olisin jaksanut niin kauan jos olisin ollut edelleen ylipainoinen.*

*En hengästy niin helposti, hikoilu vähentyi. Muut sairaudet (lähinnä nivel- ja selkävaivat) verottavat jaksamista.*

## 5.6 Tyytyväisempi seksuaaliseen elämään leikkauksen jälkeen

Kyselyn tuloksissa seksuaalisen elämän parantumisen keskiarvo oli 4,68 (kts. kuvio 5). Myös seksuaalisessa elämässä oli osalla potilaista tapahtunut positiivista kehitystä, pääosin johtuen itsetunnon parantumisesta sekä sitä kautta kyvyssä nauttia itsestään ja kumppanistaan.



Kuvio 5. Tyytyväisempi seksuaaliseen elämään.

Osalla leikkaus ei ollut vaikuttanut seksuaaliseen elämään lainkaan. Joissakin vastauksissa kuvasti ylimääräisen nahan aiheuttamat itsetunto-ongelmat ja sitä kautta itseinho tai häpeä.

*Loppui ns. itsesäällissä rypeminen. Pystyy nauttimaan enemmän. Uskaltaa näyttäytyä kumppanilleni ei vain pimeässä. Fyysinen kosketus on nautinto verrattuna entiseen minään.*

*Ei vaikutusta leikkauksella.*

*Seksuaalielämäni oli kovin hiljaista ennen leikkausta ja on edelleen. Eli en osaa sanoa olisiko eroa jos sitä olisi ollut ennen tai olisi nyt.*

*Häpeän omaa ruumistani todella paljon, mikä vie osan nautinnosta pois. Vielä kun saisi 20kg ja roikot pois olisi tilanne ihan toinen.*

*Ei liity painoon, eikä sen vaihteluun yhtään.*

## **6 Pohdinta**

### **Tutkimuksen ajankohtaisuus ja tarpeellisuus**

Lihavuusleikkausten vuotuisen määrään kohdistuu jatkuvasti kasvupaineita. Ottaen huomioon leikkausten suuruusluokan, vaativuuden, sekä kustannusten, on ensiluokkaisen tärkeää maksimoida leikkauksen tulokset niin yhteiskunnallisella, kuin yksilötasolla. (Salminen & Koivukangas 2018.) Tätä taustaa vasten on helppo todeta opinnäytetyön olevan hyvin tarpeellinen ja uudelta suunnalta aihetta lähestyvä.

Lihavuusleikattujen elämänlaatua ja tuen tarvetta on tutkittu aiemmin esimerkiksi opinnäytetöiden muodossa, mutta tällöin aiheesta on tehty kirjallisuuskatsaus (Kareinen-Heiskanen & Kiiski-Arosuo 2015). Toisessa työssä oli haettu kokemuksia lihavuusleikattujen tuen tarpeesta LiLe ry:n keskustelupalstalta (Karhunen & Lummaa 2014). Vastaavaa tutkimusta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitopolusta ei ole aiemmin tehty.

Tämä tutkimus myös keskittyy Keski-Suomen sairaanhoitopiirin leikkauspolun (kts. liite 3) läpikäyneisiin potilaisiin, jolloin saatu data mahdollistaa juuri kyseisen hoitopolun kriittisen tarkastelun ja kehittämisen. Kvantitatiivista ja kvalitatiivista lähestymistapaa hyödyntävä tutkimustapa antaa myös laajemman mahdollisuuden antaa palautetta ja tuoda esiin kokemuksia.

### **Tulosten tarkastelu**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuonna 2011 ja 2012 lihavuusleikattujen potilaiden elämänlaadun muutoksia ja potilaiden kokemuksia, jotta leikkauspolun tukitoimia olisi mahdollista optimoida mahdollisimman onnistuneen painonlaskun ja -hallinnan tukemiseksi. Kyselyn tulokset kertoivat lisääntyneestä elämänlaadusta jokaisella kyselyn osa-alueella, eli fyysisessä hyvinvoinnissa, itsetunnossa, työssä tai toimissa jaksamisessa, sekä sosiaalisessa ja seksuaalisessa aktiivisuudessa. Suurimmat positiiviset elämänlaadun muutokset tulivat ilmi itsetunnon ja fyysisen hyvinvoinnin kohentumisena. Potilaat eivät kaivanneet suuria muutoksia varsinaiseen lihavuusleikkauksen hoitopolkuun, mutta jonkin verran esiin nousi toivetta suuren elämänmuutoksen vaatimasta henkisestä tuesta ja seurannasta.

Lihavuusleikkauksen on tutkittu vaikuttavan jopa erittäin positiivisesti potilaan elämänlaatuun kokonaisuutena. Kohentamalla leikkauksen jälkeisiä psyykkisiä tukitoimia laihtumistulokset voisivat olla jopa paremmat. Lihavuusleikkauksen onnistumista ei voi siis arvioida pelkästään laihtumistuloksen perusteella. (Lindekilde, Gladstone, Lübeck, Nielsen, Clausen, Vach & Jones 2015; Vargas, Mendes & Pinto 2017; Major, Matlok, Pedziwiatr, Migaczewski, Budzynski, Stanek, Kisielewski, Natkaniec, Budzynski 2015.) Psyykkisen tuentarpeeseen suuresti vaikuttava tekijä on lihavuusleikkauksen aiheuttamat suuret muutokset vartalon fyysisiin mittasuhteisiin, jotka voivat johtaa jopa deformiteettiin. Tämä taas altistaa niin liikkumisvaikeuksiin, iho-oireisiin kuin psykososiaalisiin haittoihinkin. Siksi leikkauksen jälkeinen psyykkisen tuen ja mahdollisten plastiikkakirurgisten korjausten rooli korostuu. (Setälä, Kaarela 2013.)

Samat asiat nousivat esille myös tässä tutkimuksessa. Potilaat eivät katuneet leikkaukseen lähtöä, ja olivat erittäin tyytyväisiä kohonneeseen elämänlaatuun, mutta ylimääräinen nahka ja suurten fyysisten muutosten perässä kulkeva kehonkuva vaivasivat osaa leikatuista. Tähän olisi kaivattu keskustelutukea, niin ennen leikkausta, kuin leikkauksen jälkeenkin. Plastiikkakirurgisiin korjausleikkauksiin vaadittavat BMI-rajat koettiin hyvin vaativina, jopa mahdollittomina.

Lihavuusleikkauksella on hyvin paljon suotuisia terveysvaikutuksia, ja fyysisen voinnin reilusta kohentumisesta kertovat tulokset ovat hyvin samankaltaisia tutkimuksesta toiseen. Fyysisen toimintakyvyn mukana paranee myös jakaminen töissä ja muissa toimissa. Samat hyödyt nousivat esiin myös tutki-

muksen kohderyhmän vastauksissa. Hyödyllisiin terveystahtoihin kuuluivat muun muassa pienentyneen kokonaiskuolleisuuden lisäksi tyypin 2 diabeteksen parantuminen tai helpottuminen, veren rasva-arvojen ja verenpaineen parantuminen ja uniapnean helpottuminen. Myös psyykkisiä muutoksia tapahtuu ainakin parantuneen itsetunnon ja uuden minäkuvan muodossa. (Lusenius & Hupeli 2015; Pekkarinen 2016; Käypä hoito – suositus: Lihavuus 2013; Peterli 2018; Sane 2014; Sjöström 2013.)

Tuore Suomalainen SLEEVEPASS-tutkimus seurasi joukkoa lihavuusleikattuja viiden vuoden ajan. Sen mukaan keskimäärin potilaat laihtuivat puolet ylipainostaan, ja noin 40 prosenttia parantui tyypin 2 diabeteksestä. Dyslipidemioiden lääkehoito voitiin lopettaa puolelta tutkituista potilaista, samoin kuin lääkehoito korkeaan verenpaineeseen. (Salminen ym. 2018.) Tutkittuun tietoon perustuva Käypä Hoito – suositus listaa suotuisiin vaikutuksiin edellä mainittujen lisäksi myös parantuneen lisääntymisterveyden (Käypä hoito - suositus: Lihavuus 2013). Esimerkiksi munasarjojen monirakkulatauti PCOS:n aiheuttama lapsettomuus voi parantua ja raskauskomplikaatiot vähentyä. Tästä löytyi kokemusta myös tutkittavasta potilasryhmästä, pitkä lapsettomuus oli päättynyt terveen lapsen syntymään hyvin sujuneen raskauden jälkeen.

Psyykkisistä muutoksista tutkimuksissa nousevat esiin parantunut itsetunto, mutta toisaalta uuden minäkuvan hahmottamisen vaikeus. Varsinkin kahden ensimmäisen postoperatiivisen vuoden aikana painon nopea putoaminen aiheuttaa sekä positiivisia vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin, että haasteita minäkuvan hyväksymiseen ja uuden koon hahmottamiseen. Leikattujen kokemukset kertovat ihmisten suhtautumisen muuttuneen jopa niin paljon, että se

on vaikuttanut työllistymiseen ja ihmissuhteisiin. Työllistyminen on ollut helpompaa, joka taas on saanut miettimään miksi ihmisen paino vaikuttaa niin paljon kohteluun ja ennakoasenteisiin. Kokonaisuutena psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja elämänlaatu on kuitenkin parantunut. (Saarni, Anttila, Saarni, Ikonen & Malmivaara 2009; Lusenius & Hupli 2015.) Samoja tuloksia nousi esiin kohderyhmän vastauksissa. Osalla oli jo ollut aktiivinen sosiaalinen elämä, joka ei suuresti muuttunut, mutta toisilla sosiaalinen elämä oli puhjennut uuteen kukoistukseen. Kohonnut itsetunto oli tuonut uutta uskallusta tutustua ihmisiin ja aloittaa harrastuksia. Myös toiset lihavuusleikatut oli koettu tärkeäksi voimavaraksi ja vertaistueksi. Jaksamisen parantuminen oli parantanut perhe-elämän laatua, ja toisaalta antanut rohkeutta tehdä radikaalejakin muutoksia elämässä.

Seksuaalinen hyvinvointi lihavuusleikkauksen jälkeen ei ole tutkimusten mukaan yksiselitteinen asia. Toisaalta laihtuminen normaalimpaan painoon, kohonnut itsetunto ja parempi liikkuvuus lisää hyvinvointia, mutta toisaalta ylimääräinen iho ja minäkuvan epäselvyys saattavat vähentää halua tai nautintoa. Osalla halut ovat tuntemattomasta syystä vähentyneet ilman selvää selytystä, osalla paino ei ole ikinä vaikuttanut seksuaaliseen hyvinvointiin mihinkään suuntaan. (Saarni yms. 2009; Lusenius & Hupli 2015; Mariano, Paula, Bassi & Paula 2014; Efthymiou, Hyphantis, Karaivazoglou, Gourzis, Alexandrides, Kalfrarentzos & Assimakopoulos 2015.) Tutkimuksen kohderyhmän kokemukset olivat linjassa tutkitun tiedon kanssa. Osa vastaajista oli kokenut parannusta seksuaalisessa elämässään, osa ei ollenkaan ja osalla ylimääräinen nahka aiheutti ahdistusta ja itsetietoisuutta niin paljon, että häiritsi myös tätä elämänosa-aluetta. Parannus tuli normalisoituneesta painosta, parantuneesta itsetunnosta ja fyysisestä liikkuvuudesta. Osa leikatuiista koki,

ettei seksuaalinen hyvinvointi ollut mitenkään riippuvainen lihavuudesta tai painosta.

Kokonaisuutena tutkimuksen tulokset peilasivat tutkittua tietoa erittäin hyvin. Erityisesti hyvin kartoitetut fyysiset muutokset nousivat esiin, kuten oli oletettavaakin. Leikkauksen aiheuttamat muutokset ja liitännäissairauksien oirekirjon helpottumien on hyvin tutkittu aihe. Elämänlaatu kokonaisuutena on kuitenkin monesta seikasta riippuvainen kokonaisuus, jota jokainen peilaa vielä oman elämänsä ja ajatusmaailmansa kautta. Niinpä absoluuttista totuutta elämänlaadusta kokonaisuutena on vaikea muodostaa, kokemus on jokaiselle subjektiivinen. Kyselyn vastauksista nousi kuitenkin esiin ennen kaikkea tyytyväisyys leikkaukseen lähtemiseen ja uuteen elämään, jonka lihavuusleikkaus antoi. Vastauksista nousi esiin myös kattavan tuen tarve sekä ennen leikkausta, että sen jälkeen. Hyvin tuettu ja informoitu potilas pystyi tekemään parempia valintoja ja sopeutui uuteen elämään vähemmällä epävarmuudella.

### **Tulosten eettisyys ja luotettavuus.**

Koska tutkimus koski suoraan potilaita, oli äärimmäisen tärkeää varmentaa, että tutkimus suoritettiin eettisesti oikein ja potilaan etua ja tietoja varjellen. Tästä syystä postikysely oli parempi valinta kuin esimerkiksi haastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara.) Työhön haettiin puolto Keski-Suomen keskussairaalan eettisen lautakunnan sihteeriltä ja puoltoa varten tarkastettiin opinäytetyön suunnitelma, saatekirje sekä itse kyselylomake. Kaikkiin tehtiin jokin korjaus ja tarkennus, jotta kysely ja sitä kautta kehitystyö olisi kaikin

puolin eettinen ja oikein toteutettu. Potilaille kerrottiin saatekirjeessä, että vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuttaisi millään tavalla heidän saamaansa hoitoon tai seurantoihin eikä olisi missään nimessä ehtona millekään.

Lisäksi saatekirjeestä poistettiin vastaamisen kursorinen aikaraja, syyskuun aikana, ettei vastaaja kokisi tulleeensa painostetuksi. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin myös, että opinnäytetyö tulisi julkisesti luettavaksi (Theseus-palvelu) sekä se, että vastaaminen tarkoittaisi tutkimukseen suostumista.

Tutkimuksen luotettavuutta punnittaessa on muistettava, että jokainen kyselyyn vastannut potilas vastasi omasta puolestaan oman subjektiivisen näkemysensä, ja näin oli myös tarkoitus. He kertoivat miten ovat kokeneet muutoksen elämässään ja ennen kaikkea elämänlaadussaan. Lisäksi he saivat mahdollisuuden kertoa avoimesti omasta kokemuksestaan. Osa oli kokenut asiat positiivisemmin, osa olisi kaivannut enemmän tukea, osa koki koko elämänsä muuttuneen. Nämä kaikki ovat potilaalle itselleen totuuksia ja siten sitä on kunnioitettava ja pidettävä faktana, vaikka ne eivät olekaan todennettavissa.

Kyselyn luotettavuuden kannalta olisi mahdollisimman suuri vastausprosentti toivottu. Suurempaan vastausprosenttiin olisi voinut pyrkiä toistamalla kyselyn, mutta tällä kertaa se oli resurssien rajallisuuden vuoksi jätettävä tekemättä. Voidaan myös pohtia miksi niin moni jätti vastaamatta? Vastanneista 26:sta yksi ei kertonut sukupuoltaan, peräti 20 oli naisia ja vain viisi vastausta tuli miehiltä. Tämän perusteella voidaan arvioida, että naiset olivat selvästi aktiivisempia, mutta ei voida sanoa miksi.

Lisäksi herää kysymys siitä, jättääkö leikkaukseensa pettynyt vastaamatta vai kirvoittaako se päinvastoin kertomaan oman tarinansa? Tai haluaako leikkauksen onnistuneesti läpikäynyt jättää koko asian taakseen ja jättää siksi vastaamatta? Onko paino hiipinyt takaisin ja siksi asiaan ei haluta palata? Vai olivatko he yksinkertaisesti haluttomia osallistumaan tutkimukseen?

Kaavakkeessa kysyttiin taustatiedoissa tämän hetkistä painoa ja vastanneiden hajonta oli 55 kilogramman ja 157 kilogramman välissä (ilmoitettujen kotipainojen keskiarvo oli 99 kilogrammaa), eli hajonta oli suurta. Senkään perusteella ei ajattelisi, että palannut paino olisi ollut vastaamista vähentävä tekijä. Kaikki spekulatiota, mutta olisi mielenkiintoista tietää mitä 67 prosenttia kyselyn saaneista ajatteli.

Toistettavuus tutkimuksessa olisi oletettavasti erittäin hyvä, jos kysely toistettaisiin piakkoin. Toki tässäkin ajan kulumisen ja muut elämään vaikuttavat asiat saattaisivat vastauksia muuttaa elämän muuttuessa. Avoimen vastauksen salliminen jokaiseen viiteen kysymykseen todennäköisesti myös kirvoitti vastaajaa pohtimaan vastaustaan enemmän verrattuna pelkkään numeraaliseen vastaukseen.

### **Jatkoehdotukset**

Koska hoitoala kehittyy jatkuvasti, on tässäkin tapauksessa kehityskohteita. Vastaavan elämänlaatua mittaavan kyselyn voisi ottaa mukaan muuhun lihavuusleikkauksen jälkeiseen seurantaan aivan samalla tavalla kuin vuotuiset verikokeetkin. Olisi hyvä myös kysyä onko jokin epätoivottava syömistapa

jäänyt yhä vaivaksi, esimerkiksi sokerikoukku tai himo rasvaisiin ruokiin. Kyseyllä mahdollisiin ongelmakehoihin tai kehittyviin haasteisiin olisi mahdollista tarttua aiemmin ja siten esimerkiksi torjua mahdollinen takapakki tai romahtava elämänlaatu. Kuitenkaan läheskään kaikki vastaajien esiin tuomat kipukohdat eivät vaatisi suurta budjettia tai panostusta myöskään sairaanhoitopiiriltä tai perusterveydenhuollolta.

Osa koki vertaistuen erittäin tärkeäksi ja silloin ryhmätapaamisten lisäksi olisi esimerkiksi mahdollista tuoda paremmin hoitopolun aikana tietoa esimerkiksi lihavuusleikkattujen potilasyhdistyksestä eli LiLe ry:stä esimerkiksi oppaan tai esitteen muodossa. Tällöin vertaistukea ja kokemuksia olisi mahdollista saada jo aiemmin ja siten valmistaa itseään myös henkisesti lihavuusleikkauksen pysyvästi onnistuneen tuloksen vaatimiin elämäntapamuutoksiin. Elämäntapamuutoksessa voisi tukea myös esimerkiksi Personal Trainer, jolla olisi tietotaitoa lihavuusleikatun kanssa työskentelystä, niin ravitsemuksen kuin liikunnan osalta. Moni sairaalloisesti obeesi ei ole välttämättä harrastanut liikuntaa, ja asiantunteva ohjaus voisi laskea aloituskynnystä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitopolkuun ei tällä hetkellä kuulu psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykologin tapaamista, jos potilaan tausta ei tätä vaadi. (ks. liite 3). Kyseinen tukitoimi olisi tarpeen viimeistään leikkauksen jälkeen, kun painonlasku lähtee kiihkaasti käyntiin ja minäkuva laahaa perässä. Ei ole helppoa tehdä suurta elämänmuutosta, jos oma peilikuva ja oma keho tuntuvat vieraalta. Leikkauskriteereihinkin kuuluu vaatimus kyvystä muuttaa syömistottumuksia ja sopeutua minäkuvan muutoksiin (Pekkarinen 2016). Suurin muutos lihavuusleikkauksen yhteydessä pitäisi tapahtua omassa käytöksessä, rutiineissa ja tavoissa. Näiden asioiden ymmärtämiseen ja onnistuneeseen uudelleenohjelmoimiseen olisi ammattilaisen apu tarpeen.

Bariatrisen hoitajan sijan luominen voisi myös olla tehokas keino tukea lihavuuden kanssa painivia potilaita. Monella lihavalla on liitännäissairauksia ja tuen tarvetta usealla osa-alueella. Usean poliklinikan kanssa toimiminen saattaa viedä voimia ja tuoda epävarmuutta siitä tuleeko potilaan asiat hoidettuna kokonaisuutena. Yhden hoitajan tapaaminen toisi turvallisuudentunnetta ja hoitajalla taas olisi tietotaito hyödyntää moniammatillista yhteistyötä potilaan kokonaisvaltaisen hoidon hyväksi. Bariatrisen hoitajan vastaanotto olisi myös hyvä kohde etätapaamisille tai verkkoneuvonnalle. Myös vertaistukitapaamisia voisi koordinoida esimerkiksi Skypen tai muun massaviestintäohjelman avulla. Sähköistä neuvontaa voisi tarjota myös keskustelupalstan kautta, esimerkiksi ateriakokoja tai lautasmallia olisi helppo kohentaa kuvien ja esimerkkien kautta.

Yksi hyvin kustannustehokas tukimuoto olisivat kokemusasiantuntijat. Tuttuja jo ainakin päihdetyön puolelta, itse samassa tilanteessa olleet ihmiset tarjoaisivat tukea, kokemuksia, ja kipeästi kaivattuja vastauksia vaikka jo ennen lihavuusleikkausta tai leikkauspäätöstä. Saman tilanteen kohdannut ja samojen epävarmuuksien kanssa paininut osaisi antaa potilaille käytännön tietoa ja matalan kynnyksen kysellä asioita, joita ei esimerkiksi lääkäriltä tai hoitajalta tohdi kysyä.

## Lähteet

Centers for Disease Control and Prevention. 2016. Health-Related Quality of Life. Viitattu 18.2.2018. <https://www.cdc.gov/hrqol/>

Efthymiou, V., Hyphantis, T., Karaivazogiou, K., Gourzis, P., Alexandrides, T. K., Kalfarentzos, F. & Assimakopoulos, K. 2015. The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obesity Surgery* 2015 Feb;25(2):310-8. Viitattu 20.3.2018. doi: 10.1007/s11695-014-1384-x.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. Helsinki: Tammi.

Honka, H. 2016. Splanchnic Metabolism and Blood Flow in Man; PET Studies with Reference to Obesity and Diabetes. Turun Yliopisto. Turku. ISBN 978-951-29-6641-7. Viitattu 20.2.2018.

Honka, H. 2017. Haiman rasva-aineenvaihdunta ja insuliinin erityskyky paranevat nopeasti lihavuusleikkauksen jälkeen. *BestPractic* 5/2017. Viitattu 20.2.2018. <https://bestprac.fi/wp-content/uploads/sites/4/2017/05/haiman-rasva-aineenvaihdunta-ja-insuliinin-erityskyky-paranevat-nopeasti-lihavuusleikkauksen-jalkeen.pdf>

Hänninen, S. Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. 2006. *Duodecim* 2006;122:1625-1630. ISSN 0012-7183. Viitattu 13.2.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95843.pdf>

Ikonen T. S., Anttila H., Gylling H., Isojärvi, J., Koivukangas, V., Kumpulainen, T., Mustajoki, P., Mäklin, S., Saarni, S., Saarni, S., Sintonen, H., Victorzon, M. & Malmivaara, A. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Luku 5: Haittavaikutukset, ss. 87-111. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2009*. Helsinki. ISBN 978-952-245-084-5. Viitattu 20.2.2018.

Karhunen, K. & Lummaa, J-P. 2014. Lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja sen tarpeesta. *Opinnäytetyö, AMK*. Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, Degree Programme in Nursing and Health Care. Viitattu 10.03.2018.

Kareinen-Heiskanen, T. & Kiiski-Arosuo, S. 2015. Lihavuusleikkauksen vaikutus elämänlaatuun. Opinnäytetyö, AMK. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, Bachelor of Health Care. Viitattu 10.3.2018.

Karlsson, H. K., Tuulari, J. J., Tuominen, L., Hirvonen, J., Honka, H., Parkkola, R., Helin, S., Salminen, P., Nuutila, P. & Nummenmaa L. 2015. Lihavuusleikkaus vaikuttaa aivojen reseptoreihin. *Mol Psychiatry* 2015;131(22):2198. Viitattu 20.2.2018.

Koivukangas, T., Heikkinen, T., Saarnio, J. & Savolainen, M. 2008. Sairaalloisen lihavuuden kirurginen hoito. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 2008;124(4):393-400. Viitattu 20.2.2018.

Kolotkin, R. L., Head, S., Hamilton, M. & Tse, C.-K. J. 1995. Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obesity Research*, 3: 49–56. Viitattu 19.2.2018. doi:10.1002/j.1550-8528.1995.tb00120.x

Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Kosloski, K. D. and Williams, G. R. 2001. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obesity Research*, 9: 102–111. Viitattu 20.2.2018. doi:10.1038/oby.2001.13

Käypä hoito: Lihavuus (aikuiset). 2013. Viitattu 8.11.2016.

Käypä hoito: Lihavuus (aikuiset). Painoindeksi ja vyötärölihavuus. 2010. Viitattu 7.2.2018.

Lindekilde, N., Gladstone, B.P., Lübeck, M., Nielsen, J., Clausen, L., Vach, W. & Jones, A. 2015. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2015 Aug;16(8):639-51. Viitattu 11.3.2018. doi: 10.1111/obr.12294.

Lusenius, V. & Hupli, M. 2015. Elämä lihavuusleikkauksen jälkeen – kuvaileva tutkimus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* 2015, 27 (2), 82-92. Viitattu 20.3.2018.

Major, P., Matlok, M., Pedziwiatr, M., Migaczewski, M., Budzynski, P., Stanek, M., Kisielewski, M, Natkaniec, M. & Budzynski, A. 2015. Quality of Life After Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2015 Sep;25(9):1703-10. Viitattu 11.3.2018. doi: 10.1007/s11695-015-1601-2.

Mariano, M. L., Paula, M. A., Bassi, D. G. & Paula, P. R. 2014. Bariatric surgery: impact on sexuality of the obese person. *Revista do Colegio Brasileiro de*

Cirurgioes 2014 Nov-De;41(6):412-20. Viitattu 20.3.2018. doi 10.1590/0100-69912014006006.

Miras, A. D., Al-Najim, W., Jackson, S. N., McGirr, J., Cotter, L., Tharakan, A., Vusirikala, C., le Roux, C. W., Prechtel, Scholtz, S. Psychological characteristics, eating behavior, and quality of life assessments of obese patients undergoing weight loss interventions. 2014. *Scandinavian Journal of Surgery*. 104: 10-17. Viitattu 20.3.2018.

Mustajoki, P. Lihavuusleikkaus. 2015. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.11.2016.

Mustajoki, P. Ruokaympäristön muutos selittää pääosan väestöjen lihomisesta. 2015b. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2015;131(15):1345-52. Viitattu 13.2.2018.

Mustajoki, P. Lihavuusleikkaus. 2017. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.2.2018.

Müller, A., Crosby, R.D., Selle, J., Osterhus, A., Köhler, H., Mall, J.W., Meyer, T. & de Zwaan, M. 2018. Development and Evaluation of the quality of Life for Obesity Suregry (QOLOS) Questionnaire. *Obesity Surgery* (2018) 28: 451. Viitattu 20.2.2018. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-2864-6>

Mäklin, S., Malmivaara, A., Linna, M., Victorzon, M., Koivukangas V. & Sintonen, H. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoidon kustannusvaikuttavuus Suomessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125(20):2265-73. Viitattu 20.2.2018. <http://duodecimlehti.fi/lehti/2009/20/duo98379>

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. THL. Viitattu 11.11.2016.

Nannipieri, M., Baldi, S., Mari, A., Colligiani, D., Camastra, S., Barsotti, E., Berta, R., Moriconi, D., Bellini R., Anselmio, M. & Ferrannini, E. 2013. Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: mechanisms of diabetes remission and role of gut hormones. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013 Nov;98(11):4391-9. Viitattu 20.2.2018. doi: 10.1210/jc.2013-2538.

Oria H.E. & Moorehead M. K. 1998. Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Obesity Surgery*; 8(5): 487-99. Viitattu 18.2018.

Oria H. E. & Moorehead M. K. 2009. Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 5(1):60-66. Viitattu 18.2.2018. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.10.004>

Pekkarinen, T. Lihavuuden leikkaushoito. 2016. Lääkärin käsikirja. Viitattu 16.1.2017.

Peterli, R., Wölnerhanssen, B. K., Peters, T., Vetter, D., Kröll, D., Borbély, Y., Schultes, B., Beglinger, C., Drewe, J., Schiesser, M., Nett, P. & Bueter, M. 2018. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients with Morbid Obesity. *JAMA*. 2018;319(3):255-265. Viitattu 20.2.2018. doi:10.1001/jama.2017.20897.

Rolls, B. J., Roe, L. S. & Meengs, J. S. 2007. The effect of large portion sizes on energy intake is sustained for 11 days. *Obesity*. Jun; 15(6): 1535-43. Viitattu 16.2.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17557991>

Saarni, S. E., Anttila, H., Saarni, S. I., Ikonen, T. S. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuusleikkauksen vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. *Duodecim* 2009;125:2287-94. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Viitattu 20.3.2018.

Sane, T., Pekkarinen, T., Jaser, N., Juuti, A., Virtanen, L. & Leivonen M. 2013. Mahalaukun kavennus- ja ohitusleikkauksen vaikutus tyypin 2 diabeetikon lääkkeiden käyttöön ja kustannuksiin – kahden vuoden seurantatutkimus. *Läketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 2013;129(115):1590-7. Viitattu 20.2.2018.

Sane, T. 2014. Lihavuuden leikkaushoidon tulokset. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.11.2016.

Salminen, P. 2014. Lihavuusleikkaukset. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.11.2016.

Salminen, P. & Koivukangas, V. 2017. Kenelle lihavuusleikkaus? *Suomen lääkärilehti* 3/2017 vsk 72. s. 118-121. Viitattu 10.3.2018.

Salminen, P., Helmiö, M., Ovaska, J., Juuti, A., Leivonen, M., Peromaa-Haavisto, P., Hurme, S., Soinio, M., Nuutila, P. & Victorzon, M. 2018. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Rox-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss at 5 Years Among Patients With Morbid Obesity. *JAMA*. 2018;319(3):241-254. Viitattu 20.2.2018. doi:10.1001/jama.2017.20313.

Setälä, L. & Kaarela, O. 2013. Postbariatrinen kirurgia Pohjoismaissa. Lääkäri-lehti 23/2013 vsk 68. s. 1728-1733. Viitattu 11.3.2018.

Sjöström, L., Lindroos, A. K., Peltonen, M., Torgerson, J., Bouchard, C., Carlsson, B., Dahlgren, S., Larsson, B., Narbro, K., Sjöström, C. D., Sullivan, M. & Wedel, H. 2004. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *The New England Journal of Medicine*. 2004; 351:2683-2693. Viitattu 20.2.2018. 10.1056/NEJMoa035622

Sjöström, L. 2013. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med* 2013; 273: 219–234. Viitattu 20.2.2018.

Steenhuis, I. H. M. & Vermeer, W. M. 2009. Portion size: review and framework for interventions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Viitattu 14.2.2018. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-58>.

THL. 2012. Finriski 2012- väestötutkimus. Viitattu 11.11.2016.

THL. 2016. Toimia tietokanta. Viitattu 11.11.2016.

Tuulari, J., Karlsson, H., Hirvonen, J., Bucci, M., Hannukainen, J., Salminen, P., Helmiö, M., Ovaska, J., Soinio, M., Savisto, N., Nummenmaa, L. & Nuutila, P. 2013. Lihavuus herkistää aivot insuliinille. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2013;62:2747-51. Viitattu 20.2.2018.

Valkonen, T. 2016. Ravitsemussuunnitelija. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 18.10.2016.

Vargas, G. P., Mendes, G. A. & Pinto, R. D. 2017. Quality of Life After Vertical Gastrectomy Evaluated by the BAROS Questionnaire. 2017. *Brazilian archives of digestive surgery*. Oct-Dec;30(4):248-251. Viitattu 11.3.2018. doi: 10.1590/0102-6720201700040005.

World Health Organization. 2017. WHO/Europe approaches to obesity. Viitattu 6.2.2018. [www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity#](http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity#)

World Health Organization. 2013. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States. *Methodology and summary* 2013. ISBN 978 92 890 5003 6. Viitattu 6.2.2018.

World Health Organization. 2018. Obesity. Data and statistics. Viitattu 6.2.2018. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

## Liitteet

### Liite 1. Saatekirje

#### SAATEKIRJE

Hei,

Olen kolmannen vuoden hoitotyön opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötäni lihavuusleikattujen elämänlaadusta. Kohderyhmänä ovat vuonna 2011 ja 2012 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen lihavuusleikkauksen läpikäyneet. Tutkimuksen yhteyshenkilönä on ravitsemussuunnittelija Timo Valkonen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sisätautipoliklinikka. Kaikki potilaisiin liittyvät terveys- ja tunnistetiedot ovat vain sisätautipoliklinikan tiedossa ja myös postitus toteutetaan sisätautipoliklinikalta.

Kyselyn tarkoituksena on kerätä lihavuusleikattujen kokemuksia ja tutkia miten leikkaus on vaikuttanut elämänlaatuun. Vastausten perusteella kartoitetaan mahdollisia kehityskohteita esimerkiksi leikattujen tukitoimissa. Tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, eikä vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta jatkossa hoidon saamiseen.

Kyselyssä esitän viisi väittämää elämänlaadun muutoksesta lihavuusleikkauksen jälkeen, voit olla väitteen kanssa samaa mieltä, eri mieltä tai et osaa sanoa. Kyselyssä on myös mahdollisuus vapaaseen tekstiin, jotta saat varmasti äänesi kuuluviin. Kyselyyn vastataan täysin nimettömästi, mutta esitietoina tilastointia varten kysyn sukupuolta, ikää, tuoretta kotona mitattua painoa, leikkauspaikkaa (esim. Kuopion yliopistollinen sairaala KYS tai Päijät-Hämeen keskussairaala) sekä leikkaustekniikkaa (mahalaukun ohitusleikkaus eli Gastric bypass tai mahalaukun kavennusleikkaus eli Sleeve gastrektomia). Vastaajan tiedot eivät tule esille myöskään lopullisessa julkaisussa vaan tietoja käsitellään vain ryhmätasolla.

Pyydän ystävällisesti sinua vastaamaan oheiseen postikyselyyn ja palauttamaan sen mukana tullessa palautuskuoressa. Voit myös vaihtoehtoisesti vastata kyselyyn netin kautta osoitteessa <http://bit.ly/2v4hmQM>.

Jos sinulla on mitään kysyttävää vai kommentoitavaa, otathan rohkeasti yhteyttä, vastaan mielelläni! **Kyselyyn vastaaminen toimii suostumuksena tutkimukseen osallistumisesta.**

Yhteistyöterveisin  
Hoitotyön opiskelija Elina Salo  
I1492@student.jamk.fi  
050 364 0461

## Liite 2. Kyselylomake

Esitiedot: sukupuoli \_\_\_\_\_, ikä \_\_\_\_\_, paino \_\_\_\_\_

Seuraavassa esitetään viisi kysymystä elämänlaadussasi tapahtuneista muutoksista lihavuusleikkausta edeltävään aikaan verrattuna:

**Itsetuntoni on nyt parempi kuin ennen lihavuusleikkausta:**

Täysin eri mieltä	En osaa sanoa					Täysin samaa mieltä	
1	2	3	4	5	6	7	

Haluatko kertoa lisää?

---



---



---

**Fyysinen vointoni on nyt parempi kuin ennen lihavuusleikkausta:**

Täysin eri mieltä	En osaa sanoa					Täysin samaa mieltä	
1	2	3	4	5	6	7	

Haluatko kertoa lisää?

---



---



---

**Sosiaalinen elämäni on nyt aktiivisempaa kuin ennen lihavuusleikkausta:**

Täysin eri mieltä	En osaa sanoa					Täysin samaa mieltä	
1	2	3	4	5	6	7	

Haluatko kertoa lisää?

---



---



---

**Jaksan työssä / toimissa nyt paremmin kuin ennen lihavuusleikkausta:**

Täysin eri mieltä		En osaa sanoa			Täysin samaa mieltä	
1	2	3	4	5	6	7

Haluatko kertoa lisää?

---



---



---



---

**Olen tyytyväisempi seksuaalielämäni kuin ennen lihavuusleikkausta:**

Täysin eri mieltä		En osaa sanoa			Täysin samaa mieltä	
1	2	3	4	5	6	7

Haluatko kertoa lisää?

---



---



---



---

Onko jotain, jota haluaisit vielä kertoa esimerkiksi lihavuusleikkauksen hoitopolusta tai kokemuksestasi muuten? Esimerkiksi kuinka koet elämänlaatusi muuttuneen lihavuusleikkauksen jälkeen? Saitko tarpeeksi tukea prosessin aikana? Jäitkö kaipaamaan jotain muuta tai olisitko kaivannut toisenlaista apua? Kuunneltiinko sinua ja toiveitasi tai pelkojasi? Kadutko leikkaukseen lähtemistä vai oletko tyytyväinen päätökseesi?

---



---



---



---



---

Suuri kiitos ajastasi ja arvokkaista vastauksista! Vastaa mielelläni kysymyksiini tai muihin aiheesta mieleen nouseviin ajatuksiin.

Hoitotyön opiskelija Elina Salo, [11492@student.jamk.fi](mailto:11492@student.jamk.fi)  
050 364 0461

## Liite 3. KSSHHP Lihavuusleikkauspotilaan hoitoketju.

15.12.2017

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Anna-Mari Koski, Anne Halonen ja Timo Valkonen

### Preoperatiiviset tutkimukset

#### 1. Ravitsemussuunnittelija

- BES, Audit, strukturoitu kyselylomake, on mapissa os.siht kansliassa.
- Seurantakäynnit (4–6 kpl)

#### 2. Endokrinologian pkl 2–4 kk

- LIHAVUUSLEIKKAUS-lab-paketti (ohjelmoidaan jo lähetteen käsittelyn yhteydessä)
- DM 2 potilaat, joille harkitaan GLP 1 -agonistia endon pkl:lle keskimääräistä aiemmin
- Tilataan: spirometria, thx, ekg, F -hepyAg (Helicobakteerin hoito lihavuusleikkauksen menevillä ohje)
- kirje/soitto End-vastauksista, jolloin lihavuusleikkauslähete
- Liikuntalääketieteen pkl konsultaatio: LIIKUN-lehdelle, D3-siipi, H 25
- Diabeteshoitajan vastaanotto endokrinologin ensikäynnin yhteydessä, leikkauspotilaan hoidonohjaus

#### 3. Psykiatrin konsultaatio tarvittaessa (Elina Mäntynen)

#### 4. Yhteispalaveri lihavuusleikkauspäätöksen vahvistamiseksi tarvittaessa

#### 5. Sihteerin kirjaa maksusitoumuksen saaneet potilaat projektikoodilla (20YLIP)

- Lähetteeseen liitteeksi: maksusitoumus, lab, F -hepyAg, ekg, spirometria, thx PACS + lausunto, esitietolomake ja SISÄ- ja RAV-kopiot

#### 6. Välittömät preoperatiiviset toimenpiteet

- PHKS ilmoittaa leikkausajan diabeteshoitajalle, LIHAVLEIKKPREOP-lab-paketti vko ennen leikkausta ja hoidonohjausasiat
- ENED vähintään 4 viikkoa ennen operaatiota (laihtuminen > 8 %)
  - tarv. diabeteshoitajan konsultaatio
  - insuliini vähennetään 50 % (yksilöllinen säätö), GLP-1 -agonisti loppuu
    - metformiini ja DPP4-estäjä jatkuvat (metformiini loppuu 2–3 vrk ennen leikkausta)
    - harkitse diureetin lopettamista
- Punnitus preoperatiivisesti n. 2 viikkoa ennen leikkausta
- Lahdesta monivitamiinin ja kalkki-D-vit. substituutiohoidon aloitus

### Postoperatiiviset tutkimukset

**Postoperatiivisesti kipuileville** harkitaan seuraavia tutkimuksia: Gastroskopia, vatsan UÄ, vatsan TT, laparoscopia. Myös lihavuusleikkauksia tekeviä kirurgeja (ks. yhteystiedot alla) voi konsultoida.

- **Ravitsemussuunnittelija** 1 vk (soitto), 1 kk, 3 kk (rkp-kirjat), 6 kk, 1 v, 2 v (ryhmä), 5 v.

- **Tarvittaessa diabeteshoitaja**, insuliinihoitoisille diabeetikoille aina 1 kk ravitsemussuunnittelijan vastaanoton yhteyteen
- **Lahdessa kirurgin kontrolli** 3 kk leikkauksesta - tarvittaessa käynti
- **Endokrinologian pkl** 1 v (6 kk injektiohoidetut diabeetikot) leikkauksesta
  - Lihavuusleikatun potilaan postoperatiivinen lab-paketti (=LIHAVUUSLEIKKPOSTOP)
- **Jatkokontrollit terveystieteiden keskuksessa vuosittain**
  - LIHAVLEIKKPOSTOP-lab.paketti vuosittain
  - plastiikkakirurgin konsultaatio tarv. 1.5–2 v operaatiosta
    - BMI < 32, paino stabiili vähintään 1 vuosi ja
    - ihopoimujen haavaumat tai niistä vakava toiminnallinen haitta

Artikkeli tarkastettu 15.12.2017 • Viimeisin muutos 15.12.2017

Artikkelin tunnus: shp01054 (014.1054)

© 2018 Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, muokattu 20.3.2018.