

Elina Tirkkonen

Susanna Wirtanen

Tutkimustietokatsaus lihavuuskirurgisen potilaan perheneuvonnan ohjausmalleista

Neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa

Tekijä(t) Otsikko	Elina Tirkkonen Susanna Wirtanen
Sivumäärä Aika	Tutkimustietokatsaus lihavuuskirurgisen potilaan perheneuvonnan ohjausmalleista. Neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa.
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Leena Rekola
<p>Lihavuus on nyky-yhteiskuntamme yksi merkittävimmistä terveysongelmista. Lihavuuden asteesta, potilaan oheissairauksista sekä motivaatiosta riippuen lihavuutta voidaan hoitaa monella eri tavalla lyhyt interventiosta lihavuusleikkaukseen. Sairaalloisen lihavuuden hoidossa lihavuusleikkaus on tehokas hoitokeino yhdistettynä potilaan pysyviin elintapamuutoksiin.</p> <p>Opinnäytetyö on tehty osaksi Peijaksen sairaalan pehmytkudoskirurgisen klinikan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämishankkeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä erilaisia lihavuusleikkauspotilaille ja heidän perheilleen käytettyjä potilasohjausmalleja. Työ toteutettiin noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Tiedonhaun tuloksena sisällönanalyyysiin valittiin viisitoista (15) artikkelia.</p> <p>Tutkimusartikkeleista saadun tiedon jaoin kolmeen luokkaan. Nämä ovat lihavuusleikkauspotilaiden pre-, post- ja kotihoidon ohjaus, elintapamuutosta tukevat ohjausmallit sekä kokemukset lihavuusleikkauksesta ja potilasohjauksesta. Tutkimuksen mukaan lihavuusleikkauspotilaat kokevat merkittävän elämänmuutoksen, joka vaatii elintapojen pysyviä muutoksia sekä muutokseen sitoutumista loppuelämäksi. Potilaan sisäisen motivaation ja autonomian kasvattaminen voivat olla avainasemassa potilasohjauksessa. Läheisten tuki ja mukana olo ovat tärkeitä pitkän leikkausprosessin läpikäymisessä. Potilaan omaiset tulee ottaa mukaan vuorovaikutteiseen ohjaukseen heti alusta alkaen.</p> <p>Kehittämisasiheita ovat motivoivan ohjauksen ja omahoidon opastuksen muokkaaminen ja soveltaminen lihavuusleikkauspotilaiden potilasohjaukseen sekä ohjausmallin luominen.</p>	
Avainsanat	Lihavuusleikkaus, potilasohjausmalli, elintapamuutos

Author(s) Title	Elina Tirkkonen Susanna Wirtanen
Number of Pages Date	Literature Review of Bariatrical Patient's Family Counseling Models. Developing a Counselling Model in the Peijas Hospital.
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Health Care and Nursing
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Rekola, Principal Lecture
<p>Obesity has become one of the major health issues in the modern society. It can be cured with many different ways from short interventions up to bariatrical surgery depending on the stage of the obesity, the patient's other disorders and the patient's motivation. Bariatric surgery, combined with patient's permanent life style changes, is an effective cure.</p> <p>The purpose of this study was to present different kind of models for family counselling for bariatrical patients and their families. This final project was made as a part of the developing project executed between the Peijas hospital and the Metropolia University of applied sciences. This final project was made by using systematic literature review. After information retrieval, fifteen (15) articles were chosen for content analysis.</p> <p>The information received from the study articles was put into three sections. These three sections are pre-, post- and home care guidance, models of guidance that support patients changes with life style and experiences in bariatric surgery and patient education. According to this study, bariatrical patients experience remarkable change with life style, which requires permanent changes with style of living and commitment for the rest of one's life. Increasing patient's inner motivation and autonomy can be in key position in counselling. Family taking part and supporting the patient is important when going through the surgery. Patient's relatives and close ones should be taken along to the interactive counselling right from the beginning.</p> <p>Topics for follow-up studies could be the modification and application of the motivational counselling and selfcare education for bariatrical patients and creating a new model for counselling.</p>	
Keywords	bariatric surgery, patient counselling, change in the lifestyle

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Lihavuus ja lihavuuden hoito	7
2.1	Taustatietoa lihavuudesta ja lihavuusleikkauksista	7
2.2	Lihavuuden hoito	8
2.2.1	Lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketju Peijaksen sairaalassa	9
2.2.2	Lyhyt interventio osana lihavuuden hoitoa	10
2.2.3	Lihavuuden lääkehoito	11
2.2.4	Lihavuusleikkaus	11
3	Potilasohjaus	13
3.1	Perheen merkitys hoitoon sitoutumisessa	14
3.2	Potilasohjauksen sisältö ja ohjaustavat	15
3.3	Ohjauksen eri vaiheet	16
3.4	Transteoreettinen muutosvaihemalli elintapamuutosten ohjauksessa	18
4	Aineisto ja sen analyysi	19
4.1	Tarkoitus ja tavoitteet	19
4.2	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteet	19
4.3	Tiedonhaku	20
4.4	Aineiston analysointi	22
5	Tulokset	23
5.1	Potilasohjaus lihavuusleikkauksissa	23
5.1.1	Preoperatiivinen ohjaus	23
5.1.2	Postoperatiivinen ohjaus	27
5.1.3	Kotihoidon ohjaus	31
5.2	Elämäntapamuutoksen tukemiseen sovellettavia ohjausmalleja	32
5.2.1	Motivoiva ohjaus	32
5.2.2	Omahoidon opastuksen positiivisia vaikutuksia	33
5.2.3	Muita näkökulmia potilasohjaukseen	34

5.3 Potilaiden ja heidän perheidensä kokemuksia lihavuusleikkauksesta ja potilasohjauksesta	35
6 Pohdintaa ja jatkotutkimusaiheita	38
6.1 Luotettavuus	38
6.2 Pohdintaa	39
Liitteet	
Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit	

1 Johdanto

Lihavuus aiheuttaa yhteiskunnalle taloudellisia haasteita, mutta ennen kaikkea fyysisiä sekä psyykkisiä ongelmia yksilöille ja perheille. Lihavuutta voidaan hoitaa eri tavoin potilaan lihavuudenasteen, oman motivaation ja oheissairauksien mukaan. Lihavuusleikkaus on vaihtoehto, jota sovelletaan vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisille potilaille, joille on jo kokeiltu muita hoitovaihtoehtoja tuloksetta. (Mustajoki ym. 2009.) Lihavuusleikkausprosessi vaatii potilaalta syvää motivaatiota, sitoutumista ja tahtotilaa. Potilaan ja hänen perheensä ohjauksella on merkittävä rooli koko prosessin onnistumisen ja tulosten pysyvyyden kannalta. Ohjaus alkaa jo useita kuukausia ennen varsinaista leikkausta ja jatkuu vastaavasti leikkauksen jälkeen. (Garza 2003.) Annettava tuki ja ohjaus eivät koske pelkästään operaatiota. Pysyvän muutoksen saavuttamiseksi tarvitaan elintapamuutosta, jossa ohjauksella on suuri rooli.

Opinnäytetyömme on osa Peijaksen sairaalan pehmytkudoskirurgisen klinikkaryhmän ja Metropolian Ammattikorkeakoulun yhteistyössä toteuttamaa kehittämishanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamalli, joka edesauttaa hoitotavoitteiden saavuttamista ja niiden pysyvyyttä. Hanke toteutetaan kolmessa eri vaiheessa. Opinnäytetyömme sijoittuu hankkeen toiseen vaiheeseen, jossa tavoitteena on muun muassa esitellä perheneuvonnan toteuttamismalleja perustuen tutkimustietokatsaukseen. (Hankesuunnitelma 2010: 3, 6.)

Peijaksen sairaala aloitti lihavuusleikkaukset vuonna 2007. Potilaan valmistautumisprosessi leikkaukseen on pitkä. Sen aikana sisätautien poliklinikalla arvioidaan potilaan aikaisempia konservatiivisia hoitoyrityksiä, motivaatiota sekä leikkauksekelpoisuutta. Lihavuusleikkaus merkitsee potilaalle sitoutumista elämäntapojen muutokseen. Ilman elintapamuutosta suunniteltu painonpudotustavoite ja sen pysyvyys vaarantuvat. Potilas tarvitsee fyysistä, psyykkistä ja tiedollista tukea ja ohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen. Sairaalassa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuu moniammatillinen tiimi. Potilaalle perheen merkitys tuen antamisessa ja hoitoon osallistumisessa on huomattavan suuri. (Hankesuunnitelma 2010: 3–4, 6.)

2 Lihavuus ja lihavuuden hoito

2.1 Taustatietoa lihavuudesta ja lihavuusleikkauksista

Suomessa kuten monissa muissakin maissa lihavuus on muuttunut epidemiaksi. Suomessa 25–74-vuotiaista naisista 56 prosenttia ja miehistä 70 prosenttia on ylipainoisia. Vaikeasti lihavia on 6,6 prosenttia ja sairaalloisen lihavia 2 prosenttia. Sairaalloisen lihavia työkäisiä ihmisiä on noin 50 000 henkilöä. Suomessa ylipainoisuus on yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa (Hankesuunnitelma 2010: 3.)

Yksilön kannalta ajateltuna lihavuus aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä (Mustajoki ym. 2009). Sairaallinen lihavuus voi asettaa ihmisen yleisen pilkan kohteeksi. Lisäksi hän voi kohdata sosiaalisia, aviollisia ja seksuaalisia ongelmia. Lihavuuden ongelmat saattavat ulottua potilaan työelämään työnsaantivaikeuksina sekä vähentyneinä koulutus- ja etenemismahdollisuuksina. Tätä kautta sairaallinen lihavuus vaikuttaa myös potilaan ja hänen perheensä taloudelliseen tilanteeseen. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Yhteiskunnalle lihavuusepidemia aiheuttaa merkittäviä taloudellisia rasituksia. On laskettu, että Suomessa lihavuuden suorat kokonaiskustannukset ovat noin 3 prosenttia terveydenhuollon ja 1,8 prosenttia sosiaalihuollon kokonaismenoista. Lisäksi syntyy tuottavuuskustannuksia, joita aiheuttavat esimerkiksi sairaslomat ja työkyvyttömyyseläkkeet. Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että lihavat joutuvat jäämään useammin työkyvyttömyyseläkkeelle kuin normaalipainoiset. Tämä johtui muun muassa verisuonisairauksista ja polven nivelrikosta. (Mustajoki ym. 2009.)

Potilaat, jotka hakeutuvat lihavuusleikkauksiin ovat yleensä yrittäneet painonpudotusta useilla tavoilla, kuten laihdutusruokavalion, liikunnan sekä laihdutuslääkkeiden avulla. Näiden keinojen avulla saavutetut tulokset eivät ole yleensä pysyviä, ja lopputuloksena potilaan paino kipuaa takaisin alkuperäiselle tai jopa korkeammalle tasolle. Kun potilaan kehon tila on kehittynyt jo sairaalloisen lihavaksi, edellä mainittujen keinojen avulla laihduttaminen ja pysyvien tulosten saavuttaminen voi olla jopa mahdotonta. (Garza 2003.)

Huolellinen potilaiden valinta on tärkeä tekijä leikkauksen onnistumiseksi. The American Society for Bariatric Surgery (ASBS) mukaan tärkeimmät valintakriteerit ovat potilaan sairaallinen lihavuus, tietoisuus prosessista ja motivoituneisuus sekä

hyväksyttävissä olevat leikkausriskit. Oleellista on myös, että potilas kykenee osallistumaan hoitoonsa ja pitkän ajan seurantaan. Muita tärkeitä asioita potilasvalinnassa ovat riskien ja hyötyjen arviointi, potilaan keskivartalolihavuuden ja toiminnallisten häiriöiden määrittäminen sekä potilaan vahva halu leikkaukseen. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Lihavuuden leikkaushoitoa voidaan pitää tutkimusten mukaan konservatiivista hoitoa tehokkaampana ja kustannusvaikuttavuudeltaan hyvänä hoitona. Yhdessä tutkimustulosten ja kliinisen kokemuksen perusteella vaikuttaa selvältä, että leikkaushoidolla on pitkäaikainen vaikutus potilaiden lihavuuden hallintaan. (Itkonen, Anttila ja Gylling 2009: 76–83, 123.)

Buchwaldin ym. (2004) tutkimuksen mukaan lihavuusleikkauksen läpikäyneet potilaat pudottivat keskimäärin 61,2 prosenttia liikapainostaan. Vaihtelua esiintyi leikkaustavan mukaan. Samassa tutkimuksessa ilmeni, että tyyppin 2 diabetes parani 76,8 prosentilla lihavuusleikkauspotilaista (Grindel ja Grindel 2006 mukaan.) Samoin voidaan todeta, että lihavuusleikkaukset liittyvät alentuneeseen syöväen ilmaantumiseen ja syöpäkuolleisuuteen. Sairaalloisesti lihavalle ihmiselle lihavuusleikkaus tuo huomattavan parannuksen elämänlaatuun. Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna lihavuusleikkaus tuo säästöjä, koska potilaan myöhemmin elämässä tarvitsemat terveyspalvelut vähenevät. (Itkonen ym. 2009: 76–83, 123.)

2.2 Lihavuuden hoito

Vaikeasti lihavalla ihmisellä tarkoitetaan ihmistä, jonka painoindeksi on 35–40 kg/m². Sairaalloisen lihavan ihmisen painoindeksi on yli 40 kg/m². Lihavuus lisää muita sairauksia, kuten tyyppin kaksi diabetes, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä ja polven nivelrikko. Masennusta on myös todettu ylipainoisilla enemmän kuin verrokkiryhmällä. Sairaalloinen lihavuus vaikuttaa heikentävästi fyysiseen toimintakykyyn, minkä seurauksena elämänlaatu heikkenee. (Mustajoki ym. 2009.)

Perusterveydenhuollossa tutkitaan ennen erikoissairaanhoidon piiriin lähettämistä potilaan painohistoria ja aiemmat laihdutusyritykset, nykyinen paino ja pituus, sekä lasketaan potilaan painoindeksi (BMI). Lisäksi kartoitetaan potilaan metaboliset haitat, mitataan vyötärön ympäryys, otetaan verinäytteet, mitataan verenpaine sekä suljetaan pois hypotyreoosin mahdollisuus. Perusterveydenhuollossa selvitetään myös potilaan

alkoholinkäyttötottumukset sekä arvioidaan potilaan psyykinen tila. Potilaan hoitomotivaatiota selvitetään, jotta tiedetään, onko hän valmis noudattamaan noin kymmenen viikkoa kestävästä erittäin niukkaenergiasta dieettiä (ENED). (Martikainen 2008.)

Erikoissairaanhoidon lähetteen indikaatioita ovat potilaan BMI yli 35 kg/m² ja merkittäviä liitännäissairauksia tai BMI yli 40 kg/m², potilas motivoituneisuus hoitoon ja ikä 18–60-vuotta. Potilaalla tulee olla takanaan vakavia laihdutusyrityksiä terveyskeskuksen laihdutusryhmässä tai muussa laihdutusryhmässä. Lisäksi potilaalla ei saa olla alkoholin liikakäyttöä, merkittävää ahmimishäiriötä eikä vaikeaa psyykkistä sairautta. (Martikainen 2008.)

Erikoissairaanhoidossa pääasiallinen hoitomuoto on ENED-ryhmään osallistuminen. Siihen sisältyy erittäin niukkaenergiaisen ruokavalion noudattaminen sekä ohjausta painonhallinnasta. Ryhmään kuuluvilta edellytetään aktiivisuutta ryhmätöiden ja kotitehtävien osalta. Potilas käy endokrinologin vastaanotolla, joka voi ohjata potilaan joko ENED-ryhmään, harkita lääkehoidon aloittamista tai tehdä lähetteen laihdutusleikkaukseen kriteerien täytyessä. Näitä kriteerejä ovat BMI yli 40 kg/m² tai BMI yli 35 kg/m² liitännäissairauksineen, joiden hoidossa laihtumisesta on hyötyä, kaikkien konservatiivisten yritysten kokeilut ja epäonnistumiset, ei vakavia somaattisia sairauksia, ikä 20–60 vuotta. Potilaan on myös oltava halukas leikkaukseen ja hänen tulee ymmärtää sen merkitys sekä riskit. Lääkärin tulee arvioida, onko potilas kykeneväinen sopeutumaan leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen. Lisäksi potilaalle tulee tehdä ennen leikkaukseen lähettämistä perusterveydenhuollossa gastroskopia aktiivin gastriitin ja helikobakteeri-infektion poissulkemiseksi. Potilaalle tulee tarjota postoperatiivinen seuranta 3–5 vuoden ajan. (Martikainen 2008.)

Lihavuuden hoitoon on käytössä neljä erilaista hoitomuotoa. Ne ovat lyhyt interventio, lihavuuden perushoito, lääkehoito ja leikkaus. Niiden hyödyt, haitat ja teho tunnetaan hyvin. Tämä helpottaa hoidon suunnittelua. Lihavuuden hoidossa elintapaohjaus on avainasemassa potilaan oman elämänhallinnan kannalta. (Mustajoki ym. 2009.)

2.2.1 Lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketju Peijaksen sairaalassa

Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketju koostuu monesta eri vaiheesta. Ensin potilaan tulee saada lähete omalta terveysasemaltaan endokrinologian

kllinikalle, jossa ehdokkaille tehdään gastroskopia sekä ylävatsan ultraääni. Mahdollisesta leikkaushoidosta sovitaan endokrinologian ja gastrokirurgian hoitoneuvottelussa. Potilaiden laihdutus leikkausta varten alkaa. Leikkausta edeltävä laihdutusprosessi voi kestää kolmesta kuuteen kuukautta. (Hoitoketjun kuvaus 2010.)

Hoitoneuvottelun jälkeen potilas tulee ensikäynnille Peijaksen sairaalan kirurgian poliklinikalle. Tapaamisen tarkoituksena on tehdä leikkauspäätös, sopia leikkauksen tulohaastattelupäivä ja leikkausajankohta. Yleensä leikkaus ajoittuu yhden–kahden kuukauden päähän ensikäynnistä kirurgian poliklinikalla. (Hoitoketjun kuvaus 2010.)

Yksi–kaksi vuorokautta ennen leikkausta potilas tulee pre-operatiiviselle käynnille, jolloin hän tapaa kirurgin, anestesia­lääkärin, hoitajan sekä fysio- ja ravitsemusterapeutin. Potilaalle tehdään spirometriakoe, otetaan thorax-kuva sekä laboratoriokokeet. Lisäksi potilaat syövät ravitsemusterapeutin kanssa koelounaan. (Hoitoketjun kuvaus 2010.)

Leikkauspäivänä potilaat saapuvat kirurgiselle osastolle. Leikkauksen jälkeen potilaat jäävät tehostetun valvonnan osastolle yöksi, jonka jälkeen he siirtyvät takaisin vuodeosastolle. Potilaat kotiutuvat yleensä kolmantena tai neljäntenä päivänä leikkauksesta. Sitä ennen heille tehdään gastrografintutkimus ja he tapaavat ravitsemus- sekä fysioterapeutin. Potilaat tapaavat lääkärin päivittäisillä lääkärintierroilla. (Hoitoketjun kuvaus 2010.)

Potilaan tilaa seurataan seuraavat kaksi vuotta leikkauksen jälkeen. Tarkastuksissa potilas tapaa kirurgin, endokrinologin ja ravitsemusterapeutin. Ensimmäinen jälkitarkastus on kolmen viikon päästä leikkauksesta, toinen tarkastus on kolmen tai neljän kuukauden päästä leikkauksesta ja loput tarkastukset sijoittuvat 12 tai 24 kuukauden päähän leikkauksesta. (Hoitoketjun kuvaus 2010.)

2.2.2 Lyhyt interventio osana lihavuuden hoitoa

Lyhyessä interventiossa asiakkaan kanssa keskustellaan hänen paino-ongelmastaan ja herätellään potilasta ottamaan itse enemmän vastuuta painonhallinnastaan. Tämän hoitomuodon vaikuttavuudesta ei ole tehty tutkimuksia. On kuitenkin huomattu diabetespotilaiden saaman vastaavan ohjauksen alentavan heidän painoaan verrokkiryhmää enemmän. (Mustajoki ym. 2009.)

Lihavuuden perushoitoon kuuluu elintapaohjaus esimerkiksi ravitsemusterapeutin tai sairaanhoitajan kanssa. Päämääränä on, että potilaan päivittäinen energiansaanti vähenee ja liikunta lisääntyy. Ohjaus voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäohjauksena. Ohjauksen rinnalle on mahdollista ottaa erittäin niukkaenergiainen ruoka, jos painoindeksi on vähintään 30 kg/m². Tavoitteeksi lihavuuden hoitosuosituksessa on annettu 5–10 prosentin pysyvä painon lasku. Tällä on myönteiset vaikutukset sairauksiin ja niiden riskitekijöihin. (Mustajoki ym. 2009.)

2.2.3 Lihavuuden lääkehoito

Liikalihavuuden hoitoon on saatavilla lääkehoitoa. Hoito tulee toteuttaa aina tehokkaan elintapaohjauksen lisänä. Potilaat, joiden painoindeksi on vähintään 30 kg/m², voivat saada lääkehoitoa lihavuuteen. Potilas, jonka painoindeksi on vähintään 28 kg/m² ja jolla on laihdutusta edellyttävä sairaus, voi saada lääkehoidon. (Mustajoki ym. 2009.)

Sibutramiini on lääke, joka vähentää ruokahalua vaikuttamalla aivojen välittäjäaineisiin serotoniiniin ja noradrenaliiniin. Haittavaikutuksina voi esiintyä lievää verenpaineen nousua, unettomuutta, suun kuivumista ja ummetusta. Tutkimuksissa on todettu sibutramiinin alentaneen koehenkilöiden painoa 4,2 kg enemmän kuin vertailuryhmän. (Mustajoki ym. 2009.)

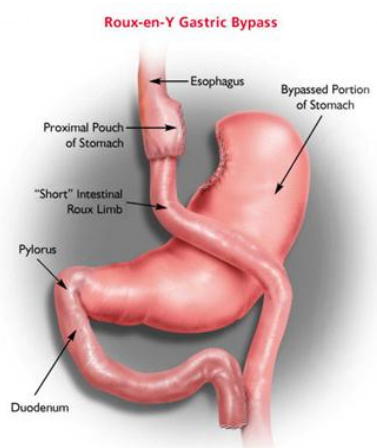
Orlistaatti-lääke on lipaasin estäjä, jota käytetään lääkehoidossa estämään rasvan imeytymistä suolistossa. Rasvainen ruoka saattaa aiheuttaa potilaalle rasvaripulin. Tutkimuksissa orlistaattia käyttäneiden ryhmä pudotti painoaan 2,9 kg enemmän kuin lumelääkeryhmä. (Mustajoki ym. 2009.)

2.2.4 Lihavuusleikkaus

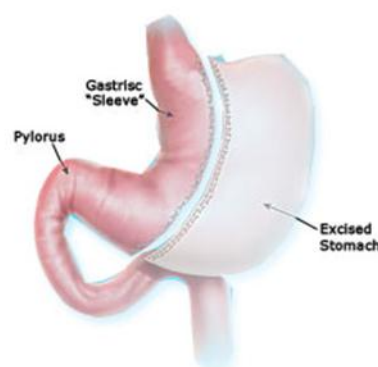
Mahalaukun ohitus-, kavennus- ja pantaleikkaukset ovat Suomessa tehtäviä lihavuusleikkauksia. Lihavuusleikkauksilla pienennetään mahalaukun tilavuutta. Näin ollen energiansaanti vähenee ja potilaan paino putoaa. Kaikki leikkaukset tehdään laparoskooppisesti. (Mustajoki ym. 2009.)

Suomessa leikkauksia tehdään 20–60-vuotiaille. Lihavuuden perushoittoa tulee yrittää ennen leikkaushoittoa pääsyä. Vasta-aiheina leikkaukselle ovat vakava syömishäiriö, epävakaa psyykinen häiriö ja ahmimistaipumus. (Mustajoki ym. 2009.)

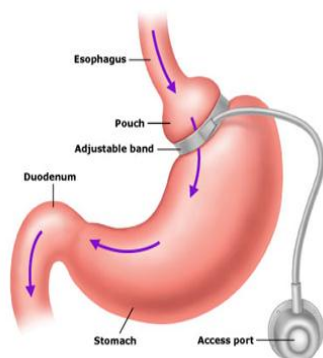
Ennen leikkausta potilaiden on pudotettava painoaan 2–6 viikkoa, jolloin rasvamaksa pienenee ja tähytysleikkaus helpottuu. Potilaan syömistottumukset on myös saatava leikkauksen vaatimalle tasolle (pienet annoskoot, päivittäiset ateriamäärät). Leikkaushoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu muun muassa kirurgi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sisätautilääkäri ja ravitsemusterapeutti. Leikkauksen jälkeen potilaat tarvitsevat B12-vitamiinia, kalsiumlisää ja D-vitamiinia. (Mustajoki ym. 2009.)



Kuva 1. (ebariatricsurgery 2010).
Mahalaukun ohitusleikkaus.



Kuva 2. (ebariatricsurgery 2010).
Mahalaukun kavennusleikkaus.



Kuva 3. (ebariatricsurgery 2010).
Pantaleikkaus.

Mahalaukun ohitusleikkauksessa (kuva 1.) mahalaukun yläosaa kavennetaan, jotta sen tilavuudeksi saadaan 20–50 ml. Tämä liitetään proksimaaliseen jejunumiin. (Ikonen ym. 2009: 48.) Muutokset näkyvät suolistossa kylläisyshormonin erittymisessä

(Mustajoki ym. 2009). Mahalaukun ohitusleikkaus on yleisin leikkausmuoto maailmalla. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Mahalaukun kavennusleikkaus (kuva 2.) tehdään poistaen mahanpohjukka mahalaukusta. Tämä aiheuttaa greliinihormonin ja ruokahalun vähenemisen. (Mustajoki ym. 2009.) Lisäksi tilavuus on pienempi, jolloin suuria annoskokoja on vaikea syödä.

Pantaleikkaus (kuva 3.) on vähiten kajoava lihavuusleikkaus. Panta asetetaan potilaan tarvitsemalle kireydelle mahalaukun ympärille. Lisäksi se on myös helppo poistaa. Pysyvät tulokset saavutetaan leikkauksen jälkeisellä kattavalla ja tiheällä seurannalla. (Mustajoki ym. 2009.)

3 Potilasohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) edellyttää, että potilas saa laadultaan hyvää terveyden- tai sairaanhoitoa. Tähän kuuluu myös potilaan oikeus saada tietää terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Hoitohenkilökunnan on ohjattava potilasta niin, että hän ymmärtää saadun tiedon sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Onnistuneella ohjauksella on myönteiset vaikutukset potilaan ja hänen perheensä terveyteen ja sen edistämiseen. Vaikutukset näkyvät yhtäläillä kansantaloudellisella tasolla. (Kyngäs – Kääriäinen 2006.) Hoitajan antama ohjaus on keskeinen osa asiakkaan hyvää hoitoa. Ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle voimavaroja ottaa vastuuta omasta terveydestään ja hoitaa itseään mahdollisimman hyvin. (Kyngäs ym. 2007: 1.) Potilaan päätöksentekoon osallistumisen on todettu lisäävän hoitotyytyväisyyttä, parantavan itsehoidon onnistuvuutta sekä parantavan hoitotuloksia (Poskiparta 2006).

Ohjaukseen vaikuttavat ohjaajan ja potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät sekä muut ympäristötekijät. Kirurgisten asiakkaiden ohjausmalleissa ovat omat erityispiirteensä pre-, intra- ja postoperatiivisissa vaiheissa. Peruseriaatteet ovat kuitenkin ohjaustilanteissa samantyyppisiä. Ohjaus vaihtelee myös leikkauksittain.

Osalla kirurgisista potilaista ei välttämättä ole mahdollisuutta saada yhtä hyvää ohjausta toimenpiteen kiireellisyyden takia. (Kyngäs ym. 2007: 28–30.)

Ohjauksen haasteena on, että ohjauksen laatua määrittävät kriteerit sisäistetään ja toteutetaan systemaattisesti hoitotyössä. Tämä on kuitenkin vielä vähäistä. Laadukas ohjaus tarvitsee tietyt resurssit onnistuakseen, kuten riittävän henkilöstön, tilat, aikaa ja hoitajien ohjausvalmiudet. (Kyngäs ym. 2007: 20–21.) Potilasohjauksessa on aina mukana käsitys siitä, mikä on hyvää ja mikä tavoiteltavaa. On tärkeää huomioida potilaan ja hoitajan omat arvot ja miten ne vaikuttavat ohjauksen vaikuttavuuteen. (Sarvimäki – Stenbock-Hult 1996: 211.)

3.1 Perheen merkitys hoitoon sitoutumisessa

Asiakkaan perheen on todettu olevan merkittävä tekijä potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää potilaan tukiverkosto sekä sen mahdollisuudet vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Potilaat ovat kokeneet lähipiirinsä rohkaisun, tuen ja kannustuksen hyvin merkittäväksi ja tärkeäksi asiaksi hoidossaan. Perhe voi antaa potilaalle niin henkistä kuin konkreettistakin tukea. Konkreettista tukea perhe voi osoittaa ruokavalio- tai muilla elintapavalinnoillaan. Asiakkaalle, jonka täytyy muuttaa elintapojaan radikaalisti, on perheen, ystävien ja työkavereiden tuki erityisen merkittävää. Elintapamuutos tapahtuu parhaiten, jos perhe ja ystäväpiiri ovat mukana siinä. Heiltä saatu positiivinen palaute on asiakkaalle hyvin merkityksellistä. Ihmissuhteiden laatu ja saatu palaute on tärkeämmässä roolissa kuin se, kuinka paljon kontakteja on tai kuinka laaja ystäväpiiri potilaalla on. (Kyngäs – Hentinen 2009: 94, 220–221.)

Asiakkaan kanssa on mietittävä yhdessä, haluaako hän perheensä mukaan ohjaukseen vai tukeeko potilaan perhe häntä joka tapauksessa. Omaisten sitoutuminen, motivaatio, kotihoidon osaaminen sekä heidän suhteensa asiakkaaseen on hyvä selvittää, mikäli potilaan hoito on lähes kokonaan omaisten vastuulla. Omaiset saattavat näissä tapauksissa tarvita ohjausta ja tukea hoitohenkilökunnalta. (Kyngäs – Hentinen 2009: 94–95.)

3.2 Potilasohjauksen sisältö ja ohjaustavat

Nykyaikana ohjaus määritellään asiakkaan ja ohjaajan tasa-arvoiseksi, aktiiviseksi, suunnitelmalliseksi ja tavoitteelliseksi vuorovaikutussuhteeksi. Ohjauksen kulkua määrittävät paljolti asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät. Asiakkaan taustatekijöitä voi selvittää muun muassa pyytämällä asiakasta täyttämään lyhyehkön lomakkeen tai pyytämällä häntä kertomaan mieltään vaivaavista asioista. Jollei taustatekijöitä selvitetä, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan aina samalla ei-yksilöidyllä tavalla. (Kyngäs ym. 2007: 25–28.)

Hyvä ohjaus ei sisällä vain tiedon välittämistä asiakkaalle. Hyvä ohjaaja tunnistaa asiakkaansa tarvitsemat tiedot ja taidot. Ohjaus voi sisältää emotionaalista tukea kuten pitämisen ja välittämisen tunteiden välittämistä, käytännön tukea, kuten tarvikkeita ja erilaisia palveluja, tiedollista tukea, joka liittyy potilaan pitkäaikaissairauteen, sekä tulkintatukea, joka auttaa asiakasta ymmärtämään ja arvioimaan itseään ja omaa tilannettaan. Ohjaaja tukee asiakasta myös henkisesti kuuntelemalla, antamalla toivoa ja olemalla rinnalla kulkija. Ohjauksen tulee olla ongelmanratkaisua, jossa ohjaaja tukee asiakasta pohtimaan itseään, elämäänsä, mahdollisuuksiaan ja rajoituksiaan. (Kyngäs ym. 2007: 42–43.)

Ohjaajan työvälineitä ovat erilaiset ohjaustavat, kuten hyväksyvä, konfrontoiva ja katalysoiva tapa. Hyväksyvässä tavassa ohjaaja kuuntelee, tukee, nyökyttelee ja pyytää ehkä asiakasta tarkentamaan sanomaansa. Tätä käytetään silloin, kun asiakas on herkässä tilassa tai kaipaa varmistusta mietteilleen. Kun asiakkaan puhe ja toimintatavat ovat ristiriidassa, käytetään konfrontoivaa tapaa osoittamaan ristiriita. Katalysoivaa ohjaustyyliä käytetään silloin, kun halutaan selkiyttää asiakkaan tietoja ja tilannetta. Tällöin asiakkaalle esitetään avoimia kysymyksiä hänen tilanteestaan. Kaikki em. ohjaustavat kannustavat asiakasta toimimaan aktiivisesti omassa muutosprosessissaan. (Kyngäs ym. 2007: 42–43.)

Motivointi on tärkein ohjauksen alue, mikäli potilas täytyy saada muuttamaan omaa käsitystään terveydestään. Tällainen asiakasryhmä on esimerkiksi lihavuudesta kärsivät asiakkaat. Heille painonhallinta on tavoite, joka saavutetaan lisäämällä liikuntaa ja parantamalla ravitsemustottumuksia. (Kyngäs ym. 2007: 31–32.) Pelkkä painonpudotus ei yksinään johda pitkäkestoisiin tuloksiin.

Motivoivan ohjauksen tavoitteena on herätellä asiakasta näkemään ristiriita nykyisen toiminnan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välillä. Sitä kautta asiakasta ohjataan vaikuttamaan omaan terveyteensä positiivisesti. Tämä ohjaustapa perustuu empatian ilmaisemiseen, ristiriidan esilletuomiseen, väittelyn välttämiseen, vastarinnan myötäilyyn sekä pystyvyyden tunteen vahvistamiseen. (Kyngäs ym. 2007: 49.)

Potilaiden leikkauspelkoja voidaan lieventää keskustelun lomassa rakentamalla houkutteleva mielikuva tulevaisuudesta toisten potilaiden kautta. Tämän on osoitettu lisäävän todellisuuden tuntua, joka helpottaa potilasta ajattelemaan, että voi toipua samoin kuin muutkin. (Kettunen – Poskiparta 1998.)

Hoitajan esittämä hypoteettinen leikkauksen jälkeisen tilanteen kuvaus voi toimia potilaalle rohkaisuna leikkaukseen mennessä. Potilaan kuullaessa myönteisen esimerkin saattaa se rauhoittaa häntä ja antaa uusia voimavaroja kohdata vielä epävarmaksi koettu tulevaisuus. Hypoteettisten kysymysten avulla annetaan potilaalle mahdollisuus keskustella häntä pelottavista asioista. Aikaisemmista leikkauksista ja huonoista sairaalakokemuksista keskustelu ei olisi yhtä rauhoittavaa, vaan potilasta tulisi ohjata ajattelemaan positiivista tulevaisuutta. Hoitaja voikin aikamuotoja valiten ohjata keskustelua myönteisemmän tulevaisuudenkuvan pariin. Vaikka hoitajan ymmärtäminen ja empaattisuus ovatkin suotavia, eivät ne kuitenkaan yksinään riitä helpottamaan potilaan oloa. (Kettunen – Poskiparta 1998.)

Potilasta haastatellessa tunnusteleva toimintatapa näyttäisi antavan potilaalle alusta lähtien mahdollisuuden aktiivisempaan keskusteluun osallistumiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitaja avoimin kysymyksin herättelee potilasta keskustelemaan tämän peloista sekä toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Kaavakkeen täytön tulisi tapahtua muun keskustelun lomassa niin, ettei se hallitse keskustelua. (Kettunen – Poskiparta 1998.)

3.3 Ohjauksen eri vaiheet

Asiakaslähtöistä ohjausta voidaan pitää asiakkaan ja hoitajan välisenä aktiivisena ja tavoitteellisena toimintana. Se voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005.)

Asiakslähtöisen ohjauksen suunnitteluvaiheeseen vaikuttavat asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet sekä ympäristöön tekijät. Ohjauksen tulisi aina lähteä siitä, mitä potilas jo tietää asiasta. Lisäksi on selvitettävä, mitä potilaan tulee tietää ja mitä hän haluaa tietää lisää sekä mikä on potilaalle paras tapa omaksua asioita. (Kääriäinen ym. 2005.)

Tavoitteet määräävät ohjauksen sisällön. Tavoitteet voivat olla kongnitiivisia, affektiivisia sekä psykomotorisia, ja niiden tulee olla realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. Kongnitiivisilla tavoitteilla pyritään uusien tietojen omaksumiseen. Affektiivisilla tavoitteilla pyritään uusien arvojen ja asenteiden omaksumiseen ja psykomotorisilla tavoitteilla uusien taitojen omaksumiseen. (Kääriäinen ym. 2005.)

Ohjauksen tavoitteet on hyvä yksilöidä ja tarkentaa. Tarpeen analyysissä korostetaan hoitajan, potilaan ja perheen yhteistyötä tavoitteiden asettamisessa. Tarveanalyysissä selvitetään, millaista tietoa ja ohjausta potilas tarvitsee ja sen pohjalta määritetään tavoiteasettelu. (Sarvimäki – Stenbock-Hult 1996: 195.) Onnistunut ohjaus voi rakentua vain riittävälle asiakkaan taustatietojen tuntemiselle. Hoitajan on myös oltava tietoinen omista taustatekijöistään. (Kyngäs ym. 2007: 47–48.)

Suunnitteluvaiheessa potilaan hoito tulee suunnitella potilaan kanssa yhdessä lyhyelle ja pitkälle aikavälille. Yhdessä sovitut tavoitteet tulee kirjata ylös ja päivittää säännöllisesti. (Kääriäinen ym. 2005.)

Toteutusvaiheessa hoitajan riittävät tiedot ja taidot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ovat edellytyksenä ohjauksen onnistumiselle. Ohjauskeskustelussa tulee käyttää asianmukaisia tiloja turhien keskeytysten välttämiseksi. (Kääriäinen ym. 2005.)

Vuorovaikutus tekee ohjaustilanteista ainutkertaisia. Potilaat toivovatkin tilanteen olevan luottamuksellinen ja turvallinen sellaisissakin tilanteissa, joissa he ovat hoitajan kanssa eri mieltä. Hyvän hoitajan odotetaan kunnioittavan potilaan autonomiaa ja osoittavan kiinnostusta ja arvostusta vilpittömästi. Lisäksi hoitajan tulee voida ymmärtää ja kuunnella potilasta ja ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä esittää kysymyksiä. (Kyngäs ym. 2007: 47–48.)

Arvioinnilla tarkoitetaan asiakkaan ja hoitajan toiminnan edellytysten ja vaikutusten vertaamista. Kuten tavoitteita, voidaan arviointia tehdä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä.

Ohjauksen alkuvaiheen toteutuneiden tavoitteiden positiivinen arviointi potilaan kanssa saattaa johtaa parempiin tuloksiin ja toiminnan hallintaan pitkällä aikavälillä. Myös mahdollisen taantumisen arviointi on tärkeää, jotta asiakas voi ajoissa suunnitella toimintansa muuttamista kohti terveellisempää elintapaa. (Kääriäinen ym. 2005.)

3.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli elintapamuutosten ohjauksessa

Lihavuusleikkaukseen liittyy aina pitkäaikainen elintapojen muutos. Muutoksen ohjaus sisältää keskustelua asiakkaan elämänarvoista, käyttäytymisen päämääristä ja päämäärien saavuttamiseen käytettävistä toimintatavoista. Ohjauksen tavoitteena ovat asiakkaan itselleen asettamat realistiset tavoitteet, niiden saavuttamien ja haltuun ottaminen. (Kyngäs ym. 2007: 90.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan asiakas käy muutosprosessin aikana läpi viisi eri vaihetta, joita ovat esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta- ja ylläpitovaihe. Eri vaiheissa asiakas tarvitsee erilaista ohjausta ja tukea. Ensimmäisessä eli esiharkintavaiheessa asiakas ei vielä tunnista muutostarvetta tai ei hyväksy sitä. Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutoksen tarpeesta ja harkitsee alkavansa muutostoimintaan. Prosessin kolmannessa vaiheessa eli valmistautumisvaiheessa asiakas tekee muutospäätöksen ja alkaa pohtia muutossuunnitelmaa. Toimintavaiheessa asiakas alkaa toteuttaa muutossuunnitelmaansa. Viimeisessä eli ylläpitovaiheessa asiakkaan tavoitteena on ylläpitää muutosta ja ehkäistä repsahduksia. (Kyngäs ym. 2007: 94.)

Muutosprosessin aikana ohjaajan tehtävänä on tarjota asiakkaalleen tietoa, arvioida vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa muutostarvetta ja vahvistaa muutosvalmiutta sekä keskustella muutosprosessista. Ohjaaja käyttää em. ohjausstrategioita yksilöllisesti. (Kyngäs ym. 2007: 94.)

Esiharkintavaiheen aikana ohjaaja tarjoaa asiakkaalleen neutraalisti tietoa muutokseen liittyvistä asioista. Harkintavaiheeseen kuuluu muutostarpeen arvioiminen, jolloin hyvä ohjaaja rohkaisee asiakasta arvioimaan omia tottumuksiaan, keskustelee tunnekokemuksista ja arvoista sekä antaa käytännön esimerkkejä. Harkinta-, valmistautumis- ja toimintavaiheissa ohjaaja vahvistaa muutosvalmiutta eli pohtii asiakkaan kanssa nykyistä tilannetta, auttaa asiakasta luomaan mielikuvia erilaisesta uudesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista sekä tukee asiakkaan sosiaalisia ja

emotionaalisia prosesseja. Prosessin viimeisten vaiheiden aikana ohjaaja auttaa asiakasta harjoittelemaan uusia käytännön taitoja, rohkaisee häntä pohtimaan sitoutumistaan muutokseen sekä tekee tiivistelmän ohjauskeskustelusta. (Kyngäs ym. 2007: 94–95.)

4 Aineisto ja sen analyysi

4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on esitellä perheneuvonnan ohjausmalleja, joita on käytetty lihavuusleikkauspotilaiden sekä myös muiden pitkäaikaissairaiden leikkauspotilaiden ohjauksessa. Teemme opinnäytetyömme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita soveltaen. Tavoitteenamme on löytää ohjauksen toteuttamismalleja, jotka auttavat sekä potilasta että hänen perhettään saavuttamaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa asetetut tavoitteet. Erityisvaatimuksen ohjaukselle asettaa prosessin pitkäaikaisuus sekä ennen leikkausta että leikkauksen jälkeen. Ohjauksen olennainen osa on potilaan tukeminen hänen elintapamuutoksessaan sekä sopeutumisessa muuttuneeseen kehonkuvaansa. Lihavuusleikkaus on onnistunut silloin kun tulokset ovat pysyviä. (Hankesuunnitelma 2010: 4.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

1. Minkälaista potilasohjausta ja ohjausmalleja käytetään lihavuusleikkauspotilaiden ja muiden pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa ja elämäntapamuutoksen tukemisessa?
2. Minkälaisia kokemuksia potilailla ja heidän perheillään on annetusta ohjauksesta?

4.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteet

Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tietoa rajatulta alueelta. Tarkoituksena on löytää vastaus tiettyyn kysymykseen tai kysymyksiin, ennalta määritettyyn tutkimusongelmaan. Laadukkaassa kirjallisuuskatsauksessa käytetään tiettyä

systematiikkaa, sen luotettavuutta arvioidaan kriittisesti ja tulokset ovat luettavissa yksityiskohtaisesti. (Leino-Kilpi 2007: 2).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan koota, jäsentää ja arvioida jo olemassa olevaa systematisoimatonta tietoa. Lisäksi sen avulla voidaan osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, ehkäistä uusien tarpeettomien tutkimusten tekoa sekä osoittaa ja lisätä alkuperäistutkimusten tarvetta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettava tutkimusmenetelmä olemassa olevan tiedon keräämiseksi ja identifioimiseksi. Kirjallisuuskatsauksessa rajatusta ilmiöstä saadun tiedon laatua arvioidaan sekä tuloksia syntetisoidaan. Tutkimus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäisteosten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006).

Tutkimuskysymyksiä voidaan määrätä yksi tai useampia. Niiden määräytymiseen liittyvät tutkijan taustasitoutumukset, aikaisemmat tiedot aiheesta sekä tutkimusintressit. Mikäli tutkimuskysymyksiä joudutaan muuttamaan kesken prosessin, voidaan joutua toteuttamaan koko prosessi uudelleen. Jos taas alkuperäistutkimukset eivät vastaa tutkimuskysymyksiin, voidaan tuloksena löytää puutteita tutkimustiedossa sekä näyttää alkuperäistutkimusten tarve. (Kääriäinen – Lahtinen 2006).

4.3 Tiedonhaku

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen piirteitä ovat järjestelmällisyys sekä tarkka määriteltävyys ja rajaus. Tiedonhaku tulee olla dokumentoituna niin, että se voidaan toistaa. Tiedonhaun tuloksena voi olla lukematon määrä artikkeleita ja tutkimuksia, siksi on tärkeää panostaa aiheen rajaukseen sekä luotettavan ja olennaisen tiedon etsimiseen. (Tähtinen 2007: 10).

Tiedonhaku on kirjallisuuskatsauksen onnistumisen ja tulosten kannalta erittäin kriittinen vaihe. Puutteet tiedonhaussa voivat johtaa tulosten virheellisyyteen eivätkä edistä tutkimusaiheesta esitetyn tiedon ja näytön luotettavuutta. Kun opinnäytetyö tehdään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen, kannattaa tiedonhaussa käyttää asiantuntija-apua. Tiedonhaussa esille tulleet artikkelit tulee käydä läpi ja valita niistä osa jatkoanalyysiin. Artikkelit tulee valita jatkoanalyysiin etukäteen määritettyjen kriteerien avulla. (Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 46–52.)

Opinnäytetyömme tiedonhaussa ensimmäinen vaihe oli tutkimusaiheen ja -kysymysten pohdinta. Seuraavaksi selvitettiin sopivia hakusanoja ja näiden yhdistelmiä. Hauissa käytettiin seuraavia hakutermejä: *educat** OR *counsel** AND *bariat** AND *nurs**, "patient education" and bariatric surgery and nursingbariatric and ("family education" or "family counseling"), *potila?* and *kirurg?* and *ohjau?* (katso tarkemmin taulukko 1). Kirjallisuuskatsaukseen sopivia tutkimuksia ja artikkeleita etsittiin Cinahlista, Pub Medistä, Medicistä ja Lindasta. Tiedonhaun aikakriteeriksi asetettiin vuodet 2000–2010. Tiedonhaussa oli apuna Metropolian ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikko. Käsihakuja tehtiin Suomen Lääkärilehdestä, Duodecim-lehdestä, Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehdistä sekä Amerikkalaisesta julkaisusta *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*. Käsihaut suomalaisista julkaisuista rajattiin vuodesta 2005 eteenpäin. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* julkaisusta tutkittiin numerot vuosilta 2006–2010. Lisäksi saimme kolme sopivaa artikkelia opinnäytetyömme ohjaajalta. Haun ensimmäisen vaiheen tuloksena saimme 231 artikkelia.

Eri tietokannoista suoritettujen hakujen perusteella esille tulleet artikkelit ja käsihaussa läpikäytyt artikkelit valittiin jatkokäsittelyyn ensin artikkelin otsikon ja abstraktin perusteella. Otsikossa tai abstraktissa tuli olla jokin maininta jatkokäsittelyn kriteereistä. Tämän jälkeen valitut artikkelit luettiin kokonaisuudessaan läpi. Itse tutkimusmateriaaliksi valittiin sellaiset tekstit, joissa ei ilmennyt poissulkukriteerejä ja, jotka muutoin sopivat sisällöltään tutkimusaiheeseen. Opinnäytetyön materiaaliksi valittiin 15 artikkelia (katso liite 1).

Jatkokäsittelyn kriteereitä olivat:

- Kohderyhmänä olivat aikuispotilaat
- Kohderyhmänä olivat lihavuusleikkauspotilaat tai muut pitkäaikaissairaat leikkaukseen valmistautuvat tai leikkauksen läpikäyneet potilaat
- Aihe käsittelee elämäntapamuutosta
- Otsikossa tai abstraktissa ilmeni käsite potilasohjaus tai -opetus, potilaan omakuva tai perhe, läheiset ja omaiset
- Artikkelit olivat suomen- ja englanninkielisiä

Poissulkukriteereitä olivat:

- Tutkimuksen kohderyhmänä olivat lapset ja nuoret
- Aiheena päiväkirurgia

- Opinnäytetyö
- Näkökulma ei ollut hoitotieteellinen

Taulukko 1. Tietokantahaku

Tieto- kanta	Hakusana	Viitteiden määrä	Valittu otsikon ja tiivistelmän perusteella	Valittu tekstin perusteella
Cinahl	educat* OR counsel* AND bariat* AND nurs* "patient education" and bariatric surgery and nursing	93	7	3
Pub Med	bariatric and ("family education" or "family counseling") "patient education" and "bariatric surgery" and nursing	22	0	
Medic	lihavuuden kirurginen hoito	30	3	2
Linda	lihavuuden kirurginen hoito lihavuusleikk? potila? and kirurg? and ohjau?	33	3	0
Helka	patient AND educat? AND surger?	34	2	0
Met Cat	kirurgisen potilaan ohjaus (potilasohj? AND JA AND kirurg?)	19	1	0
Käsihaku			15	10

4.4 Aineiston analysointi

Sisällön analyysin tavoitteena on analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se sopii hyvin strukturoimattoman aineiston käsittelyyn. Sisällön analyysillä voidaan kuvailla mm. kirjeitä, puheita, raportteja, kirjoja ja artikkeleita. Analyysin avulla pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymyksiin tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs – Vanhanen 1999.)

Opinnäytetyön alkuperäistutkimukset ovat laadultaan, metodiltaan, kohderyhmiltään ja lähestymistavoiltaan melko erilaisia. Tämän vuoksi käytämme aineiston analyysissä

kuvailevaa menetelmää. Kuvailevassa synteesissä kerrotaan tulokset sekä niistä johdetut erot ja yhtäläisyydet. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

Opinnäytetyön tutkimuksia on analysoitu induktiivisesti eli aineistosta lähtien. Menetelmän mukaan prosessi koostuu aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. (Kyngäs – Vanhanen 1999). Tutkimusartikkelit luettiin läpi useita kertoja. Artikkeleista kerättiin tietoa potilasohjauksesta liittyen lihavuusleikkaukseen tai pitkäaikaissairauksiin, elintapamuutoksesta sekä potilaiden kokemuksista liittyen edellä mainittuihin asioihin. Tuloksien esittämisessä pyrittiin mahdollisimman hyvään objektiivisuuteen.

5 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tulokset on jaettu niin, että ensin kuvataan lihavuusleikkauspotilaille annettavaa pre-, post- ja kotiutusohjausta. Tämän jälkeen esitetään tutkimusaineiston perusteella lihavuusleikkauspotilaille sovellettavia elintapamuutosta tukevia ohjausmalleja. Kolmantena tutkimustuloksena kerrotaan, minkälaisia kokemuksia lihavuusleikkauspotilailla tai muilla pitkäaikaissairauden vuoksi leikatuilla potilailla on annetusta potilasohjauksesta. Edellä mainittujen aiheiden yhteydessä on kuvattu myös potilaiden kokemuksia leikkausprosessista sekä minä- ja kehonkuvan muutoksista.

5.1 Potilasohjaus lihavuusleikkauksissa

5.1.1 Preoperatiivinen ohjaus

Potilaan valmistautuminen lihavuusleikkaukseen alkaa kuukausia ennen leikkausta. Tänä aikana potilaalle annetaan ohjausta koko leikkausprosessista. Kyetäkseen muodostamaan oikean käsityksen leikkauksesta potilaalla tulee olla tietoa sairaalloisesta lihavuudesta sekä lihavuuden liitännäissairauksista. Oleellista tietoa ovat erilaiset leikkausmenetelmät, leikkauksen tavoitteet, siihen liittyvät riskit ja

komplikaatiot sekä läpi elämän kestävät ruokavalio- ja elintapamuutokset. (Garza 2003.)

Ensikäynneillä annettu preoperatiivinen ohjaus auttaa potilasta valmistautumaan leikkaukseen ja vähentää leikkaukseen liittyviä pelkoja. Preoperatiivinen ohjaus voi sisältää tutustumisen sisätautiosastoon, tehohoito- ja leikkaussaliyksikköön. Potilaalle kerrotaan laitteista ja välineistä, jotka ovat suunniteltuja nimenomaan lihavuusleikkauspotilaille. (Garza 2003.) Leikkaus- ja tutkimuspöydät, sängyt, pyörätuolit, sairaalavaatteet, verenpainemittarit tulee hankkia etukäteen. Lisäksi potilaalle ja hänen vierailijoilleen varataan vahvoja käsinojattomia tuoleja potilashuoneeseen. (Blackwood 2005.)

Ohjaavan sairaanhoitajan tulee olla tietoinen potilaan terveystilasta. Kertomus auttaa hoitajaa tarkkailemaan ja arvioimaan muun muassa potilaan vitaalielintoimintoja. Hoitohenkilökunnan tulee tietää myös potilaan mahdollisesta uniapneasta, suolistosairauksista, virtsaukseen liittyvistä ongelmista sekä diabeteksestä. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu perusteellinen potilaan tarkastus. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Potilaan yleiskunto tulee saada optimaaliselle tasolle ennen leikkausta. Tähän liittyy riittävä painonpudotus, tupakoinnin lopettaminen sekä uniapnean tutkiminen ja hoito. (Garza 2003.)

Ennen leikkausta potilasta ohjeistetaan liikkumaan verenkierron varmistamiseksi esim. nilkkoja pumppaamalla. Potilaan tulee nousta sängystä 2–24 tunnin jälkeen leikkauksesta. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Jo ennen leikkausta hoitohenkilökunta informoi potilasta jaloittelun ja hengitysharjoitusten tärkeydestä leikkauksen jälkeen (Garza 2003). Trombiprofylaksia aloitetaan leikkauksen jälkeen. Potilaalle ja hänen perheelleen tulee kertoa lääkityksen aiheuttamista mahdollisista sivuvaikutuksista, kuten verenvuodoista, mustelmista, veriripulista tai petekioista. Potilaalle on oleellista kertoa antiemboliasukkien tarpeesta sekä laskimotukoksen oireista. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Leikkauksen yhteydessä potilaalle asennetaan usein kipupumppu (PCA). Potilaalle ja hänen perheelleen opetetaan kipupumpun käyttöä preoperatiivisesti. Heitä rohkaistaan ottamaan yhteyttä hoitajaan, elleivät potilaan kivut ole hallinnassa kipupumpun avulla. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Potilaalle kerrotaan, että hänellä saattaa olla leikkausviiltokivun lisäksi hartiakipuja, jotka johtuvat hiilidioksidin käytöstä leikkauksessa. Potilasta ohjataan yhteistyöhön kivunlievityksessä, jotta hän voi tehdä

hengitys-, yskimis- ja nousemisharjoituksia mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. (Blackwood 2005.)

Potilaalle on hyvä kertoa, että leikkauksen jälkeen hänellä on luultavasti laskimokanyyli, nenämahaletku ja haavadreenejä. Etukäteen on tärkeää kertoa myös siitä, kuinka kauan potilaan tulee olla nauttimatta ravintoa suun kautta leikkauksen jälkeen. (Garza 2003.) Hänen tulee tietää leikkauksessa asetettavasta virtsakatetrasta. Hoitajan tehtävä on opettaa potilasta tunnistamaan virtsatietulehduksen merkit. Hyvä potilasohjaus sisältää neuvontaa verensokerin mittauksista ja insuliinihoidosta. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Ennen leikkausta potilaan ravitsemustila arvioidaan. Samalla varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt leikkauksen jälkeisen ruokavalion tiukat rajoitukset. Preoperatiivinen ravitsemusohjaus keskittyy yleensä käytösmuutoksiin ja muutoksiin elämäntyyliin painottuen vaihtoehtoisin ruokavalioihin. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Ravitsemusterapeutin vastaanotolla selvitetään potilaan ruokailutottumuksia ja -mielityksiä sekä kartoitetaan potilaan tietämystä ravitsemuksesta. Potilaalle annetaan tietoa leikkauksiin liittyvistä nesteytys-, annoskoko- ja ruoka-ainesuosituksista. (Garza 2003.) Brandenburgin ja Kotlowskin (2005) tutkimus osoitti, että potilaat kokivat kuuden viikon preoperatiivisen käytöksenmuutosohjelman hyödylliseksi sopeutuessaan leikkauksen jälkeisiin elämänmuutoksiin. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006 mukaan.)

Leikkausta edeltävään ohjaukseen tulisi kuulua ravitsemusterapeutin lisäksi psykologin tapaaminen. Onnistunut lihavuusleikkaus parantaa yleensä potilaan itsetuntoa ja sosiaalista hyväksyttävyyttä, mutta se on samalla suuri stressitekijä. Psykologin aikainen interventio auttaa ennaltaehkäisemään henkistä kuormitusta. On myös tärkeää havaita potilaan mahdolliset psyykkiset sairaudet ennen leikkausta. (Garza 2003.)

Potilaille, jotka pohtivat lihavuusleikkausta hoitokeinona sairaalloon lihavuuteen, on tarjolla monenlaista ja -tasoista tietoa niin lehdistä, kirjoissa kuin internetissäkin. Potilasohjauksen tehtävänä on muistuttaa, että kaikki tämä tieto ei ole riittävän tarkkaa eikä perusteltua. Potilaan tulee olla kriittinen lukiessaan tietoa lihavuusleikkauksesta ja muodostaessaan mielipidettään leikkauksesta. (Garza 2003.)

Potilaan henkistä valmistautumista leikkaukseen tuetaan rohkaisemalla häntä liittymään tuki- ja vertaisryhmiin. Tukiryhmissä on mahdollisuus saada tietoa kokemuksista sekä

muodostaa tukiverkostoja, jotka auttavat läpikäymään tulevaa prosessia. (Garza 2003.) Tukiryhmissä toimiminen ja hoitajan vastaanottokäyntien pitäminen antavat hoitajille tilaisuuden arvioida potilaiden tilaa, tarjota ennaltaehkäisevää tukea sekä rauhoitella potilaita stressitilanteissa ja tunnekuohussa, kun he ponnistelevat fyysisten ja elintapamuutosten kanssa. (Norris 2009.)

Goldsteinin ja Hadidin (2010) tutkimuksessa kerättiin tietoa strukturoitujen preoperatiivisten luentojen vaikuttavuudesta potilaiden ja heidän läheistensä tietotason sekä tyytyväisyyteen sairaalassaoloaikana. Kurssin kirjallinen materiaali sisälsi preoperatiivista tietoa leikkauksesta, listan tärkeistä puhelinnumeroista ja muistilistan. Kurssilla näytettiin kymmenen minuuttia kestävä video, jossa esiteltiin lihavuusleikkauksesta toipuvaa potilasta osastolla. Lisäksi potilaiden kanssa käytiin vierailmassa leikkaussalissa, vuodeosastolla sekä odotushuoneessa. Kurssilla käsiteltiin myös preoperatiivisten käyntien sisältöä, valmistautumista leikkaukseen, sairaalaantuloa (mitä ottaa mukaan, minne mennä), leikkauksen jälkeisiä toimenpiteitä, kivunhoitoa, komplikaatioiden ennaltaehkäisyä, haavanhoitoa, ravitsemusta, elintapamuutoksia, kotiutusohjeita ja seurantaa. Monet potilaat ottivat kurssille mukaan omaisen, mikä oli toivottavaa. Tämän tutkimuksen mukaan luennot olivat menestys. Potilaat saivat oikeaa ja tuoretta tietoa liittyen leikkaukseen sekä olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä sairaalassaoloaikaansa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että kurssia pidettiin hyvänä juuri täsmällisen ja oikean tiedon välittämisen vuoksi. (Goldstein – Hadidi 2010.)

Internetissä tapahtuva ohjaus on yhtä tehokasta tai tehokkaampaa kuin kasvotusten hoitajan antama ohjaus. Vertailussa internet-ohjausta saaneet potilaat pärjäsivät kysymyksissä vertailuryhmää paremmin eettisten ja käytännön kysymysten alueilla. Internet-ohjauksen todettiin lisäävän pitkäaikaissairaana potilasryhmän kognitiivisen voimaantumisen astetta. (Heikkinen ym. 2008.)

Norrisin (2009) artikkelin mukaan potilaita tulee ohjata enemmän leikkauksen hyödyistä, rajoituksista sekä komplikaatioista. Potilaiden tulee ymmärtää, ettei leikkaus ole ”taikuutta” vaan pysyvillä elintapamuutoksilla on ratkaiseva merkitys toipumisessa ja lopputuloksessa. Tukiryhmät, joissa pre- ja postoperatiiviset potilaat ovat yhdessä, ovat avuksi tiedonsaannissa, väärinymmärrysten selvittämisessä ja rohkaisemisessa. Lisäksi ne antavat keinoja prosessista selviytymiseen.

5.1.2 Postoperatiivinen ohjaus

Leikkauksen jälkeen potilas siirretään joko tehohoito-osastolle, heräämään tai kirurgiselle osastolle. Potilasta tulee ohjata liikkumaan kolme kertaa päivässä niin pian kuin hänen vointinsa sallii. Potilaan turvallisuus ylösnoustessa ja esimerkiksi kyynärsauvojen käyttö voivat edellyttää fysioterapeutin läsnäoloa. Potilasta ohjataan tekemään syvähengitysharjoitukset ja yskiminen 1–2 tunnin välein. Leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ovat muun muassa atelektaasit tai pneumonia. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Muita mahdollisia komplikaatoriskejä ovat anastomoosivuoto, oksentelu tai dumping syndrooma. Anastomoosivuodon oireita ovat muun muassa takykardia, hengenahdistus ja levottomuus. Lääkäriin on otettava heti yhteys, jos potilaan vatsa on joustamaton, veriarvot laskevat, kaliumarvo nousee, potilas valittaa ei haavaperäistä kipua tai laboratorioarvot viittaavat metaboliseen asidoosiin. (Harrington 2006.)

Pahoinvointi ja oksentaminen ovat normaaleja reaktioita leikkauksen jälkeen. Potilasta tulee ohjata kertomaan näistä hoitajalle. Fysiologiset muutokset kehossa saattavat aiheuttaa pahoinvointia silloin, kun potilas aloittaa syömisen ja juomisen suun kautta. Hoitajan tulee ohjata potilasta aloittamaan nesteiden juominen oikein. Potilasta voi neuvoa juomaan 30 ml kerrallaan tunnin välein. Potilaalle korostetaan, että pahoinvointi on erittäin odotettavaa ja, että syöminen aloitetaan jokaisen potilaan omien tuntemusten mukaan. Potilaan tulee kertoa hoitajalle mahdollisesta oksentamisesta tai ripulista, koska hän on dehydraatioriskissä leikkauksen jälkeen. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Kuivumisen oireita ovat muun muassa pahoinvointi, takykardia, vähävirtaisuus, alhainen verenpaine ja lisähapentarve (Harrington 2006). Kun on varmistettu, ettei potilaan suolistossa ole vuotoja ja suoliston toiminta on palautumassa, voidaan aloittaa ensimmäisen vaiheen ruokavalio. Ensimmäisen vaiheen ruokavalio sisältää kirkkaita joko sokeripitoisia tai sokerittomia nesteitä. Potilasta ohjataan välttämään kofeiinia, hiilihappopitoisia juomia ja liiallista määrää sokeria (Blackwood 2005). Ruokavaliohoidon toinen vaihe sisältää paksuja nesteitä. Tämä vaihe aloitetaan yleensä jo sairaalassa. Ravitsemushoidon kolmas vaihe sijoittuu yleensä aikaan, jolloin potilas tulee lääkärin luo jälkitarkastukseen. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Lihavuusleikkauspotilas on yleensä useita viikkoja nesteruokavaliolla. Tämän jälkeen ravitseminen vaihdetaan pehmeään eli kolmannen vaiheen ruokavalioon. Potilaan elinikäinen ruokavalio on proteiinipitoista ja sisältää vähän rasvaa ja hiilihydraatteja. Päivittäinen kalorimäärä on noin 800–1200 kcal jaettuna 4–6 kerta-annokseen. Potilasta on syytä valmistella siihen, että hänellä voi olla vähentynyt ruokahalu ja, että hän tuntee kylläisyyttä helposti. Leikkaukset voivat aiheuttaa raudan, kalsiumin ja b-vitamiinin puutetta. Potilasta ohjataan ottamaan päivittäin multivitamiini-, kalsium- ja rautalisää osteoporoosin välttämiseksi. Lisäksi voi olla, että hän tarvitsee jatkuvan B12-lisän. (Blackwood 2005).

Jos potilas on valmisteltu hyvin leikkaukseen, hänen kotiutumisensa onnistuu yleensä paremmin. Jo ennen leikkausta potilaalle tulee kertoa, millaiselta vatsa todennäköisesti näyttää leikkauksen jälkeen. Vatsaan tehdään viisi tai kuusi pientä haavaa, joihin laitetaan ompeleet ja sidokset. Vatsaan asetetaan todennäköisesti dreenejä. Ylipainoisen potilaan vatsanalueen haavat ovat vaarassa repeytyä. Vatsanalueen sitominen tukee ja vähentää avautumisen riskiä. Potilasohjauksen tulee sisältää myös ihonhoidon opetusta ja neuvontaa. (Grindel ja Grindel 2006.) Muun muassa proteiinin puute, hidas verenkierto, ihon ja sen poimujen kosteus ja bakteerit hidastavat haavojen parantumista (Harrington 2006).

Dumping syndrooma on tyypillinen oire lihavuusleikkauksen jälkeen. Tämä johtuu siitä, että mahaportti on ohitettu ja ruokasula pääsee kulkeutumaan liian nopeasti suolistoon. Suoliston lisääntyneen peristaltiikan vuoksi potilas voi tuntea nopeutuneen sydämen sykkeen, hikoilua, heikkoutta, huimausta, ripulia, pahoinvointia, uupumusta tai vatsakrampeja. Oireet ilmenevät yleensä noin 90 minuutin kuluttua syömisestä (Blackwood 2005). Toinen syy oireisiin on liian sokeripitoisen ruoan nauttiminen. Yleensä dumping-oireet menevät ohi vuoden kuluessa leikkauksesta. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Myöhemmin leikkauksen jälkeen potilaalla saattaa olla vaikeuksia sopeutua uuteen noudatettavaan ruokavalioon. Lisäksi lihavuusleikkaus aiheuttaa psykologisia hankaluuksia sopeutua uuteen kehonkuvaan ja sen tuomiin muutoksiin elämässä. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Lihavuusleikkauspotilaat tietävät usein, että heidän hoitamisensa on vaikeaa. Moni heistä kokee leikkaukseen liittyvän häpeää, noloutta,

toivoa ja pelkoa. Hoitajien tulee konsultoida käytös- tai sosiaaliterapeuttia tarvittaessa. (Harrington 2006).

Potilaat kärsivät usein laihtumisen jälkeen jättämästä ylimääräisestä ihosta, jota voidaan korjata plastiikkakirurgian keinoin yleensä kahden kolmen vuoden jälkeen leikkauksesta. Ylimääräisen ihon poisto auttaa potilasta saavuttamaan paremman minäkuvan ja elämänlaadun. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.)

Ohjaus ennen ja jälkeen leikkauksen sekä leikkauksen jälkeinen seuranta ovat avainasemassa onnistuneen lopputuloksen kannalta. Motivoitunut potilas, säännöllinen painon seuranta ja ravitsemusneuvonta auttavat potilasta saavuttamaan halutun painotavoitteen. Useat potilaat kertovat leikkauksen tuoneen mukanaan parantuneen terveydentilan, lisääntyneitä energisyyttä, paremman itseluottamuksen. He kykenevät kontrolloimaan syömistään paremmin. (Grindel, M. – Grindel, C. 2006.) Monilla tukiryhmillä on vapaaehtoisia jäseniä, jotka käyvät leikkauspotilaan luona vierailulla, potilaan näin halutessa (Garza 2003).

Taulukko 2. Postoperatiivinen hoitosuunnitelma (Harrington 2006)

Hoitoalue	Hoito ja ohjaus
Hengitys	<ul style="list-style-type: none"> • keuhkojen säännöllinen kuuntelu siirtäen ihopoimuja (kohdistaa, jonne neste yleensä kertyy) • neuvo potilasta pitämään sängyn pääty 30–45 astetta kohotettuna (vähentää vatsaan kohdistuvaa painetta) • ohjaa keuhkotuuletusta syvähengitysharjoituksilla, opeta potilasta suojaamaan haavaa hengitysharjoituksissa • säännöllinen happisaturaation tarkistus (2 l/min happea happiviiksellä ja CPAPin käyttö määrättäessä) • tarkkaile lämpöä, yskää, ysköksiä ja potilaan psyykkistä vointia
Verenkierto, nesteytys ja elektrolyyttiarvot	<ul style="list-style-type: none"> • tarkista vitaalinelintoiminnot tunneittain ja myöhemmin neljän tunnin välein (huomioi oikean kokoiset välineet) • kuuntele sydänääniä potilaan maata vasemmalla kyljellä tai selällään • kirjaa nestetasapaino, ohjaa juomaan per os, määrättäessä anna nestebolukset • tarvittavat veriarvot tilataan päivittäin
Kivunhoito	<ul style="list-style-type: none"> • kivun säännöllinen arviointi (eleet, ilmeet, käytös, elintoiminnot), opeta

	<p>potilaalle kipumittarien käyttöä</p> <ul style="list-style-type: none"> • lääkärin, farmakologin ja kipuhoitajan konsultaatiot (muista lihavan ihmisen erilainen farmakokinetiikka)
Liikkuminen	<ul style="list-style-type: none"> • leikkauspäivänä potilas ohjataan nousemaan ylös sängystä seisomaan ohjeiden mukaan (huomioi riittävä henkilöstö ja apuvälineet) • asennon vaihto, neuvo jalkojen jumppaus 2h välein • laskimotukosten tarkkailu (antikoagulantti määrättäessä) • potilaalle tukisukat, mieluiten lyhyet sopivuuden ja lämmön vuoksi • neuvo potilasta välttämään raskaita nostettavia
Iho ja haavanhoito	<ul style="list-style-type: none"> • haavojen ja ihon säännöllinen tarkastus (haavat, dreenit sekä kaula-, selkä-, rinta- ja jalkapöydät päivittäin) • välttä toistuvaa sidosten vaihtoa ihon rikkoutumisen estämiseksi • neuvo potilasta pitämään iho kuivana ja puhtaana esimerkiksi sideharsojen avulla sekä välttämään talkin käyttöä paakkuuntumisen vuoksi • varmista, ettei potilas makaa letkujen ja katetrien päällä • ohjaa potilasta henkilökohtaisessa hygieniassa (inkontinenssivaiva), auta säännöllisesti wc:n, pidä petivaatteet puhtaina ja kuivina, ei muovisuojia • kehoita potilasta laittamaan iholle kosteudensuojavoiteita
Ruoansulatus	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan vatsan ympäryys tarkastetaan säännöllisesti merkitystä kohdasta • ohjaa potilasta kiinnittämään huomio ilmanmuodostukseen suolistossa sekä vatsan toimintaan • ohjaa potilas toteuttamaan sovittua diettiä, sairaalassa ravitseminen aloitetaan kirkkailla hiilihapottomilla nesteillä, 30 ml kerrallaan • tarvittaessa konsultoi ravitsemusterapeuttia
Psykososiaalisuus Turvallisuus	<ul style="list-style-type: none"> • luo muutosta tukeva, rohkaiseva, kannustava ja terapeuttinen ympäristö • huomioi, että asennonvaihdossa, ylösnousemisessa ja kävelyssä on riittävästi osaavaa henkilökuntaa mukana • ohjaa potilasta käyttämään apuvälineitä • huomioi miten asiakas on tottunut esimerkiksi nousemaan ylös sängystä • käytä vain lihavuusleikkaus potilaille tarkoitettuja pyörätuoleja, tuoleja ja sänkyjä • konsultoi fysioterapeuttia tarvittaessa

5.1.3 Kotihoidon ohjaus

Kotiutusvaiheessa potilaalle annetaan ohjausta sekä suullisesti että kirjallisesti sisältäen informaatiota toimenpiteestä ja postoperatiivisesta hoidosta. Ohjauksessa korostetaan ruokavalion, vitamiini- ja proteiini- ja nesteytyksen ja liikunnan merkitystä. Muutaman viikon kuluttua leikkauksesta potilaan tulisi kävellä oman voinnin mukaan ainakin 1,6 km päivässä. Häntä rohkaistaan osallistumaan ravitsemusneuvontaan, terapiaan ja erilaisiin paikallisiin terapiaryhmiin. Potilas on matkalla uuteen ja terveelliseen elämään ja tarvitsee valtavasti tukea onnistuakseen siinä. (Blackwood 2005). Muutoin lihavuusleikkauspotilaan kotihoidonohjaus sisältää tietoa lääkityksestä, autolla ajosta, ehkäisystä, haavahoidosta ja seurattavista oireista. (Garza 2003; Blackwood 2005.)

Jälkitarkastuksiin kuuluvat lääkärin, psykologin ja ravitsemusterapeutin tapaamiset. Seurantaan tarvitaan myös erilaisia laboratoriokokeita. Näin varmistetaan, että potilas voi fyysisesti ja psyykkisesti hyvin ja on sopeutunut uuteen kehonkuvaansa. Häntä rohkaistaan myös ottamaan osaa erilaisiin tukiryhmiin. (Garza 2003.)

Taulukko 3. Kotiutusohjaus (Harrington 2006)

Hoitoalue	Hoito ja ohjaus
Ravitsemus	<ul style="list-style-type: none"> ohjaa potilasta noudattamaan muuttuvaa ruokavaliota neuvo potilasta käyttämään oikein nestemäisiä vitamiini- ja proteiinilisiä anna potilaalle nestesuositukset
Liikkuminen	<ul style="list-style-type: none"> neuvo välttämään raskaita kantamuksia keskustele autolla ajosta ja töihin paluusta ohjaa potilasta lisäämään liikuntaa ja oikeita liikuntamuotoja
Haavanhoito	
Lääkitys	<ul style="list-style-type: none"> ohjaus sisältää kipu- ja pahoinvointilääkityksen
Oireista kertominen	<ul style="list-style-type: none"> ohjaa potilasta ottamaan yhteyttä, jos ilmenee hengitysvaikeuksia, oksentelua, kuumetta, sydänelänpään kipua, haavainfektion merkkejä (lämpö, punoitus, märkäisyys), kipua jaloissa
Seurantakäynnit	<ul style="list-style-type: none"> ohjaus lääkärikäynneille, yksilö- ja perheterapiaan, tukiryhmätapaamisiin sekä liikunta- ja ravitsemusluennoille

5.2 Elämäntapamuutoksen tukemiseen sovellettavia ohjausmalleja

5.2.1 Motivoiva ohjaus

Painonhallinnan ohjaus on haastavaa. Usein ylipainon esille ottaminen koetaan vaikeana ja henkilökohtaisempana asiana kuin esimerkiksi verenpaineen mittaaminen tai stressistä keskusteleminen. Potilas voi kokea hyvät ja tarpeelliset neuvot vallankäytöksi. Sisäisen käyttäytymismallin mukaisesti potilaat yrittävät näin suojella omaa autonomiaansa. Omien tottumuksien muuttaminen koetaan lähinnä luopumisena jostain. (Anglé 2010.)

Potilaan sisäisen ja kestäväen motivaation vahvistaminen on todettu eri tutkimuksissa vaikuttavaksi keinoksi potilaan terveyden edistämiseksi. Itsemääräämisen teoriassa puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta motivaatiosta. Sisäinen motivaatio lähtee henkilöstä sisältäpäin, on hänelle palkitsevaa, henkilökohtaisesti tärkeää tai arvojemme mukaista. Motivaatiomme on ulkoista, mikäli se tapahtuu jonkin ulkoisen palkkion toivossa tai rangaistuksen pelossa. Motivaatiomme on kestävämpää, mitä sisäistetympää se on. (Anglé 2010.)

Itsemääräämisen teorian mukaan motivaatio lähtee tarpeista. Sisäinen motivaatio kasvaa sen myötä, miten paljon toimintamme tyydyttää kolmea perustarvetamme, joita ovat itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteiden tarpeet. Motivaatiomme kasvaa, kun tunnemme itse voivamme vaikuttaa ja jos koemme osaavamme ja saavamme olla vertaisiemme seurassa, näiden hyväksymiä ja arvostamia. Mikäli terveydenhuollossa pyrittäisiin vahvistamaan mahdollisimman suureksi potilaan kokemus itsemääräämisestä, kyvykkyydestä sekä yhteenkuuluvuudesta, potilaiden terveyttä edistävä käyttäytyminen todennäköisesti sisäistyisi ja käyttäytymisen muutos olisi pysyvämpää kuin muutoin. Potilasta uskova ja myönteinen asenne edesauttavat hyvän yhteistyön rakentumisen potilaan ja ammattilaisen välille. Neuvojen sijaan hoitaja esittää muutosehdotuksia tarjoamalla vaihtoehtoja ja korostamalla valinnanvapautta. (Anglé 2010.)

Potilaan kyvykkyyden tunnetta vahvistettaessa ammattihenkilö huomioi, mikä potilaan elintavoissa on jo ennestään hyvää tai tavoitteen mukaista ja antaa siitä hyvää palautetta. Muutostavoite tulisi pilkkoa niin pieniin osiin, että onnistumisen kokemukset mahdollistuisivat. Potilaalle tulee viestittää hyväksyntää ja arvostusta kuuntelemalla.

Otetaan selvää myös siitä, miten potilaan lähipiiri voisi tukea potilasta elintapojen kohentamisessa. Tämä edesauttaa yhteenkuuluvuuden tunteen vahvistumista. (Anglé 2010.)

Itsemääräämisen teoria on hyvin samankaltainen voimaannuttamisen periaatteen kanssa. Tutkimuksen mukaan painonhallinnan onnistumiseen ovat yhteydessä seuraavat psykososiaaliset tekijät: sisäinen motivaatio laihduttaa, koettu sosiaalinen tuki, hyvät selviytymiskeinot ja kyky hallita stressiä, kyvykkyyden tunne, itsemääräämisen tunne, vastuun ottaminen elämässä, joustavuus, psykologinen kypsyyden sekä tasapainoisuus. Lisäksi uusien elintapojen ylläpitäminen edellä mainittujen asioiden ohella on tärkeää. (Anglé 2010.)

5.2.2 Omahoidon opastuksen positiivisia vaikutuksia

Omahoito on toimintatapa, joka vaikuttaa sekä potilaan elämäntapoihin että sairauden hoitoon. Omahoidossa potilas suunnittelee ammattihenkilön tuella oman hoidon, jota alkaa toteuttaa ja, josta ottaa itse vastuun. Tavoitteena on pitkäaikaissairauden tehokas hoitaminen, riskitekijöiden vähentäminen sekä terveydenhuollon resurssien optimaalinen käyttö. Astman, nivelsairauksien, diabeteksen ja sydämen vajaatoiminnan osalta omahoidosta on saatu positiivista näyttöä. (Routasalo – Airaksinen – Mäntyranta ja Pitkälä 2010.)

Omahoidossa ammattihenkilö ja potilas toimivat tasavertaisessa opastussuhteessa, jossa ammattihenkilö selvittää potilaan elämäntilannetta ja toiveita sekä suunnittelee yhdessä potilaan kanssa juuri tälle räätälöidyn hoidon. Kun perinteisessä potilasopetuksessa ohjaaja antaa tietoja ja teknisiä taitoja, omahoidon opastus perehdyttää asiakasta ongelmanratkaisutaitoihin. Omahoidon opastuksessa on tyypillistä potilaan autonomian kunnioittaminen sekä hänen motivaationsa, pystyvyytensä ja voimaantumisen tukeminen. Omahoidon tavoitteet saavutetaan, kun potilas itse säätelee hoitoaan omien tuntemusten tai mittaustulostensa pohjalta. (Routasalo ym. 2010.)

Omahoidon erilaisia interventioita on kehitetty 1980-luvulta alkaen. Yhteistä näille hankkeille on ollut potilaan oman vastuun lisääminen hoidossaan ja mahdollisuus säädellä itse hoitoaan. Tutkimuksissa on osoitettu, että parhaimmillaan hoidolla on kyetty siirtämään taudin puhkeamista, parantamaan hoitotasapainoa, ehkäisemään

komplikaatioita tai lievittämään taudin oireita. Menestyksekkäintä omahoidon opastus on ollut astman hoidossa. Opastus on sisältänyt tietoa astmasta, oman tilanteen seurannan oppimista, säännöllisiä lääkärissä käyntejä ja kirjattuja omia toimintaohjelmia. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan yksilöllisesti suunniteltu hoidon ohjaus, jonka tavoitteena ovat elintapamuutokset, auttaa ehkäisemään diabeteksen puhkeamista riskitekijöitä omaavilla henkilöillä. Nivelsairaiden omahoidon ohjauksessa potilaille suunniteltiin yksilötapaamisissa hoitotavoitteet sekä tuettiin ongelmanratkaisussa ja vuorovaikutustaidoissa. Tuloksena heidän masennusoireensa vähenivät ja CRP-taso aleni enemmän kuin verrokkiryhmällä. (Routasalo ym. 2010.)

5.2.3 Muita näkökulmia potilasohjaukseen

Kostjukovan (2006) tekemässä tutkielmassa esiteltiin oppimista edistäviä tekijöitä. Analyysissä syntyi kahdeksan yläkategoriaa. Kirjallisen ohjeen todettiin olevan yleisin oppimista edistävä tekijä. Sitä käytettiin paljon oman toiminnan ohjaajana. Tutkimukseen osallistuneista vastaajista tärkeää oli ohjeen lukeminen ja toimintaa selkeyttävät kuvat. Vuorovaikutus ammattilaisen kanssa koettiin myös oppimista edistäväksi tekijäksi. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas kuuntelee ja kysyy neuvoja. Ohjaajan lähestymistapa on jäykkä ja lämminhenkinen ja hän tuntee potilaan. Ohjaus on yhteistoimintaa ja voimavaraistavaa. Ohjeet tulee käydä läpi yhdessä ohjaajan kanssa. Tärkeänä pidettiin myös potilaan omaa motivaatiota, aktiivisuutta ja halua parantua. Tutkimukseen osallistujat kokivat, että oppimista lisää ohjeen perusteleminen. Ohjaajan on selitettävä miksi jonkin toiminnan oppiminen ja toteuttaminen on tärkeää. Potilaan aikaisemmat tiedot ja kokemukset operaatiosta sekä ohjeiden aikaisempi tunteminen vaikuttavat myös positiivisesti oppimiseen. Oppimisen ja aikaisempien tietojen hyväksikäytön edellytyksenä on muisti- ja ajattelutoiminnan normaali tila. Opiteun toistamista ja kertaamista pidettiin tutkimuksen mukaan tärkeinä. Keskeinen oppimista edistävä tekijä on tutkimuksen mukaan itse tekeminen ja sen mukana kokemus ja käytäntö. (Kostjukova 2006).

5.3 Potilaiden ja heidän perheidensä kokemuksia lihavuusleikkauksesta ja potilasohjauksesta

Monet lihavuuspotilaista ovat kärsineet vuosia syrjinnästä tai jopa hyväksikäytöstä (psykkisestä, fyysisestä tai seksuaalisesta). Osa potilaista kompensoi kokemuksiaan kehittämällä erittäin vahvan persoonallisuuden. Osa kärsii heikosta itsetunnosta ja he kokevat, että kaikki huomio mitä he saavat, on enemmän kuin he ansaitsevat. Potilaat voivat kokea häpeän, nolouden, toivon ja pelon tunteita leikkauksen yhteydessä. Hoitajien tulee olla herkkiä näille tuntemuksille hoitaessaan lihavuusleikkauspotilaita. (Blackwood 2005.)

Liikalihavat ihmiset saattavat joutua muiden leimaamiksi lihavuutensa vuoksi. Yllättävää on, että häpeäleima eli stigma seuraa mukana myös leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeinen häpeäleima liittyy siihen, että lihavuudesta kärsivä ihminen on valinnut joidenkin mielestä väärän tavan asian hoitamiseksi. Esimerkiksi oma perhe voi osoittaa leikatun valinneen väärän tavan laihtua. Näin potilas kokee, että laihtuminen muuttaa hänen rooliaan omassa perheessään ja, että joidenkin perheenjäsenten on vaikea hyväksyä, ettei hän ole enää perheen lihavin ihminen. Potilaan kannattaa varoa kenelle leikkauksestaan kertoo. (Earvolino-Ramirez 2008.)

"Well you took the easy way out".

"Well anyone can go in and just have surgery and have your stomach stapled".

Earvolino-Ramirezin (2008) tutkimuksessa ilmeni, että fyysiset kehonmuutokset ovat potilaalle merkittävin tekijä leikkauksen jälkeen. Muutokset ilmenevät muun muassa kivuttomuutena aamuisin ja reaktiona omaan peilikuvaansa. Lisäksi potilaan on leikkauksen jälkeen mukavampi matkustaa lentokoneella, käydä ravintoloissa ja käyttää turvavyötä autossa. Samassa tutkimuksessa haastateltu korosti liikunnan ja kunto-ohjaajan merkitystä laihtumisessa. Hän tarvitsi leikkauksen alkusysäyksenä laihtumiselle ja koki, että leikkaus oli vain tekninen yksityiskohta koko laajassa prosessissa. Haastateltava koki, että laihdutus on aiheuttanut hänelle kaksi merkittävää henkistä muutosta: masennuslääkkeiden käytön vähentymisen ja motivaation elintapamuutokseen. Haastateltava kertoo, että hän on pitänyt parempaa huolta itsestään leikkauksen ja painonpudotuksen jälkeen. Hän korostaa sitä, ettei laihdutusprosessi pääty leikkaukseen.

"This is even harder for me to imagine that I'm feeling this good and loving my body now, where before I just ignored it".

Lihavuusleikkauspotilaita tulee rohkaista ennakoimaan etuja ja haittoja, joita ei ehkä mainita perinteisessä kirjallisuudessa. Heidän tulee harkita keihin perheenjäseniin ja ystäviin he voivat tukeutua tilanteessa. Heitä tulee rohkaista lukemaan kvalitatiivisia tutkimuksia leikkauksesta ja tavata ihmisiä, jotka ovat läpikäyneet leikkauksen. Lihavuusleikkauksen jälkeen muutokset ovat nopeita ja tapahtuvat kaikilla tasoilla; vartalo, mieli, ystävät ja perhe muuttuvat. Muutos ja sopeutuminen ovat pääroolissa lihavuusleikkaukskokemuksessa. (Earvolino-Ramirez 2008.)

Perheenjäsenten ja ystävien tuki leikkaukseen menijälle ei ole itsestään selvää. Hekin tarvitsevat aikaa tottuakseen tähän nopeasti muuttuvaan henkilöön. Vaikka he ehkä hyväksyisivätkin leikkauksen hyvänä keinona, heidän ensimmäiset reaktiot voivat olla vahingollisia ja satuttaa toipuvaa ja sopeutumisprosessissa olevaa. (Earvolino-Ramirez 2008.)

Ryan MA:n (2005) artikkelin mukaan lihavuusleikkaukseen aikovan potilaan puolison ei ole aina helppo hyväksyä leikkausta. Puoliso voi myös yrittää sabotoida potilaan onnistumista. Edellä mainitut ongelmat voivat johtaa ongelmiin parisuhteissa ja jopa eroon. Läheisten ja ystävien tuki on hyvin tärkeää prosessin onnistumisen kannalta, etenkin, jos puoliso tai muu perhe vastustaa leikkausta. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden saamaa ohjausta ja tiedontarvetta tarkastelleen tutkimuksen mukaan omaisille annettu ohjaus oli riittämätöntä. Vastanneiden mukaan omaisten mukaan ottaminen kohentaisi hoidon laatua. (Tunturi – Kempainen 2008.)

Yhdysvaltalaisen haastattelututkimuksen mukaan monimutkaiset perhesuhteet ilmenevät myös sairaalassa. Haastateltujen hoitajien mielestä perheen osallistuminen ja tuki ovat tärkeitä niin potilaan leikkauksesta toipumisen kuin myös laihtumisen kannalta. He kuvailivat, että tuki voi olla kannustavaa. Perheet rohkaisevat potilasta liikkumaan ja olemaan omatoiminen. Tuki voi olla myös ei-kannustavaa. Perheenjäsenet voivat olla läheisriippuvaisia, liian tarvitsevia sekä hoivaavia. Perheenjäsenet pesivät potilaiden hampaat, toivat ruokaa potilashuoneisiin, syöttivät potilaita ja kehuivat kuinka hyvälle ruoka maistuu. Hoitajat kertoivat tämän estävän potilaan itsenäistymisprosessia. (Whitfield – Grassley 2008).

Whitfieldin ja Grassleyn (2008) tutkimuksen mukaan omaiset tulee valmistella hyvin ja ottaa mukaan potilaan postoperatiiviseen hoitoon. Perheet tarvitsevat riittävästi tietoa

ja ohjeita siitä kuinka potilasta autetaan liikkumaan ja ohjataan itsehoitoon. Potilaiden ja omaisten kanssa keskustellaan etukäteen hoidosta. Näin voidaan yhteistyössä päättää mikä on potilaalle parhaaksi, välttää konflikteja ja valtataistelutilanteita. Perheiden osallistumista helpottaisi kirjallinen etukäteistieto siitä, mitä he voivat odottaa sairaalassa olosta ja leikkauksen jälkeisestä ajasta.

Päiväkirjanpitäminen tai kirjoittaminen ovat hyviä keinoja kognitiivis-behavioristisen terapian yhteydessä. Potilas voi omaksua vastuuntuntoa ja käydä läpi strategiaa, johon on sitoutunut saavuttaakseen tavoitteensa. Omaelämäkerran kirjoittaminen vähentää lihaviin ihmisten itsekriittisyyttä. Tarjottu psykologinen tuki, jossa läpikäydään aikaisempaa leimaantumista ja kehitetään erilainen näkemys heidän kokemastaan todellisuudesta, auttaa heitä uudelleen kirjoittamaan elämäntarinansa ja suuntautumaan kohti muutoksia, jotka odottavat esimerkiksi lihavuusleikkauksen jälkeen. (Kirk – Esterhuizen – Drake 2009).

Terapeuttinen suhde on tärkeää, koska liikalihavat ihmiset kokevat leimautumista niin kaupoissa, kuljetusvälineissä, työpaikoilla, kouluissa kuin terveydenhoitolaitoksissakin. Tuomitseva käytös on erittäin haitallista lihaville. Masennus, matala itsetunto ja hoitamattomuuden, kurittomuuden ja ei-pidetyin tuntemukset ovat erittäin vahingollisia. Terapeuttinen suhde on ei-tuomitseva, ammatillinen (ei vitsejä ja huomioita lihavuudesta), luottamuksellinen, sopivasti vuorovaikutuksellinen, vaiti-ohjelmallinen, ja tukea antava kumppanuus. Liian pienet sairaalavaatteet, vaa'at, sängyt, verenpainemittarit, kapeat tutkimuspöydät, mri-laitteet ynnä muut voivat aiheuttaa häpeää, joka voi estää hakeutumasta hoitoon ja aiheuttaa masennusta ja itsesyytöksiä. Ei myöskään riitä, että asiakkaille tarjotaan tietoa, taitoja ja käyttäytymismalleja. Seuranta on tarpeen, jotta tavoitteet todella saavutetaan. Terapeuttisessa ympäristössä hoitajat pitävät huolta, jotta kommunikaatio hoitajien, asiakkaiden ja heidän perheidensä välillä toimii. Tavoitteiden tulee olla selviä, mitattavia, realistisia ja yhdessä sovittuja. Perheen osuutta ei voi ikinä ohittaa. Omaisille tuleekin antaa ohjausta ja tukea. (Kirk – Esterhuizen – Drake 2009).

6 Pohdintaa ja jatkotutkimusaiheita

6.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta tulee pohtia kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden osalta. Onko hankesuunnitelman tehtävänanto ymmärretty oikein? Onko siitä johdettu tarkoituksenmukainen tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset? Tärkeää on, että tutkimus mittaa ja selvittää oikeita asioita.

Tämän opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa suuresti tiedonhaku. Onko sen avulla saatu tutkimusmateriaali riittävän kattavaa? Onko hakusanat valittu ja yhdistelty oikein? Käytimme tiedonhaussa hyväksi Metropolia ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikkoa, jolla oli ammattitaitoa ja kokemusta tiedonhausta.

Valittujen artikkeleiden kielet ovat suomi ja englanti. Tämä rajoittaa tiedonsaantia. Luotettavuuden kannalta tulee myös pohtia, onko tiedonhausta jatkoanalysointiin valittujen artikkeleiden valinta tehty objektiivisesti vai vaikuttavatko siihen muun muassa tutkimuksen tekijöiden motivaatio, asenteet tai vaikkapa kielitaito. Tiedonhaussa saadut artikkelit käytiin ensimmäiseksi yhdessä läpi otsikko ja tiivistelmä tasolla. Tämän jälkeen valitut artikkelit jaettiin luettavaksi opinnäytetyön kahden tekijän kesken. Kummallakin lukijalla oli hyvä englanninkielentaito, mutta englanti ei kuitenkaan ole kummankaan äidinkieli. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, onko englanninkielinen teksti ymmärretty niinkuin se on tarkoitettu ymmärrettäväksi. Mielestämme suoriuduimme kuitenkin yllättävän hyvin englanninkielisten artikkeleiden lukemisesta ja kääntämisestä, eikä se tuottanut ongelmia.

Seuraavassa vaiheessa artikkelit käytiin yhdessä läpi esittelemällä niiden sisältö. Niistä valitsimme sovittujen kriteerien perusteella jatkokäsittelyyn sopivat. Tämän jälkeen artikkelit jaettiin taas tekijöiden kesken syvempää tarkastelua varten. Valitsimme itsenäisesti tärkeät asiat lukemistamme artikkeleista ja tämän jälkeen kirjoitimme tulokset ja pohdimme johtopäätöksiä yhdessä. Kyseinen työskentelytapa on tehokas, mutta saattaa vaikuttaa työn objektiivisuuteen ja täten luotettavuuteen.

Sopivia artikkeleita ja tutkimuksia oli saatavilla hyvin vähän tai ei ollenkaan. Osa aineistoksi päätyneistä artikkeleista on yksittäisten henkilöiden kertomuksia omista kokemuksistaan ennen ja jälkeen leikkauksen. Näiden tutkimusten puuttuvan otoksen, yksittäisten mielipiteiden ja tutkijan puuttumisen vuoksi voidaan olettaa, että näiden

tutkimusten luotettavuus on heikompi. Aineistoon kuuluu myös monia tutkimuksia, joissa on selkeä otos, tutkijat sekä mittereita käytössä. Näiden tutkimusten luotettavuus on parempi kuin edellämainittujen. Jouduimme rajaamaan aineistoa muihinkin pitkäaikaissairailta tehtyihin tutkimuksiin perheohjaukseen liittyen, koska suoraan lihavuusleikkauspotilailla tehtyjä tutkimuksia oli hyvin vähän. Aineistolle yhteistä on, että sen tuloksilla on uutuusarvoa sekä merkitystä ohjauksen laadun kehittämisessä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon on varattava hyvin aikaa. Teimme kirjallisuuskatsauksen opintojen ohessa, jolloin emme voineet paneutua siihen täyspäiväisesti. Tämä voi vaikuttaa työn laadun luotettavuuteen. Mielestämme olemme kuitenkin keränneet hyvän kartoituksen lihavuusleikkauspotilaiden perheohjausmalleista ja niiden puutteesta, tai niihin sovellettavista ohjaustyyleistä.

Tiedonhaun tuloksena oli enimmäkseen yhdysvaltalaisia ja suomalaisia artikkeleita. Luotettavuuden kannalta tulee pohtia voiko yhdysvaltalaisia tutkimuksia ja artikkeleita soveltaa suomalaisiin potilaisiin.

6.2 Pohdintaa

Opinnäytetyön tarkoituksena on esitellä erilaisia potilasohjausmenetelmiä, joita käytetään lihavuusleikkauspotilaille tai muille pitkäaikaissairaille ja heidän perheilleen. Haasteena oli löytää kirjallisuuskatsausaissa tutkimuksia, joissa olisi esitetty ohjausmenetelmiä, niiden käyttöä sekä kokemuksia ja tuloksia käytöstä. Haun tuloksena saatiin joitakin tutkimuksia ja joukon asiantuntija-artikkeleita tai katsauksia. Näistä koottiin kattavasti tietoa lihavuusleikkauspotilaiden pre- ja postoperatiivisesta ohjauksesta, ohjausmenetelmistä sekä ohjauskokemuksista.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli esille seuraavat lihavuusleikkauksille ja potilasohjaukselle tyypilliset sekä tärkeät tekijät: prosessin pitkä kesto, koko prosessin aikaisen potilasohjauksen ja tiedon tärkeys, perheen ja läheisten tuen tärkeys, läheisten mukaan ottaminen ohjaukseen ja hoitoon, pysyvä elintapojen muutos ja sitoutuminen painonhallintaan, sisäisen motivaation kasvattaminen, potilaan autonomian ja kyvykkyyden kunnioittaminen, potilaan ja ohjaajan tasavertainen opastussuhde, ongelmaratkaisu- ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja potilaan oman vastuun lisääminen.

Lihavuusleikkauspotilaille tyypillisiä tuntemuksia olivat muun muassa pelko, toivo, lihavuuden aiheuttama häpeä, nolous, koettu syrjintä, kehokuvan muutos, vaikeus sopeutua uuteen ruokavalioon ja muuttuneeseen kehoon sekä läheisten sopeutumisvaikeudet. Haitallista on, että häpeäleima voi seurata potilasta myös leikkauksen jälkeen (Earvolino-Ramirez 2008). Esimerkiksi läheiset voivat olla sitä mieltä, että lihavuusleikkaus on väärä niin sanotusti helppo tapa laihtuttaa (Ryan. MA, 2005). Leikkauksen jälkeen koettiin itseluottamuksen, energisyyden ja syömisen kontrolloinnin lisääntyneen (Grindel, M. – Grindel, C. 2006). Eräs potilas kuvasi leikkausta alkusysäyksenä ja motivaation lähteenä laihduttamiselle, mutta toisaalta vain teknisenä yksityiskohtana pitkässä muutosprosessissa (Earvolino-Ramirez 2008). Muutoksia leikkauksen jälkeen kuvattiin nopeina ja laajoina. Ne tapahtuvat kehossa, mielessä, perheessä ja ystäväpiirissä. Potilaalta vaaditaan hyvää sopeutumiskykyä. Terapeuttisen suhteen muodostuminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välille on erittäin tärkeää. Voimaannuttava hoitosuhde on ammatillinen, ei-tuomitseva, luottamuksellinen, arvostusta välittävä ja vuorovaikutuksellinen (Kirk – Esterhuizen – Drake 2009).

Omaisten tukea ei voi vähätellä lihavuusleikkausprosessin onnistumisessa. Läheisten tuki voi olla kannustavaa, mutta myös toipuvaa potilasta haittaavaa. Potilaan puoliso voi kokea muun muassa epävarmuutta ja yrittää jopa sabotoida leikkauksen onnistumista (Ryan. MA, 2005). On erittäin tärkeää ottaa potilaan läheiset mukaan keskusteluun ja ohjaukseen jo leikkausprosessin alkuvaiheessa. Näin voidaan estää konflikteja ja valtataistelutilanteita omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. (Whitfield – Grassley 2008).

Lihavuusleikkauksen onnistumisen kannalta tärkeintä on pitkäaikainen elintapamuutos ja muutokseen sitoutuminen. Omien tottumusten muuttaminen on vaikeaa, koska ihminen voi kokea muutokset oman autonomiansa menettämisenä ja luopumisen tunteena. Motivoiva ohjaus perustuu ajatteluun sisäisestä ja ulkoisesta motivaatiosta. Sisäinen motivaatio on kestävä, koska se perustuu henkilökohtaisesti tärkeisiin tekijöihin ja arvoihin. Sisäinen motivaatio lähtee tarpeiden tyydyttämisestä. Sisäinen motivaatio kasvaa, kun siihen liittyy kyvykkyyden, itsemääräämisen ja yhteenkuuluvuuden tarpeiden tyydyttäminen. (Angle. S, 2010). Myös lihavuusleikkauspotilaiden elintapaohjauksessa tulee kasvattaa näitä tunteita. Potilaalle voidaan esitellä useita vaihtoehtoisia hoitotapoja sekä elintapamuutokseen liittyviä

ohjeita. Samalla korostetaan potilaan omaa valinnanvapautta. Elintapamuutosohjauksessa tulee etsiä potilaan hyviä tottumuksia ja tapoja sekä antaa positiivista palautetta näistä. Yhdessä suunnitellut tavoitteet on hyvä pilkkoa pieniksi askeleiksi, jotta ne on mahdollista saavuttaa. Onnistumisen kokemukset lisäävät taas potilaan kyvykkyyden ja hyvän itsetunnon tuntemuksia. Hyvä potilasohjaaja tarjoaa asiakkaalle hyväksyntää, arvostusta ja osaa kuunnella potilasta. Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa etsitään tapoja, joilla potilaan läheiset voivat osallistua hoitoon ja elintapamuutokseen. Tämän lisäksi myös vertaisryhmät ja – keskustelut tuovat yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Omahoidon opastus on toinen ohjaustapa, jota voidaan soveltaa lihavuusleikkauspotilaiden elintapamuutosohjaukseen. Omahoidon opastuksesta on erittäin positiivista näyttöä pitkäaikaissairauksien (muun muassa astma ja diabetes) hoidossa. Ohjauksen periaatteena on, että potilas suunnittelee itse ammattihenkilön tuella hoidon, jota toteuttaa ja, josta on myös vastuussa. Omahoidon opastuksella voidaan suunnitella, tukea ja ohjata elintapamuutosta yksilöllisesti. (Routasalo ym. 2010.) Elintapamuutoksessa selvitetään ensin potilaan tilanne ja toiveet. Tämän jälkeen tehdään muutossuunnitelma. Muutosta tukevat ongelmanratkaisutaitojen ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen, potilaan autonomian kunnioittaminen sekä motivaation, pystyvyyden ja voimaantumisen tunteiden lisääminen. Tavoitteena on, että potilas säätelee esimerkiksi liikunnan määrää ja ruokavaliotaan omien tuntemustensa ja mittauksiensa (paino, vyötärön ympäryys) perusteella. Tämä kaikki lisää potilaan kyvykkyyden ja itsenäisyyden tunnetta.

Opinnäytetyön yhtenä johtopäätöksenä voidaan suositella kirjallisen etukäteistiedon sekä pre- ja postoperatiivisten ja kotiutushoito-ohjeiden laatimista niin lihavuusleikkauspotilaalle kuin hänen läheisillekin. Vaikka kirjallinen materiaali on erittäin tärkeää potilaan oman toiminnan ohjaajana, tulisi materiaali käydä läpi yhdessä ohjaajan kanssa. Ohjauksessa on tärkeää, että ohjeet ja neuvot selitetään ja niiden tarkoitus perustellaan potilaalle. (Kostjukova 2006).

Monipuolinen potilasohjaussuunnitelma voi sisältää muun muassa Internet-materiaalia, luentoja, videon esimerkiksi toipuvista lihavuusleikkauspotilaista, tutustumiskäyntejä, yksilöohjausta sekä ryhmiä, joissa kokoontuu sekä pre- että postoperatiivisia potilaita samalla kertaa. (Norris 2009).

Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheita ovat motivoivan ohjauksen ja omahoidon opastuksen yksityiskohtaisempi tutkiminen sekä näiden ohjausmenetelmien soveltaminen ja kehittäminen lihavuusleikkauspotilasohjaukseen.

Lähteet

- Hoitoketjun kuvaus. 2010. Lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketju lyhyesti. Peijaksen sairaala. Vantaa.
- Ikonen T. S., Anttila H. & Gylling H. ym. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Työryhmän raportti. Terveystieteiden tutkimuskeskus, raportti 16/2009.
- Kettunen Tarja ja Poskiparta Marita. 1998. Perioperatiivinen haastattelu - Anestesiahoitajan mahdollisuus tukea potilaan leikkaukseen valmistautumista. *Hoitotiede* vol.10,no 5/-98.
- Kyngäs Helvi ja Kääriäinen Maria. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja*. 79 (10), 6–9.
- Kyngäs Helvi ja Hentinen Maija. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY. Porvoo
- Kyngäs Helvi, Kääriäinen Maria, Poskiparta Marita, Johansson Kirsi, Hirvonen Eila ja Renfors Timo. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Porvoo.
- Kyngäs Helvi ja Vanhanen Liisa. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 4-5.
- Kääriäinen M. ja Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37, 43.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3 (3), 27-31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Leino-Kilpi Helena. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson K., Axelin A., Stolt M. ja Ääri R-L.: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Turku.
- Martikainen, Anni 2008: Aikuisten lihavuuden hoitoketju. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti.
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,7233,16592,25054>>.
Luettu 25.10.2010.
- Mustajoki Pertti, Koivukangas Vesa, Gylling Helena, Malmivaara Antti, Ikonen S. Tuija ja Victorzon Mikael. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito, Lihavuuden asema terveydenhuollossa – kaikki vaihtoehdot käyttöön. s. 2249–55. *Duodecim*. 2009;125(20).
- Ohjausryhmä. 2010. Hankesuunnitelma: Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. Vantaa.
- Poskiparta M. 2006. Jaettu päätöksenteko ohjauksessa. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 14–17.
- Pudas-Tähkä SannaMari ja Axelin Anna. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson Kirsi, Axelin Anna, Stolt Minna ja Ääri RiittaLiisa. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Tähtinen Helena. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Sarvimäki A. ja Stenbock-Hult B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY. Helsinki.

Johansson K., Axelin A., Stolt M. ja Ääri R-L.: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Turku.

Verkkodokumentti, <http://www.ebariatricsurgery.com/gatricbypassurgery.htm>. Luettu 21.9.2010.

Verkkodokumentti, <http://www.ebariatricsurgery.com/gastricsleeve.html>. Luettu 21.9.2010.

Verkkodokumentti, <http://www.ebariatricsurgery.com/adjustablegastricbanding.html>. Luettu 21.9.2010.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet:

Anglé S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä, Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. s.2691–2695. Suomen Lääkärilehti 34/2010 vsk 65.

Blackwood Hilary. 2005. Help your patient downsize with bariatric surgery. s.4–10. OR Insider, November 2005.

Earvolino-Ramirez, Marie. Perspective- Living with bariatric surgery: Totally different but still evolving. Bariatric nursing and surgical patient care, 2008 Vol.3,No.1

Garza Sharon F. 2003. Bariatric weight loss surgery. Patient education, preparation and follow-up. s. 101–104. Crit Care Nurs. vol 26, no 2.

Goldstein, Nancy. Hadidi, Niloufar. Impact of bariatric pre-operative education on patient knowledge and satisfaction with overall hospital experience. Bariatric nursing and surgical patient care, 2010 Vol.5,No.2. 137-143.

Grindel Mary E. ja Grindel Cecelia G. G. 2006. Nursing care of the person having bariatric surgery. Medsurg nursing. vol 15, no 3. 129–145.

Harrington Linda. 2006. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. s.357–362. Medsurg Nursing, December 2006, Vol 15/no 6.

Heikkinen K., Leino-Kilpi H., Nummela T., Kaljonen A. ja Salanterä S. 2008. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. Patient education and counseling vol. 73 (2008) 272-279.

Kirk, Mary. Esterhuizen, Philip. Drake, Dan. 2009. An Optimal caring/healing environment for obese clients. Bariatric nursing and surgical patient care, 2009 Vol.4,No.2

- Kostjukova, Titta. 2006. Potilaan oman terveydenhallinnan oppiminen polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos 2006. Pro Gradu-tutkielma
- Norris, Joan. Struggling for normal following gastroplasty. *Bariatric nursing and surgical patient care*, 2009 Vol.4, No.2. 95-101.
- Routasalo P., Airaksinen M., Mäntyranta T. ja Pitkälä K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. s. 1917–1923. *Suomen lääkirilehti* 21/2010 vsk 65.
- Ryan, MA. My story: a personal perspective on bariatric surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 2005 Jul-Sep; 28(3): 288–92 .
- Tunturi-Kemppainen, Heli. Sydämen ohitusleikkauspotilaiden leikkausta edeltävä ohjaus erikoissairaanhoidossa. *Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto* 2008.
- Whitfield Paulette J. ja Grassley Jane. 2008. Nurses' Experiences of Caring for Postoperative Bariatric Patients. s.291-299. *Bariatric nursing and surgical patient care*. vol 3/no.

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Tekijä, vuosi, maa jossa tutkimus on tehty	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Tunturi-Kemppainen, Heli. Kuopion yliopisto 2008. Suomi. Hoitotieteen laitos. Sydämen ohitusleikkauspotilaiden leikkausta edeltävä ohjaus erikoissairaanhoidossa.	Tarkoitus oli kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden leikkausta edeltävän ohjauksen ja tiedontarpeen nykytilaa erikoissairaanhoidossa.	Vuonna 2005 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa elektiivisesti hoidetut sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat, joita oli 400, joista randomoitiin tutkimukseen 200.	Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli myös yksi avoin kysymys. Tiedot analysoitiin SPSS tietojenkäsittelyohjelmalla.	Vastaajat kokivat saaneensa riittävästi tietoa läkehoidosta, leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta ja kuntoutuksesta. Riittämättömästi tietoa he olivat mielestään saaneet liittyen leikkauksen jälkeisiin hengitysongelmiin, unihäiriöihin, seksuaalielämään ja	Kehittämishaasteena jatkohoidon ja kuntouttamisen kehittäminen sekä omaisten ottamisen enemmän huomioon ohjaustilanteissa. Sairaalassa olisi toimittava ohituleikkauspotilaiden vertaistukiryhmä leikkauksen tuleville ja leikkauksen

				mielialoihin liittyviin ongelmiin. Naisilla leikkauksiin liittyvät pelot ovat yleisempiä kuin miehillä. Omaisille annettu ohjaus oli riittämätöntä. Omaisten mukaanottaminen kohentaa hoidon laatua. Riittävällä ohjauksella oli yhteys elämänlaadun parantamisessa.	läpikäyneille potilaille. Tulokset poikkeavat aiemmasta aiheeseen liittyvästä tutkimuksesta.
Ryan, MA. Yhdysvallat. Critical Care Nursing	Kertoa oma näkemys lihavuusleikkauksista hoitajan, joka on	Kertomus omista kokemuksista. Nainen, joka on	Kokemuksen perusteella	Puolison voi olla vaikeaa hyväksyä leikkauspäätöstä sekä	

<p>Quarterly, 2005 Jul-Sep; 28(3): 288-92</p> <p>My story: a personal perspective on bariatric surgery.</p>	<p>tekemisissä lihavuusleikkaukseen menevien potilaiden kanssa päivittäin ja potilaan näkökulmasta.</p>	<p>sairaanhoidaja, jolle on tehty pantaleikkaus sekä mahalaukun ohitusleikkaus.</p>		<p>puoliso voi sabotoida onnistumista.</p> <p>Ensimmäisellä kerralla ei välttämättä onnistu. Läheisten ja ystävien tuki tärkeää.</p> <p>Vaikka leikkaus onkin ohi, voi masennus jäädä.</p>	
<p>Goldstein, Nancy. Hadidi, Niloufar. Yhdysvallat. Impact of bariatric pre-operative education on patient knowledge and satisfaction with overall hospital</p>	<p>Tutkia lihavuusleikkaukseen tuleville potilaille ja heidän omaisilleen annettujen strukturoitujen preoperatiivisten luentojen vaikuttavuutta heidän</p>	<p>27 potilasta (4 miestä/23naista), joille on myönnetty leikkauspäätös Minnesotan yliopiston Medical Centeriin, Fairviewin.</p>	<p>Ainesto kerättiin tekemällä puhelinhaastaattelu 2-4 päivää ennen leikkausta, joka mittasi potilaiden tietotasoa leikkaukseen liittyen. Leikkauksen jälkeen</p>	<p>Preoperatiiviset luennot olivat menestys potilaiden keskuudessa. Potilaat saivat oikeaa ja tuoretta tietoa liittyen leikkaukseen sekä olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä</p>	<p>Tyytyväisyyteen voi vaikuttaa muutkin asiat kuten huonetoveri, pahoinvointi jne..</p> <p>Pieni otos, voi olla vaikeaa soveltaa tuloksia suurelle</p>

experience. Bariatric nursing and surgical patient care, 2010 Vol.5,No.2.	tietotasoonsa sekä tyytyväisyyteen sairaalassaoloaikana.		kotiuttamisen yhteydessä potilailta kysyttiin kyselylomakkeella (11kysymystä) heidän tyytyväisyydestään sairaalassaoloaikanaan.	sairaalassaoloaikanaan.	ryhmälle. Kursseille osallistuneiden määrä vaihteli, laatu on voinut vaihdella. Potilaat ovat saaneet esittää avoimia kysymyksiä luennolla, joten niiden vastaukset ovat myös voineet vaikuttaa potilaan saamaan tiedon määrään.
Norris, Joan. Yhdysvallat. Struggling for normal following gastroplasty.	Laadullisesti kuvata yhden lihavuusleikkauksen läpikäyneen naisen kehonkuvan	Tutkittava oli osana suurempaa laadullista tutkimusta kehokuvan muutoksista sekä	Tutkimus tehtiin nauhoitetuin haastatteluin 2, 6, 12, ja 18 kuukauden jälkeen leikkauksesta	Potilaita tulee opettaa enemmän leikkauksen hyödyistä, rajoituksista sekä komplikaatioista.	Lihavusleikkauksen läpikäyneet potilaat voivat mahdollisesti tarvita vapaaehtoista tukea, kuten

<p>Bariatric nursing and surgical patient care, 2009 Vol.4,No.2.</p>	<p>muutoksia sekä kokemuksia siihen liittyen postoperatiivisesti 18 kuukauden ajalta.</p>	<p>itsetunnosta, jossa kohderyhmänä oli muitakin kuin lihavuusleikkauksen läpikäyneitä potilaita. Tämä case study on eritelty suuremmasta tutkimuksesta.</p>	<p>potilaan kotona.</p>	<p>Elintapamuutoksilla on ratkaiseva merkitys toipumisessa ja lopputuloksissa. Tukiryhmät (pre- ja postoperatiiviset potilaat yhdessä) ovat avuksi tiedonsaannissa, väärinymmärrysten selvittämisessä, rohkaisemisessa, ja antavat keinoja prosessista selviytymiseen. Perhettä ja ystäviä on kannustettava tukemaan potilasta ja</p>	<p>psykoterapia ja tukiryhmä. Tukiryhmissä ja hoitajan vastaanottokäynnit anatavat hoitajille tilaisuuden arvioida potilaiden tilaa, tarjota ennaltaehkäisevää tukea, ja rauhoitella potilasta stressitilanteissa ja tunnekouhussa.</p>
--	---	--	-------------------------	---	---

				osallistumaan tukiryhmiin.	
Earvolino-Ramirez, Marie. Yhdysvallat. Perspective- Living with bariatric surgery: Totally different but still evolving. Bariatric nursing and surgical patient care, 2008 Vol.3,No.1	Ymmärtää elämää ennen ja jälkeen lihavuusleikkauksen. Saada tietoa leikkauskokemuksesta sekä jatkuvasta muutoksesta leikkauksen jälkeen.	Case study, nainen, joka oli sairaalloisen lihava ja päätti mennä mahalaukun ohitusleikkaukseen.	Laadullinen tutkimus (kvalitatiivinen), jossa käytetty syvähaastattelua.	Teema I: ole varovainen kenelle kerrot, koska häpeäleima jatkuu/on pysyvää Teema II: totally different but still evolving...omakuvan muutos	Haastateltava elää leikkauksen jälkeen kahdessa eri maailmassa. Toinen tärkeä huomio on, että leikkaus on laittanut alulle jatkuvan muutoksen.
Kirk, Mary. Esterhuizen, Philip. Drake, Dan. Yhdysvallat. An Optimal	Esittelee ARTS-menetelmän eli kokonaisvaltaisen hoitotavan lihavuusleikkauksen		Artikkeli	Terapeuttinen ympäristö on kokonaisvaltainen, tutkittuun tietoon perustuva,	Respect-malli on tapa hoitaa lihavuuspotilaita (yhteisymmärrys, ympäristö ja välineet,

<p>caring/healing environment for obese clients. Bariatric nursing and surgical patient care, 2009 Vol.4,No.2</p>	<p>läpikäyneille potilaille</p>			<p>asiakaskeskeinen, kulttuurisesti sopiva.</p>	<p>turvallisuus, yksityisyys, rohkaisu, välittäminen/myötätunto, hienotunteisuus). Herkkyys ja henkisesti kypsä hoito-ote ovat keskeisiä.</p>
<p>Whitfield, Paulette. Grassley, Jane. Yhdysvallat. Nurses´ experiences of caring for postoperative bariatric patients. Bariatric nursing and surgical patient care, 2008</p>	<p>Selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lihavuusleikkauspotilaiden postoperatiivisesta hoidosta sekä kokemusten taustoja.</p>	<p>12 sairaanhoitajaa, jotka ovat hoitaneet lihavuusleikkauspotilaita.</p>	<p>Kvalitatiivinen fenomenologinen kuvaileva haastattelututkimus.</p>	<p>Esille kaksi teemaa: ylösnouseminen ensimmäisen kerran ja keskustelut/neuvottelut perheiden kanssa.</p>	<p>Hoitajien haastattelut paljastivat, että lihavuusleikkauspotilaiden hoidossa on uuvuttavia haasteita. Haasteet liittyivät valtataisteluun hoitajien, potilaiden ja omaisten kanssa.</p>

Vol.3,No.4					
Blacwood, Hilary. 2005. Yhdysvallat. Help your patient downsize with bariatric. Nursing. 11/2005.	Esittelee kuka hyötyy leikkauksesta, mitä tekniikoita käytetään ja miten potilaita hoidetaan pre- ja postoperatiivisesti.		Artikkeli	Esittelee lihavuusleikkauspotilai den erityistarpeita mm. psykologinen tuki, preoperatiivinen ohjaus, laitteet, nestetasapainosta ja kivunhallinnasta huolehtiminen, aktiviteetit, ihon hoito, ravitsemushoito ym.	

<p>Harrington, Linda. 2006. Yhdysvallat. Postoperative care of patients undergoing bariatric surgery. Nursing. 12/2006. Vol. 15, No. 6</p>	<p>Selvittää niitä erityisiä haasteita, joita lihavuusleikkauspotilaiden hoito asettaa moniammatillisille hoitotiimeille.</p>		<p>Artikkeli</p>	<p>Tietoa postoperatiivisesta hoidosta, potilasohjauksesta sekä kotihoidonopastuksesta.</p>	<p>Suurin väärinkäsitys on, että lihavuusleikkaus on parannuskeino. Potilaan tulee oivaltaa, että leikkaus on vain yksi osa ratkaisuna lihavuuteen.</p>
<p>Kostjukova, Titta. 2006. Suomi. Potilaan oman terveydenhallinnan oppiminen polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos</p>	<p>Lisätä ymmärrystä potilaan oppimisesta polven tekonivelleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Kotona asuvat potilaat, joille on tehty polven tekonivelleikkaus. Nauhoitetut haastattelut n 16 kpl.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusote. Potilaiden kotona teemahaastattelu ja strukturoitu havainnointi viikon kuluttua leikkauksesta.</p>	<p>Oppimista edistävät tekijät: kirjallinen ohje, vuorovaikutus ammattilaisen kanssa, motivaatio oppimiseen, ohjeen perusteleminen, aikaisemmat tiedot aiheesta, muisti ja</p>	

2006. Pro Gradu-tutkielma				ajattelu, toistaminen ja itse tekeminen	
Garza Sharon F. 2003. Yhdysvallat. Bariatric weight loss surgery. Patient education, preparation and follow-up. s. 101-104. Crit Care Nurs. vol 26, no 2.	Korostaa potilasohjauksen ja -opetuksen merkitystä lihavuusleikkauspotilaalle		Asiantuntija-artikkeli	Kuvaa preoperatiivista, postoperatiivista, kotiutusohjausta.	Ohjausta voidaan tehdä lääkärin vastaanotolla, osastolla (linikalla), luennoilla tai Internetissä. Metodeina voivat olla kirjallinen materiaali, videot, multimediaesitykset, seminaarit tai yksilöohjaus.
Grindel Mary E. ja Grindel Cecelia G. G. 2006. Yhdysvallat. Nursing care of the	Kuvaa hoitotyötä ja potilasohjausta, jotka edistävät lihavuusleikkauksesta		Asiantuntija-artikkeli	Sairaanhoitajilla on merkittävä rooli potilasohjauksessa. Leikkaus aiheuttaa	Artikkelissa kerrotaan yksityiskohtaisesti pre- ja postoperatiivisesta

<p>person having bariatric surgery. Medsurg nursing. vol 15, no 3. 129-145.</p>	<p>toipumista.</p>			<p>suuren elämänmuutoksen potilaalle (painonpudotus, ruokailutavat, kehonkuva ja muiden hyväksyntä). Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas ja hänen perheensä saavat tietoa ja tukea prosessissa ja sen jälkeen.</p>	<p>ohjauksesta sekä asteittaisesta ruokavaliosta. Ohjauksessa otetaan perhe huomioon.</p>
<p>Routasalo P., Airaksinen M., Mäntyranta T. ja Pitkälä K. 2010. Suomi.</p>	<p>Kuvaa omahoidon opastusta hoito- ja ohjausmenetelmänä pitkäaikaissairaille potilaille.</p>		<p>Katsaus</p>	<p>Astma-, keuhkohtauma-, diabetes-, nivelsairauksista ja sydämen</p>	<p>Hoitaja- potilassuhde on opastussuhde, jossa painotetaan potilaan oman vastuun lisäämistä,</p>

<p>Pitkäaikaissairaanhoidon opastus. s. 1917 – 1923. Suomen lääkäri-lehti 21/2010 vsk 65.</p>				<p>vajaatoiminnasta kärsivät potilaat ovat hyötäneet merkittävästi ko menetelmästä.</p>	<p>ongelmanratkaisutaito ja sekä mahdollisuutta itse säädellä hoitoaan.</p>
<p>Heikkinen K., Leino-Kilpi H., Nummela T., Kaljonen A. ja Salanterä S. 2008. Suomi. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. Patient</p>	<p>Verrata kognitiivisen voimaantumisen eroja internet-ohjauksen ja hoitajan kanssa kasvatusten saadun ohjauksen välillä.</p>	<p>Ortopediset elektiiviset potilaat. Testiryhmä n = 72, kontrolliryhmä n = 75.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätty kolmen kyselylomakkeen avulla ennen ja jälkeen leikkauksen.</p>	<p>Internet-ohjaus yhtä tehokasta tai tehokkaampaa kuin hoitajan kanssa kasvatusten saatu ohjaus.</p>	

education and counseling 73 (2008) 272-279.					
Anglé S. 2010. Suomi. Piilevän motivaation jäljillä, Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. s.2691–2695. Suomen Lääkärilehti 34/2010 vsk 65.	Kuvata motivoivan haastattelumenetelmä n keinoja elintapojen ja painonhallinnan ohjauksessa.		Katsaus	Motivaatio on parempaa mitä sisäistetympää se on. Motivaatio lähtee tarpeista, joita ovat itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteiden tarpeet.	