

Piia Kokko
Jaana Kortelainen
Lihavuuskirurgisen potilaan
ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Piia Kokko, Jaana Kortelainen Lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen 27 sivua + 1 liitettä 27.11.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Leena Rekola
<p>Sairaalloinen lihavuus on maailmanlaajuisesti kasvava ongelma kaikissa ikäluokissa. Lihavuuskirurgia elintapamuutoksineen on hoitomuotona todettu tehokkaaksi hoitomenetelmäksi sairaalloiseen lihavuuteen.</p> <p>Opinnäytetyömme on osa Peijaksen sairaalan pehmytkudoskirurgisen klinikan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämishanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen.</p> <p>Opinnäytetyön aineistona käytettiin hanketta varten aikaisemmin tehtyjä opinnäytetöitä sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tieteellisiä artikkeleita. Lisäksi kävimme Eiran sairaalassa tapaamassa Bariatric Centerin toiminnanjohtajaa, jolta saimme arvokasta tietoa yksityisen puolen lihavuuskirurgian hoidosta.</p> <p>Tulokset osoittavat että suurin ohjauksen puute oli tuen tarve arjen toimintoihin, kuten juomiseen ja syömiseen. Ohjausta tarvitaan myös tunteisiin ja kehonkuvaan liittyvissä asioissa. Internetin kautta tapahtuvan ohjauksen on todettu olevan yhtä tehokasta kuin kasvotusten annettu ohjaus.</p> <p>Kehittämisaiheita ovat lasten ja puolison näkökulma, miten lihavuusleikkaus vaikuttaa perheen sisällä. Vertaistukea pitäisi kehittää. Lihavuuskirurgiaa tulisi Suomessa tutkia lisää. Hyvänä teemana voisi olla, miten lihavuuskirurginen hoito eroaa eri puolilla Suomea.</p>	
Avainsanat	Lihavuuskirurgia, kehonkuva, potilasohjaus, tuki

Author(s) Title	Piia Kokko, Kortelainen Jaana Title of the Thesis
Number of Pages Date	27 pages + 1 appendices 27.11.2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Health Care and Nursing
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Rekola, Principal Lecture
<p>Morbid obesity in our society and worldwide is a growing problem in all age groups. Obesity surgery with life style changes has been proven to be an effective curing method for morbid obesity.</p> <p>Our study is part of the developing project executed between Peijas hospital's and Metropolia University of Applied Sciences development project. Purpose for this study is to highlight obesity surgery patients' demand for guidance and support before and after the surgery.</p> <p>The material used for this study consists of earlier studies and thesis and also of literature and scientific articles related to this subject. In addition we had a meeting with Eira Hospital's Bariatric Centre's Executive Director, whom we received valuable information of obesity surgery treatment at private sector.</p> <p>The results of this study were, that the biggest guidance lack was need for support in everyday activities such as drinking and eating. Guidance is also needed for emotional and body image issues. We also found out, that guidance through Internet is as effective as face to face guidance.</p> <p>Development topics are children's and spouses' aspects, how obesity surgery affects for the family, peer support should be redeveloped. There should be more studies of obesity surgery in Finland. As a good theme could be how the surgical treatment for obesity differ in different parts of Finland.</p>	
Keywords	Bariatric surgery, body image, patient education, support

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sairaalloinen lihavuus	2
2.1	Sairaalloisen lihavuuden määritelmä	2
2.2	Sairaalloisen lihavuuden hoito	2
2.2.1	Lääkehoito	3
2.2.2	Lihavuuskirurgia hoitomenetelmänä	3
2.2.3	Lihavuuden psykologia	5
2.2.4	Elämänlaatu ja toimintakyky	6
2.2.5	Potilasohjaus	7
3	Työn tarkoitus ja tavoitteet	8
4	Aineisto ja aineiston analyysi	9
4.1	Aineisto ja aineiston keruu	9
4.2	Aineiston analyysi	9
5	Tulokset	11
5.1	Minkälaisia ohjauksen tarpeita nousee esille ennen - ja jälkeen leikkauksen	11
5.1.1	Syömisen sisäistyneen kontrollin saavuttaminen	11
5.1.2	Tunnereaktioiden käsittely	12
5.1.3	Uuden minän hyväksyminen	13
5.1.4	Uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppiminen	13
5.1.5	Oman vastuun ensisijaisuus tavoitteen saavuttamisessa	15
5.1.6	Valmentautuminen leikkauksen jälkeiseen aikaan	15
5.2	Käytetyt ohjausmenetelmät ja niistä saadut hyödyt	16
6	Pohdinta	17
6.1	Luotettavuus	17
6.2	Tulosten pohdintaa	18
7	Jatkotutkimusaiheet	20
	Lähteet	22

Liite 1. Taulukko: Opinnäytetyössä käytetty aineisto

1 Johdanto

Opinnäytetyömme on osa laajaa hanketta, joka tehdään yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan kanssa. Hanke käynnistyi vuonna 2009 ja on jaettu kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin kansainvälisen kirjallisuuden pohjalta minkälaista ohjausta ja tukea potilaat saavat. Toisen vaiheen tarkoituksena oli kehittää toimintamallia, ja siinä apuna käytettiin potilasasiakirjoja, haastatteluja sekä tutkittua tietoa. Tavoitteena on ollut kehittää yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa toimintamalli, jonka avulla voidaan tukea lihavuuskirurgisia potilaita ennen ja jälkeen leikkauksen pysyvään elämäntapamuutokseen ja siihen sitoutumiseen. Hanke päättyy syksyllä 2012.

Opinnäytetyö kuuluu hankkeen viimeiseen vaiheeseen, jossa analysoimme luokittelurungon avulla hanketta varten aiemmin tehdyt opinnäytetyöt. Haemme vastausta siihen, minkälaista ohjauksen tarvetta nousee esille ennen ja jälkeen leikkauksen. Lisäksi kävimme tapaamassa Eiran sairaalan toiminnanjohtajaa ja saimme häneltä tietoa yksityisen sektorin lihavuuskirurgian hoidosta. Näiden aineistojen pohjalta teemme yhteenvedon asioista, joiden avulla lihavuuskirurgisen potilaan ohjausta on mahdollista kehittää.

Energian tarve ja ruokailutottumukset ovat muuttuneet, koska työ nyky-yhteiskunnassa on ruumiillisesti vähemmän kuormittavaa ja liikkumisessa käytetään moottoriajoneuvoja (Ikonen 2009: 31). Sairaalloisen lihavia henkilöitä on yhteiskunnassamme prosenttilukuna vähän mutta henkilömääränä mitattuna heitä on yli 40 000. Vuonna 2000 66 % suomalaisista miehistä ja 52 % suomalaisista naisista oli ylipainoisia. Suomalaisista työikäisistä suurin osa ylittää normaalipainon ylärajan. (Mustajoki 2007: 114 – 115.)

Vuonna 2011 Suomessa tehtiin yli 1000 lihavuusleikkausta, ja määrän on arvioitu kasvavan lähivuosina (Mustajoki 2012).

Korkeasti koulutetuilla ja hyvätuloisilla henkilöillä lihavuus on selvästi harvinaisempaa kuin muilla. Heikko taloudellinen asema lapsuudessa, pienituloisuus, työttömyys sekä stressiä lisäävät elämäntilanteet voivat altistaa lihavuudelle. Lihavat henkilöt kokevat useasti syrjintää ja ennakkoluuloja, mitkä heikentävät mahdollisuuksia työelämässä,

opiskeluissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Lihavuudella on yhteys masennukseen ja ahdistuneisuuteen. (Duodecim 2011.)

Teoriaosuuteen haimme tietoa Bariatric Nursing and Surgical Patient Care -lehden sivustolta olevista artikkeleista viimeisen viiden vuoden ajalta. Lisäksi haimme tutkimuksia myös terveysportin kautta ja hakusanoina käytimme seuraavia : lihavuuskirurgia, kehonkuva, potilasohjaus ja tuki. Lähteinä käytimme lääketieteellistä ja hoitotieteellistä kirjallisuutta sekä tieteellisiä verkko-artikkeleita.

2 Sairaalloinen lihavuus

2.1 Sairaalloisen lihavuuden määritelmä

Sairaalloinen lihavuus edesauttaa sairastumista yleisimpiin kansanterveysongelmiimme. Näitä sairauksia ovat mm. tyypin 2 diabetes, verenpainetauti, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sepelvaltimotaudit, nivelrikko, uniapnea-oireyhtymä ja lisäksi joihinkin syöpätauteihin, esimerkiksi menopaussin jälkeinen rintasyöpä sekä kohdunrungon syöpä ja paksusuolen syöpä. Ylipainoiseksi henkilö katsotaan silloin, kun BMI on $>30 \text{ kg/m}^2$. Potilaalla, jonka BMI on $> 30 \text{ kg/m}^2$, on usein jokin yllä olevista liitännäissairauksista. (Karpakka 2010.)

Sairaalloisesta lihavuudesta puhutaan silloin, kun painoindeksi on yli 40 kg/m^2 (Ikonen ym. 2009: 31). Rasvakudoksen sijainnilla on suuri merkitys. Keskivartalotyyppinen lihavuus liittyy kohonneisiin rasva- ja sokeriarvoihin, näiden yhteisvaikutuksena syntyy ateroskleroosia, joka edesauttaa ennen aikaista kuolemanriskiä. Kun ylipainoinen henkilö on hoidon piirissä, tulisi häneltä mitata vyötärönympäryys, kun BMI on $>25 \text{ kg/m}^2$. Vyötärönympäryksen raja-arvot ovat 90 cm naisilla ja 100 cm miehillä. (Karpakka 2010.)

2.2 Sairaalloisen lihavuuden hoito

Lihavuuden perushoito koostuu elämäntapojen muutoksia varten annetusta ohjauksesta, jonka tavoitteena on aiempaa pienempi ravinnon energian saanti sekä energian kulutuksen lisääminen liikuntaa harjoittamalla. Tätä ohjausta antaa lihavuuden hoitoon koulutettu ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattilainen. Ohjaus on silloin tehokasta, kun ohjaukset on vähintään kymmenen. Ryhmä- ja yksilöohjaus ovat yhtä tehokkaita. Perushoidon

ohjaus sisältää ruokavalio-ohjauksen ja liikunnan lisäämisen ohjattavan jokapäiväisessä elämässä. Yleensä alussa käytetään niukkaenergistä dieettiä, jotta laihduttaminen nopeutuu. Perusohjaus sopii kaikenlaiseen lihavuuden hoitoon. Hoitosuosituksessa perushoidon laihduttamistavoitteeksi määritetään 5 – 10 %:n pysyvä painonlasku. Tavoitetta perustellaan sillä, että laihduttamisen on todettu vaikuttavan myönteisesti sairauksiin ja niiden riskitekijöihin. (Ikonen ym. 2009: 41 – 42.)

2.2.1 Lääkehoito

Keväällä 2009 Suomessa oli myynnissä lihavuuden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä, jotka ovat orlistaatti ja sibutramiini. Orlistaatti vaikuttaa suolistoon lipaasia estäen, se vähentää rasvan imeytymistä elimistöön. Sibutramiini vaikuttaa aivojen välittäjäaineisiin, noradrenaliiniin ja serotoniiniin, jotka vähentävät ruokahalua. Lääkepakkauksessa olevassa käyttöohjeessa painotetaan samanaikaista ruokavalio- ja liikuntaohjausta. Suomessa näitä lääkkeitä käytetään vähän. Lääkehoidon aiheena on henkilön terveys ja BMI >30 kg/m². Jos potilailla on laihdutusta edellyttävä sairaus, BMI:n on oltava vähintään 28 kg/m². (Ikonen ym. 2009: 42 – 43.)

2.2.2 Lihavuuskirurgia hoitomenetelmänä

Suomessa lihavuusleikkauksia on tehty 1960-luvulta alkaen eri menetelmin. Viime vuosina on vertailututkimuksissa pystytty osoittamaan, että leikkauksista voidaan saada terveyshyötyä, esimerkiksi 2-tyyppin diabetes on vähentynyt. (Ikonen ym. 2009: 32.)

Useat yhdysvalloissa tehdyt raportit osoittavat että lihavuusleikkauksien hoitomenetelmänä painonpudotuksessa nuorilla on turvallinen ja tulokset ovat positiivisia, kestäviä sekä tehokkaita. Yhdysvalloissa ylipainoisilla nuorilla, on 70 %:n riski olla myös lihavia aikuisena, nuorten ylipaino onkin lisääntynyt 75 % viimeisellä kolmella vuosikymmenellä. On arvioitu että 25 % yhdysvaltalaisista lapsista tulee lukeutumaan ylipainoisiin painoindeksinsä perusteella. Vuoteen 2015 mennessä, on varauduttu että 75 % yhdysvaltalaisaikuisista on ylipainoisia, joista 41 % voidaan luokitella lihavaksi. (McFadden 2009: 203 — 204.)

Lihavuusleikkausta eli laihdutusleikkausta voidaan käyttää osalle sairaalloisen ylipainoisista potilaista. Toimenpiteessä mahalaukkua operoidaan niin, että potilas voi

syödä kerrallaan vain pieniä annoksia. Leikkauksen jälkeen laihtuminen tapahtuu sen vuoksi, että ruoasta saatu energiamäärä pienentyy. Suomessa tehtiin vuonna 2010 noin 800 lihavuusleikkausta. Määrä todennäköisesti tulee kasvamaan tulevina vuosina. (Mustajoki 2011.)

Potilaat valitaan tarkoin lihavuuden leikkaushoitoon. Leikkaus on mahdollista, kun ehdot täyttyvät: BMI on vähintään 40 kg/m² muuten terveellä henkilöllä tai sitten vähintään 35 kg/m² henkilöllä, jolla on laihduttamista vaativa sairaus, kuten diabetes tai uniapnea. Potilaan tulee olla iältään 20 – 60 vuotta. Leikkaus ei ole koskaan ensimmäinen lihavuuden hoitokeino. Ennen leikkausta potilas yrittää laihtuttaa ja opettelee painonhallintaa asiantuntijan ohjaamana. Silloin potilaan on arvioitu kykenevän muuttamaan omaa syömistottumustaan, niin kuin leikkauksen jälkeen edellytetään. Leikkauksen vasta-aiheita ovat ahmimishäiriö ja alkoholiongelma. (Mustajoki 2011.)

Leikkausmenetelmiä on maailmanlaajuisesti käytössä useita. Suomessa käytössä on pääasiassa mahalaukun ohitusleikkaus. Seuraavaksi yleisin on mahalaukun kavennusleikkaus. Pantaleikkausta ei enää juurikaan käytetä. Mahalaukkaa kavennettaessa mahalaukusta poistetaan osa, näin se antaa täyden olon tunteen pienemmillä ruokamäärillä. (Mustajoki 2011.)

Leikkaushoidon tavoitteena on lihavuuden liitännäissairauksien vähentäminen, pysyvä laihtuminen, parantunut elämänlaatu, lisääntynyt työ- ja toimintakyky sekä hyvä ravitsemustila (Rantala 2012: 13).

Sadasta leikatusta noin kymmenellä ilmeni leikkaukseen liittyviä haittoja, esimerkiksi leikkaushaavan tulehduksia, verenvuotoa ja keuhkotulehduksia. Usein näistä parannutaan hyvin, mutta sataa leikattua kohden kaksi potilasta joutuu uusintaleikkaukseen. Laihdutusleikkaukseen liittyviin haittoihin kuolee 2–5 henkilöä tuhatta leikattua kohde. (Mustajoki 2012.)

Mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeen voi esiintyä ravitsemushäiriöitä, näistä tavallisimmat ovat B12-vitamiinin ja D-vitamiinin puutos. Puutostiloja voidaan ehkäistä käyttämällä vitamiinivalmisteita leikkauksen jälkeen. (Mustajoki 2012.) Lihavuuden hoidossa tärkeintä on ylipainon ehkäiseminen ja tehokas elintapahoito, koska

vähäisten resurssien takia sairaalloisesti ja vaikeasti lihavista vain murto-osa voidaan hoitaa lihavuusleikkauksen avulla (Rantala 2012: 48).

Kävimme tapaamassa Eiran sairaalan toiminnanjohtajaa Hanna Lindqvistiä, Bariatric center Helsinki. Hän kertoi haastattelun perusteella lihavuuskirurgisille potilaille tehdyn haastattelun tuloksista. Haastattelun aiheena oli minäkuva lihavuuskirurgisella potilaalla. Tulosten perusteella potilaat toivoivat tietoa minäkuvan muutoksista ja ruokavaliosta ennen ja jälkeen leikkauksen. Osalla potilaista oli pelkoa liittyen tulevaan leikkaukseen ja oppisivatko he syömään oikealla tavalla. Ruokakäyttäytymiseen siis tarvittiin lisää tietoa. Masennus oli potilaiden kesken yleistä. Leikatut potilaat kaipasivat lisää tietoa jälkiseurannasta. Tähän on vastattu kehittämällä Bariatric centeriin verkkopotilassivustoa. Kyselyssä n. 90 % leikatuista koki terveydentilansa parantuneen. Henkinen hyvinvointi parantui erittäin paljon n. 55 % ja 30 % melko paljon. Potilaista 80 % koki, että leikkaus vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin, kun kilot karisevat, niin itsetunto kasvaa. Kaiken kaikkiaan potilaat kokivat saavansa uuden elämän ja olivat tyytyväisiä leikkauksen jälkeiseen elämään. (Lindqvist 2012.) Keskustelun perusteella nousi esille samat ohjaustarpeet kun Metropolia AMK:ssa tehdyissä opinnäytetöissä.

2.2.3 Lihavuuden psykologia

Ylipainoisilla ihmisillä on enemmän masentuneisuutta verrattuna normaalipainoisin ihmisiin. Yhdysvalloissa tehdyssä laajassa väestötutkimuksessa depressiota esiintyi lähes kaksi kertaa enemmän painoindeksin ollessa yli 30 kg/m², ja kun painoindeksi nousee yli 40 kg/m², henkilöllä on viisinkertainen riski sairastua depression. Yleisesti käytetyn depressiomittarin (Beck Depression Inventory) mukaan lihavuusleikkaushoitoon hakeutuneista sairaalloisen lihavista 29 % oli huomattavasti masentuneita ja 24 % kohtalaisesti masentuneita. Useasti lihavuuteen liittyy syömishäiriö, tätä kutsutaan lihavan ahmimishäiriöksi. Ahmimishäiriö altistaa lihomiselle, koska ruokavaliosta saadaan kerralla enemmän energiaa. (Ikonen ym. 2009: 39.) Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan lihavuuskirurgisten potilaiden itsetunto ja kokemus kehonkuvasta paranivat leikkauksen jälkeen (McFadden 2009: 205).

Potilaiden mielestä syyt siihen, miksi heillä oli paino-ongelmia, olivat mm. synnynnäiset syyt, vaikeat elämäntilanteet, tunnesyöminen, toistuvat laihdutuskuurit ja tästä johtuva painonnousu. Potilaiden mielestä synnynnäiset syyt lihomiseen ovat oman kontrollin

ulottumattomissa. Tunnesyöminen koetaan naisten mielestä usein lohtusyömisenä, esimerkiksi stressi tai ilo voi vaikuttaa niin, että syödään usein salaa makeita rasvaisia ruokia. Useasti jokin elämäntapahtuma laukaisee lihomisen, kuten raskaus, lasten syntymä, läheisten kuolema, oma sairastuminen tai työpaikan vaihdokset. Lisäksi lihomiseen vaikuttaa myös jojo-ilmiö, jolloin paino nousee jokaisen laihtumisen jälkeen yli lähtöpainon. Miehiin lihomiseen vaikutti myös alkoholinkulutus. (Ikonen ym. 2009: 130 - 131.)

Lihavuuskirurgiset potilaat toivat esiin ongelmia jo varhaislapsuudesta sekä nykyisestä perheestään. Näissä suhteissa esiintyi perheen sisäistä syrjintää. Parisuhteessa lihavuus voi tuoda stressiä, häpeää ja kiusaamista. Syrjintään liittyviä kokemuksia esiintyi arkipäiväisessä elämässä, tapaamisissa tuntemattomien kanssa, terveydenhuollon ammattilaisten taholta sekä työelämässä. Syrjintä näkyi asiattomina huomautuksina, joskus kommentoitiin ruokavaliota ja annettiin ohjeita laihtuttamiseen, mutta usein myös avoimena kiusaamisena ja halventamisena. Myös työnhakutilanteissa työpaikan saanti edellytti laihtumista. Lapsuudessa suurella osalla esiintyi kiusaamiskokemuksia kaveriporukassa ja koulussa. Hoitotilanteissa hoitohenkilökunta keskittyi lihavuuteen ja sairauden varsinainen syy jäi vaille asianmukaista hoitoa. Lihavuus vaikuttaa minäkuvaan etäännyttävästi ja heijastaa oman arvon tunteen puutetta sekä vaikeutta niin, että henkilöt eivät tunteneet kehoaan omakseen. (Ikonen ym. 2009: 131–132.)

2.2.4 Elämänlaatu ja toimintakyky

Sairaallinen lihavuus heikentää toimintakykyä. Niillä lihavilla, joiden painoindeksi ylittää 35 kg/m², ilmaantuu normaalipainoisia enemmän vaikeuksia useissa tilanteissa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi nopeatahtinen työ, ylösnouseminen, esineiden nostaminen lattialta sekä painavien laukkujen kantaminen. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan ylipainoiset joutuvat useammin eläkkeelle kuin normaalipainoiset. Ylipainoisilla, joiden painoindeksi on >32 kg/m², on riski myös työkyvyttömyyteen. Riski työkyvyttömyyteen oli naisilla 2,1- ja miehillä 1,8-kertainen tavallisen painoisiin henkilöihin verrattuna. Riski sairastua johtuu esimerkiksi polven nivelrikosta tai verisuonisairauksista. Terveysten liittyvä elämänlaatu heikkenee sitä mukaa mitä enemmän ylipainoa henkilöllä on. (Ikonen ym. 2009: 39.)

Keskeinen syy hakeutua leikkaushoitoon oli terveydelliset syyt. Leikkaukseen menevät henkilöt olivat huolissaan tulevasta terveydentilasta tai lihavuuden jo aiheuttamista

terveyshaitoista. Leikkauksesta odotettiin positiivista vaikutusta ulkonäköön ja sen myötä itsetyytyväisyyteen, itsetuntoon ja sosiaaliseen hyväksyntään. Käytännöllisinä asioina tuli esiin sopivien vaatteiden, varusteiden ja kalusteiden löytyminen. Laihtuminen nähtiin mahdollisuutena päästä mukaan perheen tapahtumiin ja mahdollisuutena luoda positiivinen kuva itsestään puolisolle, sekä muille perheen jäsenille. Suurin osa leikkaukseen menevistä henkilöistä näki päätöksen leikkaukseen menosta omana päätöksensä. Samalla he saivat ottaa vastuuta omasta elämästään, ja kokivat sen mahdollisuutena itsenäiseen muista riippumattomaan elämään. Leikkaukselta moni toivoi ulkoista kontrollia syömiseen ja painonhallintaan, jota he eivät olleet itse aiemmin pystyneet muuten saavuttamaan. Leikkaus on monelle viimeinen mahdollisuus ja toisille jopa epätoivoinen ratkaisu, jossa muut keinot oli jo käytetty eikä tämän jälkeen ollut mitään hyvää enää odotettavissa. Sen vuoksi ennen leikkausta henkilöt olivat valmiita hyväksymään merkittävän kuolleisuusriskin tai muut leikkauksen mukanaan tuomat haittavaikutukset. (Ikonen ym. 2009: 132.)

Vaikeasti lihavat ihmiset kertoivat tietävänsä elintapahanteet, mutta syystä tai toisesta he eivät kuitenkaan toimineet niiden mukaan. Elintapojen muutos edellyttäisi apua terveydenhuollon henkilökunnalta. (Hänninen, Stina 2010: 57 - 58.) Lihavat ihmiset tuntevat usein häpeää kokonsa suhteen sekä syyllisyyttä elintavoistaan (Hänninen 2010: 23). Lihavat ihmiset luokitellaan moraalisesti kyseenalaisten ihmisten kategoriaan kuin alkoholiongelmaiset, tupakoitsijat ja muut elintavoillaan tarpeettomia riskejä ottavat henkilöt (Hänninen 2010: 64).

Leikkaushoidon jälkeisessä ruokavalioidossa on tärkeää pienet säännöllisin väliajoin syödyt ateriat, tällä tavalla voidaan estää jäljelle jääneen mahalaukun venymistä, pahoinvointia, oksentamista ja dumping oireita. Lisäksi on tärkeää nauttia päivällä riittävästi nesteitä ja välttää huonosti sulavia ruokia. (Rantala 2012: 29.)

2.2.5 Potilasohjaus

Ohjauksella voidaan vaikuttaa ohjattavan valmiuksiin ja kokemuksiin positiivisella tavalla. Ohjaus rohkaisee ja mahdollistaa potilasta osallistumaan hoitoansa koskeviin päätöksentekoihin, tämä edellyttää riittävästi tiedonsaantia. Ohjauksen kautta tuetaan ohjattavan omia valmiuksia itsensä hoitamiseen ja näin hänellä on mahdollisuus selviytyä kotona itsenäisesti. Laadukkaalla ohjauksella voidaan vähentää erilaisiin muutostilanteisiin ja sairauteen liittyviä pelkoja ja ahdistusta. (Eloranta, Virkki 2011: 15.)

Ohjauksessa on syytä huomioida ohjattavan henkilön valmiudet ja ohjauksen tarve. Ohjausta on hyvä suunnitella etukäteen jotta ohjattava saa parhaan mahdollisen hyödyn ohjauksen sisällöstä. Ohjaukseen on varattava riittävästi aikaa, kiire ei saa näkyä ohjauksen aikana vaan ohjattavalla tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä hoitoonsa liittyvistä asioista.

Hyvässä hoitotyössä hoitaja tuoda esille opetettavan asian potilaalle mielekkääksi ja sopivasti ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. Potilasta ohjaavan hoitajan persoonallisuus kuten rauhallisuus, äänen käyttö tai ärtymys korostuu potilasohjauksessa. (Torkkola - Heikkinen - Tiainen 2002: 29 - 30.)

Tiedonsaanti lihavuusleikkaushoidossa erityisen tärkeää, koska pääosin on kyse peruuttamattomasta toimenpiteestä. Lihavuusleikkaushoidon onnistuminen vaatii myös pysyviä elintapojen muutoksia loppuelämän ajaksi. (Ikonen 2009: 155.)

Suomessa merkittäväksi kansanterveysongelmaksi on määritelty lihavuus, tästä aiheutuu yhteiskunnalle taloudellisia kustannuksia. Kustannukset aiheutuvat lihavuuteen liittyvistä liitännäissairauksista. Suomessa on arvioitu vuosittain syntyvän 260 miljoonan euron suorat kokonaiskustannukset lihavuudesta johtuen. Lisäkustannuksia tulee myös, työkyvyttömyysajoista sekä eläkkeestä. (Hänninen 2010: 17.)

Potilaat tarvitsivat tukea ja ohjausta ruokailun sisäistyneen kontrollin saavuttamiseen, uuden minän hyväksymiseen, tunnereaktioiden käsittelyyn, oman vastuun ensisijaisuuteen tavoitteen saavuttamisessa, uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimiseen ja leikkauksen jälkeiseen aikaan valmentautumiseen. (Häggman - Laitila- Mattila - Rekola 2012: 9.)

3 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli koota yhteen hanketta varten jo aiemmin tehdyt opinnäytetyöt (liite 1). Tarkastelemme työssämme lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen tarvetta ennen ja jälkeen leikkauksen. Tavoitteenamme on aikaisemman kirjallisuuden ja hankkeeseen tehtyjen opinnäytetöiden pohjalta tuottaa kuvaus potilaan ohjauksessa esiin tulleista kehittämistarpeista. Pyrimme opinnäytetyömme kautta

tuomaan esille mitkä tekijät vaikuttavat lihavuuskirurgisen potilaan kehonkuvaan ja mieleen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Peijaksen sairaalassa lihavuuskirurgisessa leikkausyksikössä potilasohjauksessa.

Haemme vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisia ohjauksen tarpeita nousee esille ennen ja jälkeen leikkauksen?
2. Minkälaisia ohjausmenetelmiä on käytetty ja mitkä ovat niistä saadut hyödyt?

4 Aineisto ja aineiston analyysi

4.1 Aineisto ja aineiston keruu

Opinnäytetyömme lähestymistapa on laadullinen. Opinnäytetöistä saatu aineisto (liite 1) läpikäytiin luokittelurungon avulla. Laadullisilla tutkimusmenetelmillä on mahdollisuus selvittää, onko menetelmä tai muu toimintamenetelmä toimiva sekä auttaa päätöksentekoon vaikuttavien asioiden tunnistamisessa (Kylmä - Hakulinen - Pelkonen 2004: 252).

Aineiston keräämisen aikana tapahtui jo aineiston käsittelyä, analyysia ja tallentamista, kun huomasimme erilaisia tulkintaideoita. Tekemässämme opinnäytetyössä aineiston keruu ja analyysi olivat päällekkäisiä vaiheita.

Yksi tärkeä tutkimuksen vaihe on aineiston käsittely, vaikka usein ajatellaankin sitä pelkkänä mekaanisena tapahtumana. Aineiston käsittelyn haasteena onkin miten tilanne ja sen moniulotteisuus saadaan kerrottua kirjoitetulle kielelle. Tavoitteena oli tehdä synteesi opinnäytetyön tuloksista mahdollisimman tarkasti. (Kylmä - Juvakka 2007: 110.)

Tutkimuskysymyksiimme saimme vastauksen opinnäytetöistä. Lähteenä käytimme hanketta varten jo aiemmin tehdyt Metropolia AMK: n opinnäytetyöt. Saimme ohjaavalta opettajalta töiden nimet. Työt haimme Theseus-tietokannasta.

4.2 Aineiston analyysi

Luimme artikkelin lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot, tämän jälkeen päätimme hyödyntää artikkelissa käytettyä luokittelurunkoa, jotta saimme tuotua työmme tulokset selkeästi esille. Aineiston analyysia ohjaa aikaisemman tiedon perusteella muodostettu luokittelurunko (Leino - Kilpi, Mäenpää - Katajisto 1999: 33 - 34). Luokittelurunkoon on käytetty aineistosta vain ne asiat, jotka siihen kuuluvat. Luimme opinnäytetyöt useaan otteeseen läpi ja nostimme esille aineistosta nousseet ohjaustarpeet. Alleviivasimme ja jaottelimme ohjaustarpeet luokittelurungon avulla. Opinnäytetöistä etsimme vastauksia esittämiimme tutkimuskysymyksiin. Näin pystyimme arvioimaan, vastaammeko työssämme tutkimuskysymyksiin. Keskustelimme saamistamme tuloksista yhdessä ja vertasimme niitä toisiinsa useaan kertaan. Tuloksissa yhdistelimme aineistosta esille nousutta asiasisältöä luokittelurungon otsikoiden alle.

<p>Syömisen sisäistyneen kontrollin saavuttaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • ruokavalio ja annoskoot • ruokailutottumusten muutokset • lisäravinteiden tarve ja puutostilojen huomiointi
<p>Tunnereaktioiden käsittely</p> <ul style="list-style-type: none"> • kokemuksellinen tieto tulevasta elämäntapamuutoksesta • sairaaloihin liittyvän lihavuuden vaikutus arkipäivän asioihin • psyyken muutokset, masennus • ihon roikkuminen esteettisenä ongelmana
<p>Uuden minän hyväksyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • plastiikkakirurginen toimenpide • oman kehon tunnistaminen • asenteet kehonmuutoksia kohtaan
<p>Uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • vertaistuki • läheisten tuki ja muu tukiverkosto • ihmisten välinen vuorovaikutus • avoin keskustelu
<p>Oman vastuun ensisijaisuus tavoitteen saavuttamisessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • potilaan oikeudet ja velvollisuudet • sitoutuminen elämäntapamuutoksiin

Valmentautuminen leikkauksen jälkeiseen aikaan

- sairausloman pituus
- leikkaukseen liittyvät kustannukset
- sairaudet, kivut ja pahoinvointi
- lääkehoito
- liikunnan ohjaus

Kuvio 1. Aineiston luokittelu

5 Tulokset

5.1 Minkälaisia ohjauksen tarpeita nousee esille ennen - ja jälkeen leikkauksen

5.1.1 Syömisen sisäistyneen kontrollin saavuttaminen

Leikkauksen jälkeen potilaan ruokavalio koostuu kirkaista, sokeripitoisista tai sokerittomista nesteistä. Ruokavalioidon toinen vaihe sisältää paksuja nesteitä ja tämä alkaa usein jo sairaalassaolon aikana. Ravitsemuksen kolmas vaihe alkaa potilaan tullessa jälkitarkastukseen lääkärin luo. Tässä vaiheessa ruokavalio on pehmeä. Elinikäinen ruokavalio sisältää vähän rasvaa ja hiilihydraatteja ja on proteiinipitoista. Kalorimäärä vuorokaudessa on 800 - 1200 kcal ja se on jaettu 4 - 6 kerta-annokseen. Leikkaus aiheuttaa kalsiumin ja raudan puutetta. Potilasta ohjataan siis nauttimaan lisäravinteita. Potilaalle kerrotaan että leikkauksen jälkeen ruokahalu vähenee sekä kylläisyyden tunne tulee helpommin. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 27 - 28.)

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa esille nousi syömisen ja juomisen ohjauksen ja tuentarve, koska prosessin onnistuminen perustuu paljon ruokailutottumusten muutoksiin. Tuloksissa näkyi, että leikkauksen jälkeen potilaat miettivät ravintoaineiden riittävää saantia. Tämä saattaa johtua riittämättömästä ohjauksesta. Tuloksista kävi ilmi, että potilailla oli erilaisia puutosoireita, kuten hiustenlähtöä ja ihon kuivumista. Leikkauksen jälkeen potilaita mietitytti mm. hampaiden kunto. Liikkumiseen ja liikuntaan liittyvistä asioista haastateltavat kokivat tarvitsevansa enemmän henkilökohtaista ohjausta. (Blom ym. 2011: 50; Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 51.)

5.1.2 Tunnereaktioiden käsittely

Jos potilaat olivat hyvin sitoutuneet elämäntapamuutokseen, tuen ja ohjauksen tarve väheni, koska potilaat olivat jo etukäteen hankkineet tietoa leikkauksesta ja elämäntapamuutoksesta. Sairaalloinen lihavuus vaikuttaa elämänlaatuun heikentävästi, sillä on vaikutusta perhe-elämään, arkipäivän asioihin sekä työelämään. Lihavuudella on suuria vaikutuksia psyykeen, sosiaalisiin suhteisiin ja myös fyysiseen toimintakykyyn. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 54; Blom ym. 2011: 52.)

Suurin osa potilaista kertoi sairastavansa masennusta tai heillä oli taipumusta siihen. Masennus tulisi huomioida ohjausta suunniteltaessa sekä hoidon aikana. Osa haastatelluista toivoivat mielenterveyspalveluiden tarjonnan lisäämistä lihavuuskirurgiselle potilaille ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitoon ja paranemiseen vaikuttivat usealla eri tavalla negatiivisuus ja negatiiviset ajatukset menneisyydestä, nykyhetkestä ja tulevaisuudesta. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 49.)

Preoperatiivisesti haastatelluista suurin osa kertoivat, etteivät pelkää leikkausta tai tulevaa elämänmuutosta. Tästä huolimatta pelkoa liittyi komplikaatioihin, ihon roikkumiseen, yksin olemiseen ja retkahdukseen. Potilaiden pelkoja voisi lievittää tuella ja ohjauksella muun muassa keskustelujen kautta. Ohjauksessa on tärkeää myös huomioida esteettisyys eli kertoa, minkä näköinen vatsa tulee olemaan leikkauksen jälkeen (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012:48; Tirkkonen - Wirtanen 2011: 27 - 28).

Ihon roikkuminen leikkauksen jälkeen koettiin esteettisenä ongelmana. Ohjauksessa pitää kertoa, että laihtumisen myötä ylimääräinen iho voi jäädä roikkumaan. Suurimmalle osalle laihtuminen oli positiivinen asia. Kuitenkin se myös samalla aiheutti lihavuusleikatuille murheita. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 50; Blom ym. 2011 : 25.)

Useat haastateltavat kokivat mielialansa laskeneen lihavuuden myötä. Masennus ja itsetunnon lasku olivat useimmille vastaajille arkipäivää. Näiden ihmisten identiteetti muodostui lihavuuden ympärille ja elämä koettiin raskaaksi ja unettavaksi. Yleisillä ja julkisilla paikoilla oleminen koettiin epämukavaksi. Työnsaanti koettiin ongelmalliseksi. Nämä ihmiset kokivat tullessa syrjityiksi. Potilaat kertoivat tuntevansa itsensä eriarvoisiksi ja eivät kokeneet olevansa täysivaltaisia yhteiskunnan jäseniä. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 57; Blom ym. 2011: 52.)

5.1.3 Uuden minän hyväksyminen

Tunteisiin ja ulkonäön muutokseen liittyvät asiat nousivat esille preoperatiivisessa vaiheessa. Haastatellut potilaat eivät olleet saaneet riittävästi tietoa kyseisistä asioista haastatteluvaiheessa. Naisten suuri määrä haastattelussa varmasti vaikuttaa ulkonäköön ja tunteisiin liittyvissä asioissa. Haastatellut pohtivat muiden ihmisten mielipiteitä kehonmuutoksia kohtaan. (Blom ym. 2011: 50 - 51.)

Kaksi vuotta leikkauksen jälkeen on mahdollista tehdä mahdollisen roikkuvan ihon korjausleikkaus. Plastiikkakirurginen operaatio auttaa potilasta saavuttamaan paremman elämänlaadun ja minäkuvan. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 29.)

On luonnollista, että aikaisempi saatu ohjaus vähensi ohjauksen ja tuen tarvetta. Aiemmillä leikkaukokemuksilla oli pelkoa lievittävä vaikutus. Ohjauksen ja tuen tarvetta vähensivät aiemmat laihdutuskokemukset. Suurimmalle osalle laihduttaminen oli tuttua ja heillä oli kokemuksia painon vaihtelusta. Oman kehon tunnistaminen ja sen muutosten huomioiminen koettiin palkitsevana ja motivoivana. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 52.)

5.1.4 Uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppiminen

Potilaat tarvitsisivat enemmän aikaa sisäistääkseen uusia asioita. Tuen tarvetta lisäsi huomattavasti leikkaukseen liittyvä salailu esimerkiksi työpaikalla tai kotona. Ylimääräistä huolta aiheutti, syällisyys ja neuvottomuus tilanteissa, kun perhe tai jotkut perheenjäsenet eivät tienneet lihavuuskirurgisesta leikkauksesta. Läheisiltä saatu tuki tai sen puute vaikuttivat olennaisesti ohjauksen ja tuen tarpeeseen. Vahva sosiaalinen tukiverkko ja tukihenkilö vaikuttivat myönteisesti uuteen elämäntapaan sopeutumiseen sekä sitoutuivat potilaan tulevaan prosessiin. Vertaistuki koettiin tärkeäksi. Ohjauksessa ihminen tulee huomioida psyko- fyysis- sosiaalisena kokonaisuutena. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 49; Blom ym. 2011: 52.)

Ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa ohjauksen ja tuen tarve oli runsasta. Preoperatiivisessa vaiheessa haastatellut kokivat tarvitsevansa runsaasti tukea ja ohjausta, mutta postoperatiivisessa vaiheessa tuen tarve oli yllättävän vähäinen. Postoperatiivisen vaiheen tulos voi selittyä sillä, että leikkauksen jälkeinen elämä on sujunut hyvin ilman suuria ongelmia. (Blom ym. 2011: 51; Gillett -Vellonen 2010: 18.)

Tukiverkoston ja tukihenkilön puuttuminen lisäsi ohjaustarpeen ja tuen merkitystä. Kaikilla haastateltavilla on tukihenkilöitä. Potilaiden toiveena esiintyi, että he saisivat tukihenkilökseen ammattilaisen, joka auttaisi käymään läpi koko prosessin. Ohjaustarpeita lisäsi aikaisemmat retkahdukset ja pelko tulevista uusista retkahduksista. Liikasyöminen, ahmiminen, yösyöminen ja makeansyönte huolestuttivat haastateltuja. Lihavuuskirurginen leikkaus tekee edellä mainitut asiat vaikeiksi tai jopa mahdottomiksi, mutta silti niillä on suuri psykologinen merkitys ja siksi se on hyvä ottaa huomioon ohjauksessa. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 48; Blom ym. 2011: 31.)

Vertaistuki ja leikkauksesta avoimesti keskusteleminen vähensi ohjauksen ja tuen tarvetta. Kaikki haastatteluun osallistuneet olivat olleet aktiivisia hankkimaan tietoa, muun muassa lihavuusleikattujen internet- sivustoilta. Etukäteen hankittu tieto auttoi potilaita asennoitumaan ja sitä kautta valmistautumaan tulevaan leikkaukseen sekä siitä seuraavaan elämänmuutokseen. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 55; Blom ym. 2011: 32.)

Potilaalle tulee ohjeistaa mitä leikkaukseen liittyviä hoitotoimenpiteitä hänelle tehdään ja kuinka hän voi itse niissä olla osallisena: esimerkiksi verenkierron varmistamiseksi korostetaan liikunnan merkitystä. Preoperatiivinen ohjaus pitää sisällään ravitsemusterapeutin ja psykologin tapaamisen. On tärkeää, että potilaalla on riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä ruokavalion muutoksesta. Mahdolliset psyykkiset sairaudet tulee myös diagnosoida ennen leikkausta. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 23 - 24.)

Useat lihavuuspotilaat ovat kertoneet kokeneensa syrjintää ja hyväksikäyttöä. Ylipainoiset ihmiset joutuvat usein muiden ihmisten leimaamiksi lihavuutensa takia ja häpeäleima seuraa vielä leikkauksen jälkeenkin. Tämä voi johtua siitä, että muiden ihmisten mielestä potilas on valinnut väärän tavan laihtumiseen. Leikkauksen jälkeen fyysiset kehonmuutokset ovat potilaalle askarruttavin tekijä. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 35.)

Läheisten ja ystävien tuki on tärkeää prosessin edistymisen kannalta ja joissain tapauksissa puoliso voi yrittää sabotoida potilaan laihduttamisyritystä. Nämä ongelmat voivat johtaa parisuhteen ongelmiin tai jopa eroon. Perheelle annettu kirjallinen

etukäteistieto siitä, että mitä sairaalassa olon aikana ja sen jälkeen tapahtuu, helpottaa heidän osallistumistaan potilaan tukemiseen. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 37.)

5.1.5 Oman vastuun ensisijaisuus tavoitteen saavuttamisessa

Potilaan oikeudet ja velvollisuudet mietityttivät kovasti ennen ja jälkeen leikkauksen. Sitoutumista ja elämäntavan muuttumista koskevat päätökset, sekä potilaan omarooli painonhallinnassa ovat näin ollen tärkeässä asemassa leikkauksen onnistumisen kannalta. Ohjauksessa korostetaan yksilön vastuun merkittävyyttä prosessin onnistumisen ja leikkaustulosten saavuttamisen kannalta. Tieto tulevasta leikkauksesta auttoi asennoitumaan ja valmistautumaan tulevaan elämäntapamuutokseen. Selkeät tavoitteet ja aikataulut olivat olleet merkittävä apu henkisen puolen valmistautumisessa. (Blom ym. 2011: 50; Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 55.)

Lihavuusleikkaukseen valmistautuminen alkaa kuukausia ennen leikkausta. Tänä aikana potilas saa ohjausta koko leikkausprosessista. Tärkeää tietoa ovat erilaiset leikkausmenetelmät, leikkaukseen asetetut tavoitteet, siihen liittyvät komplikaatiot ja riskit sekä läpi elämän jatkuvat elintapa- ja ruokavaliomuutokset. Preoperatiivinen ohjaus vähentää leikkaukseen liittyviä pelkoja ja auttaa potilasta valmistautumaan leikkaukseen. Ohjausta antavan henkilön tulee olla ajan tasalla potilaan terveydentilasta, kuten esimerkiksi uniapneasta. Potilaan yleistila tulee olla leikkauksekelpoinen, esim. uniapnea on tutkittu ja hoidettu. Potilaan oma motivaatio, ravitsemusneuvonta ja painon seuranta ohjaavat potilasta saavuttamaan painotavoitteensa. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 23 - 29.)

5.1.6 Valmentautuminen leikkauksen jälkeiseen aikaan

Hoitoon liittyvät kustannukset ja korvaukset lisäsivät tuen ja ohjauksen tarvetta. Lähes jokaisella haastatellulla oli huoli tulevista korvauksista ja kustannuksista. Ohjaus ei ollut riittävää kela-korvausten suhteen. Lihavuuskirurgisen leikkauksen hinta kiinnosti niin kunnallisella kuin yksityisellä puolellakin. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 49 - 50.)

Sairausloman pituus ennen leikkausta koettiin sopivan pituiseksi, mutta leikkauksen jälkeinen sairausloman kesto arvioitiin lyhyeksi. Ohjauksessa on siis hyvä kertoa, että leikkauksen jälkeistä sairauslomaa on mahdollista jatkaa tarpeen mukaan. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 50.)

Lihavuuteen liittyvät ongelmat, sairaudet ja kivut tulivat esiin haastatteluissa. Useilla potilailla esiintyi kulumia polvissa ja selkäsärkyä. Tärkeää olisi ottaa ohjauksessa huomioon, lihavuuden liitännäisongelmat ennen ja jälkeen leikkauksen. Postoperatiivisessa vaiheessa ohjauksen tarvetta esiintyi vielä kipuun liittyen kohtalaisesti. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 48; Blom ym. 2011: 18 - 34).

Tulosten perusteella potilaat tarvitsevat ohjausta kivun hallintaan ja lääkehoitoon. Potilaita olisi tärkeää ohjata sopivien liikuntamuotojen löytämiseen. Potilaita tulisi kannustaa ottamaan läheisiä mukaan hoitoprosessiin. Leikkauksesta ja sen mukanaan tuomista elämäntapamuutoksista avoimesti keskusteleminen vähensi tuen ja ohjauksen tarvetta sekä alensi leikkauksen jälkeen tapahtuvaan elämäntapamuutokseen liittyvää stressiä ja ahdistusta. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 53; Gillett - Vellonen 2010: 17 - 18.)

Useat kysymykset liittyivät perussairauden lääkehoitoon jatkossa. Melkein kaikki leikkaukseen tulevat ottivat esille kipulääkityksen preoperatiivisessa vaiheessa. Leikkauksen aikaisesta nukutuksesta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta potilaat eivät olleet kiinnostuneita. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2012: 47 - 58; Blom - Heikkinen - Kantelinen 2011: 18.)

Postoperatiivisessa vaiheessa eniten ohjausta kaivattiin pahoinvointiin liittyvissä asioissa. Postoperatiivinen ohjaus ja liikkuminen aloitetaan fysioterapeutin ohjauksessa niin nopeasti, kun potilaan vointi sen sallii. Hoitajat tarkkailevat potilaan yleisvointia leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeen voi esiintyä esimerkiksi pahoinvointia, hengenahdistusta ja oksentelua. Näistä asioista hoitajat informoivat potilasta. (Blom ym. 2011: 18 - 34; Tirkkonen - Wirtanen 2011: 27 - 28.)

Lääkehoidon ohjauksen tehostaminen on tärkeää. Lisäohjausta tarvitaan sopivista liikuntamuodoista ja siitä missä vaiheessa liikunnan rasittavuutta voi lisätä. Miehiä tulisi kannustaa pyytämään apua aikaisemmassa vaiheessa. (Gillett - Vellonen 2010: 18.)

5.2 Käytetyt ohjausmenetelmät ja niistä saadut hyödyt

Lihavuuskirurgisen potilaan hoito aloitetaan terveyskeskuksesta, josta tehdään lähete endokrinologian poliklinikalle. Poliklinikalla tehdään lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tarvittavat tutkimukset. Tämän jälkeen pidetään moniammatillisen tiimin kesken hoitoneuvottelu. Potilas saa henkilökohtaista ohjausta tulevaa hoitoa varten. Ennen

leikkausta annettava ohjaus on tärkeää, koska leikkaus on peruuttamaton toimenpide. Elintapamuutosten toteuttaminen jatkuu loppuelämän ajan. On todettu, että internetin kautta saatu ohjaus on yhtä tehokasta tai jopa tehokkaampaakin kuin hoitajan antama ohjaus. (Leppikangas - Ollila 2011: 5; Tirkkonen - Wirtanen 2011: 23 - 24.)

Hyvässä vuorovaikutuksessa potilas kysyy ja kuuntelee. Ohjaajan lähestymistapa on jäykkä mutta lämminhenkinen, ja hän tuntee potilaan taustan. Ohjaamisen tulee olla vuorovaikutteista. Ohjaaja perustelee antamansa ohjauksen ja opitun toistamista pidetään tärkeänä. Lihavuuskirurgiselle potilaalle annetaan kirjallista ja suullista ohjausta. Ohjauksessa korostuu liikunnan, ruokavalion, ravintolisien ja riittävän nesteytyksen merkitys. Potilaan tulisi kävellä muutaman viikon kuluttua leikkauksesta ainakin 1,6km päivässä. Potilas on matkalla terveelliseen ja uuteen elämään. Hän tarvitsee paljon tukea päästäkseen tavoitteeseensa. Potilasta ohjataan osallistumaan erilaisiin paikallisiin terapiaryhmiin ja ravitsemusneuvontaan. Kotihoidon ohjaus antaa tietoa lääkityksestä, haavanhoidosta, autolla ajosta ja ehkäisystä. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 31 - 34.)

Monet lihavuuspotilaat ovat kärsineet syrjinnästä tai jopa hyväksikäytöstä. Osa potilasta on kehittänyt itselleen vahvan persoonallisuuden ja toisilla taas on heikko itsetunto. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä huomata nämä tekijät potilaan olemuksessa, jotta ohjaus olisi tuloksekasta. (Tirkkonen - Wirtanen 2011: 35.)

Kaikki potilaat olivat hakeneet aktiivisesti tietoa itsenäisesti. Tietoa oli hankittu mm. lihavuusleikkattujen sivustoilta. Lihavuussivustot tarjoavat sekä tietoa että vertaistukea keskustelufoorumin muodossa. LILE:n internetsivusto oli vaikuttanut vähentävästi tuen ja ohjauksen tarpeeseen. (Tuomiluoma - Tuomioksa 2011: 55.)

6 Pohdinta

6.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa voidaan yhdistää kysymykset objektiivisesta tiedosta ja totuudesta (Tuomi - Sarajärvi 2012: 134). Hanketta varten tehdyissä opinnäytetöissä haastateltavien määrä oli suhteellisen vähäinen. Meidän työemme oli tutustua aineistoon luokittelurungossa olevien otsikoiden avulla, ja näin saimme koottua yhteen hajallaan olevan tiedon opinnäytetöiden tuloksista.

Tutkimuksen puolueettomuusnäkökulmissa pitäisi pyrkiä huomioimaan myös tutkijan oma puolueettomuus (Tuomi - Sarajärvi 2012: 106). Työtä tehdessämme emme tuoneet esille omaa mielipidettämme asioista, vaan perehdyimme opinnäytetöiden tuloksiin. Emme antaneet sen vaikuttaa, että meillä on työkokemusta hoitoalasta ja sitä kautta erilaisia käytännön kokemuksia hoitaessamme eri sairauksien yhteydessä lihavia potilaita. Kummallakaan meillä ei ole lähiperheessä sairaalloisen lihavaa henkilöä jota olisi hoidettu lihavuuskirurgisesti. Tämä olisi voinut vaikuttaa työmme luotettavuuteen positiivisesti. Perehdyimme opinnäytetyömme aiheeseen tieteellisen tiedon kautta vuoden ajan intensiivisesti.

Mielestämme aineiston luotettavuutta lisää se, että aiheesta on tehty jo aikaisempia opinnäytetöitä, jotka ovat tuloksiltaan samansuuntaisia. Kävimme myös Bariatric Centerissä keskustelemassa toiminnanjohtajan kanssa. Sieltä saimme näkökulmia yksityisen sektorin lihavuuskirurgisesta hoidosta ja ne olivat samansuuntaisia opinnäytetöistä nousseiden tulosten kanssa. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että opinnäytetyöt ovat olleet tasoltaan hyvin erilaisia ja mietimme, ovatko tulokset vertailukelpoisia keskenään. Tietysti aineistoa tarkasteltaessa täytyy huomioida, että työt ovat opinnäytetöitä ja työ on aina tekijänsä näköinen. Opinnäytetyöseminaareista saamaamme vertaisarviointipalautetta olemme hyödyntäneet jo opinnäytetyön aihe- ja suunnitelmavaiheessa. Olemme käyneet tapaamassa opinnäytetyömme ohjaajaa säännöllisesti ja muokanneet työtämme hänen antamiensa neuvojen mukaan.

Laadullisen tutkimuksen perusvaatimuksena on se, että tutkijalla on oltava riittävästi aikaa tehdä omaa tutkimustyötään (Tuomi - Sarajärvi 2012: 142). Koska teimme omaa opinnäytetyötämme muiden opintojen ohessa, emme pystyneet panostamaan opinnäytetyöhön kokopäiväisesti. Ajankäytön rajallisuudella oli vaikutusta työmme luotettavuuteen. Lisäksi mietimme, onko muillakin opinnäytetöiden tekijöillä ollut sama tilanne. Jos ajan käyttö on ollut yhtä vähäistä, niin työn luotettavuuskaan ei ole silloin paras mahdollinen. Pyrimme pitämään positiivisen asenteen tieteellisen tiedon suhteen työtä tehdessämme ja näin ollen motivoidimme oman työmme tekoon. Emme kuitenkaan unohtaneet kriittistä ajattelua, sillä tarkastelimme aineiston luotettavuutta mm. sillä perusteella milloin tieto on julkaistu eli onko tieto relevantti nykypäivään.

6.2 Tulosten pohdintaa

Opinnäytetöiden tuloksista nousi esiin, se että ohjauksella ja tuen tarpeella on iso merkitys lihavuuskirurgisten potilaiden hoitotyössä. Yksi tärkeimmistä ohjaustarpeista oli tuen tarve arjen toimintoihin, kuten syömiseen ja juomiseen. Syöminen on usein sosiaalinen tilanne, joissa lihavuusleikatuilla potilailla esiintyi vaikeuksia muuttuneissa ruokailutottumuksissa, kun annoskoot pienenevät ja ruokailun on tapahduttava useita kertoja vuorokaudessa. Ohjauksessa tulee huomioida se, kuinka potilas voi elää täysipainoista ja normaalia elämää ja tehdä sellaisia asioita mitä muukin väestö tekee.

Sairaalloisen lihavien potilaiden lihavuuskirurgiset leikkaukset ovat mielestämme tarpeellisia, koska niillä voidaan ehkäistä liitännäissairauksia. Suomessa lihavuuskirurgiseen leikkaukseen pääseminen on kuitenkin tarpeettoman hankalaa resurssien puutteen vuoksi. Yhteiskuntamme rahoja voitaisiin säästää ennalta ehkäisevillä lihavuuskirurgisilla leikkauksilla. Lihavuuskirurgista potilasta tulee hoitaa kokonaisuutena, ottaen huomioon sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen osa-alue. Lihavuuskirurgisella leikkauksella voidaan vaikuttaa masennuksen ennaltaehkäisyyn ja sitä kautta elämänlaadun paranemiseen.

Muissa pohjoismaissa tehdään lihavuuskirurgisia leikkauksia jo ennen kuin potilaalla on jokin liitännäissairaus. Näin pyritään ennaltaehkäisemään mahdollisten liitännäissairauksien mukanaan tuomia kustannuksia. Lihavuuskirurginen leikkaus maksaa n. 10 000 euroa yksityisellä klinikalla (Lindqvist 2012).

Leikkauksen ja elämäntapamuutoksen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää kiinnittää huomiota potilaan tukiverkoston ja ohjata potilas vertaistuen piiriin. Perhe tulee siis huomioida ohjauksessa ja mielellään antaa perheelle etukäteistietoa tulevasta leikkauksesta. Ohjauksessa tulee nostaa esiin potilaan oman motivaation merkitys prosessin onnistumisen ja leikkauksen tuloksellisuuden kannalta.

Mielestämme yhteiskuntamme asenne on aiheuttanut painoon liittyviä ongelmia ihmisten keskuudessa. Nykyään ihannoidaan laihuutta, joka ei ole normaaliväestöön mukautettavissa, mm. mainosten kuvat on käsitelty paremmiksi. Lihava henkilö on yhteiskunnassamme ”toisen luokan kansalainen”, häntä pidetään laiskana ja saamattomana. Lihaviin ihmisiin kohdistuu arkipäivässä syrjintää. Asenteilla sekä ennakkoluuloilla on vaikutusta tähän.

Ihmisillä on paljon ennakkoluuloisia käsityksiä liittyen lihavuuteen. Terveystieteiden koulutuksessa olisi hyvä lisätä tietoa liittyen sairaalloon lihavuuteen. Ammattihenkilöille olisi järkevää luennoita sairaalloon lihavuudesta. Oikeanlaisen tiedon saamisen myötä voidaan helpottaa hoitajan ammatillisen kohtaamisen kehittämistä. Jokaisella on oikeus omaan kehoonsa ja lupa olla yhteiskunnassamme samanarvoinen kuin muut, ovathan ihmiset muutenkin erinäköisiä. Laihdutusmainonta vaikuttaa myös yhteiskunnassamme lasten ja nuorten terveyteen. Ihannoidaan sellaista kehoa, mikä ei ole todellinen.

Eräissä opinnäytetyöissä tulee esiin, että on tärkeää selvittää verkkosivustojen sisällön luotettavuus. Opinnäytetyöissä tutkittiin amerikkalaisia internetsivustoja, jotka liittyivät lihavuuskirurgiaan. Tietoa on paljon, mutta siitä pitää osata erottaa oleellinen tutkittu ja luotettava tietoa. Maallikoille luotettavan tiedon löytäminen internetistä voi olla työlästä. Tässä he voivat tarvita hoitoalan henkilöiden apua. Lisäksi henkilön tarvitsee olla kielitaitoinen löytääkseen tarvitsemaansa tietoa ulkomaisista sivustoista. Eräissä opinnäytetyöistä tulee esille, että Suomessa on kehitetty lihavuuskirurgisille potilaille suunnattuja sivustoja. Internetistä saatavaan ohjaukseen tulisi panostaa tulevaisuudessa enemmän.

7 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tavoitteena oli parantaa lihavuuskirurgisen potilaan ohjausta sekä herättää keskustelua yhteiskunnassamme sairaalloon lihavuudesta sekä siitä pitäisikö hoitolinjauksia muuttaa. Suomessa on tutkittu todella vähän lihavuuskirurgisia potilaita ja heille tehtyjä leikkauksia.

Aihetta tulisi tutkia lisää kaikista näkökulmista. Mietimme, onko lihavuuskirurgisille potilaille annettu hoito ja ohjaus samanlaista koko Suomessa, jossa leikkauksia tehdään. Voisi myös tutkia neuvontamallin vaikuttavuutta lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolkuun. Olisi hyvä myös tutkia lihavuuskirurgisten potilaiden elämää leikkauksen jälkeen, esimerkiksi miten liitännäissairauksien hoito onnistuu. Olisi myös mielenkiintoista tutkia kuinka lihavuuskirurgisen potilaan ruokavaliomuutokset vaikuttavat muun perheen ruokailukäyttäytymiseen. Laihduttamisesta on paljon tietoa, ja sitä ihannoidaan yhteiskunnassamme. Sairaalloisen lihaville tulisi kehittää yhdenmukaiset käypähoitosuositukset. Terveyspalveluissa työskentelevillä on velvollisuus ohjata sairaalloisen lihava henkilö vertaistuen piiriin. Jatkotutkimuksia ja

tilastoja lihavuusleikkaukseen liittyen olisi hyvä alkaa tekemään jo nyt, kun tiedetään, että ongelma on kasvamassa tulevaisuudessa. Mielenkiintoista olisi mielestämme tutkia aiheeseen liittyen muun perheen asemaa, millainen vaikutus on lihavuudella perhedynamiikkaan.

Suomessa ei ole vertailukelpoisia tutkimustuloksia masennuksen, ahmimisen, sukupuolen ja ravinnon saannin yhteydestä laihtumistuloksiin. Siksi tutkimuksia näihin asioihin tarvittaisiin, jotta voitaisiin tehdä yhtenäisiä johtopäätöksiä. (Rantala 2012: 32.)

Mediassa on herännyt yleinen kiinnostus lihavuusleikkaukseen kohtaan. Kuluneen vuoden aikana on uutisoitu useaan otteeseen lihavuudesta yhteiskunnassamme ja sen tuomasta taloudellisesta rasitteesta. Lihavuus on ongelma nykypäivänä myös lasten ja nuorison keskuudessa ja olisi tärkeää että neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa kiinnitettäisiin varhaisessa vaiheessa enemmän huomiota lihavuuden esiintymiseen. Vähävaraisia perheitä voisi tukea taloudellisesti niin, että lapsilla olisi mahdollisuus harrastuksiin. Syrjäytymisvaarassa oleville perheille tulisi antaa tietoa terveellisestä oikeanlaisesta ruokavaliosta ja sen merkityksestä. Tutkimusten mukaan voidaan todeta, että lapsuusiällä (alle 12-vuotiaana) todettu ylipainoisuus lisää aikuisiän ylipainoisuuden riskin ainakin kaksinkertaiseksi (Komulainen 2012).

Lähteet

Blom, Saara – Heikkinen, Leena – Kantelinen, Saana 2011. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta ja tuesta. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print.

Gillett, Heidi – Vellonen, Noomi 2010. Lihavuuskirurgisen ohjauksen ja tuen kehittäminen. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hänninen, Stiina 2010. Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihaviin ihmisten kokemana. Tampere: Yliopistopaino.

Ikonen, Tuija – Anttila, Heidi – Gylling – Helena- Isojärvi, Jaana – Koivukangas, Vesa – Kumpulainen, Tuija – Mustajoki, Pertti – Mäklin, Suvi – Saarni, Samuli-Saarni, Suoma – Sintonen, Harri – Victorzon, Mikael – Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Helsinki: Yliopistopaino.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta – Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Yliopistopaino.

Karpakka, Päivi 2010. Lihavuuden hoidon tarpeen ja hyödyn arviointi. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 3.2.2012.

Komulainen, Jorma 2012. Lapsuusiän lihavuuden jatkuminen aikuisuuteen. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nak04905>>. Luettu 27.9.2012.

Kylmä, Jari – Pelkonen, Marjaana – Hakulinen, Tuovi 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. Hoitotiede 16 (6): 250 - 257.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leino – Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta – Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointipeustan kehittäminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Leppikangas, Marjo – Ollila, Emmi 2011: Yhdysvaltalaisien lihavuuskirurgiaa käsittelevien internet-sivustojen sisällön arviointi ja sovellettavuus suomalaisessa hoitokäytännössä. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Lindqvist, Hanna 2012. Eiran sairaalan toiminnanjohtaja. Helsinki. Suullinen tiedonanto.28.5. Lääkäriseura Duodecim 2011. Lihavuus (aikuiset). Verkkodokumentti. < http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuus>. Luettu 22.3.2012.

Mattila, Lea – Riitta – Rekola, Leena – Häggman – Laitila, Arja 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot – järjestelmällinen katsaus. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 49 (3). 247 – 261.

McFadden, Kathryn 2009. Implications of adolescent body image upon Weight Loss Surgery Success. *Bariatric nursing and surgical patient care* 4 (3), 203-204.

Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mustajoki, Pertti 2011. Tietoa potilaalle: Lihavuuden leikkaushoito. Verkkodokumentti. < <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 3.2.2012.

Mustajoki Pertti 2012. Tietoa potilaalle: Lihavuuden leikkaushoito. Verkkodokumentti. < <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 27.9.2012

Mäkinen, Olli 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Rantala, Marjo 2012. Lihavuusleikkattujen painonkehityksen yhteys ravinnonsaantiin sekä ennen leikkausta selvitettyyn ahmimiskäyttäytymiseen ja mielialaan. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Lääketieteen laitos. Ravitsemustiede. Terveystieteiden tiedekunta

Tirkkonen, Elina – Wirtanen, Susanna 2011. Tutkimustietokatsaus lihavuuskirurgisen potilaan perheneuvonnan ohjausmalleista. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi- opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammerpaino Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuomiluoma, Petteri – Tuomioksa, Aki 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaustarpeet, kuvaus haastatteluista ennen ja jälkeen leikkauksen. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Turunen, Vesa 2011. Hyvästi liika lihavuus. *Tehy-lehti* 15 (11), 16-21.

Opinnäytetyössä käytetty aineisto

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto, sen keruu ja analyysi	Keskeiset tulokset
<p>Elina, Tirkkonen - Susanna Wirtanen.</p> <p>Tutkimustietokatsaus lihavuuskirurgisen potilaan perheneuvonnan ohjaukselle. 2011.</p>	<p>Esitellä perheneuvonnan malleja, joita käytetty lihavuusleikkauspotilaiden ohjauksessa. Löytää ohjauksen malleja, jotka auttavat sekä potilasta että hänen perhettään saavuttamaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa asetetut tavoitteet.</p>	<p>Cinahl, PubMed, Medic, Linda, Helka, MetCat, käsihaku, artikkelit ja tutkimukset. tiedonhaku kirjallisuuskatsauksen avulla.</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>Lihavuusleikkauspotilaat kokevat merkittävän elämänuutoksen, mikä vaatii elintapojen pysyviä muutoksia. Oman motivaation ja itsenäistymisen tukeminen ovat avainasemassa potilasohjauksessa. Läheisten tuki on tärkeää koko leikkausprosessin aikana</p>
<p>Petteri, Tuomiluoma - Aki Tuomioksa.</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaustarpeet, kuvaus haastatelluista ennen ja jälkeen leikkauksen. 2012.</p>	<p>Selvitetään lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen tarpeita ja leikkauksen vaikutuksia leikattujen potilaiden elämänlaatuun pre- ja post- operatiivisessa vaiheessa.</p>	<p>Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgiseen leikkaukseen pääseviltä sekä leikkauksen jälkeen kotiutuneilta potilailta. Haastattelulomakkeet perustuivat systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, haastattelut tehtiin puhelimitse. Määrällistä ja laadullista tietoa, kysymykset esitettiin teemoittain. Analysointi deduktiivisesti</p>	<p>Ohjauksen ja tuen tarve on huomattava. Eniten tarvetta näkyi syömiseen ja juomiseen liittyvissä asioissa. Tukiverkosto oli erittäin tärkeä lihavuuskirurgisille potilaille.</p>
<p>Marjo, Leppikangas - Emmi, Ollila.</p> <p>Yhdysvaltalaisen lihavuuskirurgiaa käsittelevien internet sivustojen sisällönarviointi ja sovellettavuus suomalaisessa hoitokäytännössä. 2011.</p>	<p>Tutustua yhdysvaltalaisiin internet-sivustoihin joiden sisältö koostui lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyöstä.</p>	<p>Yhdysvaltalaisista internet sivustoista. Medic, Cochrane, Cinahl, Ovid,</p>	<p>Sivustoilta löytyi yksityiskohtaiset ohjeet, tulee kuitenkin ottaa huomioon yhdysvaltojen ja suomen eroavaisuudet ruokakulttuurissa. Yhdysvaltalaisilta sivustoilta löytyvää tietoa voidaan soveltaa ja hyödyntää Suomessa.</p>

<p>Saara, Blom - Heikkinen, Leena - Kantelinen, Saana.</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta ja tuesta. 2011.</p>	<p>Selvittää lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen tarpeita sekä siihen vaikuttavia asioita pre- ja post- operatiivisessa vaiheessa. Selvitettiin lihavuudenvaikutuksia haastateltujen elämänlaatuun.</p>	<p>Puhelinhaastattelu, haastattelulomakkeid en avulla.</p> <p>Sisällön analyysi.</p>	<p>Tulosten perusteella potilailla oli suurta tarvetta lihavuuskirurgiseen leikkausprosessiin liittyen. Yleisimpinä teemoina oli syöminen ja juominen, potilaan oikeudet ja velvollisuudet, ulkonäköön ja tunteisiin liittyvät asiat sekä leikkauksesta aiheutuneet kustannukset.</p>
<p>Heidi Gillett - Noomi, Vellonen.</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen kehittäminen. 2010.</p>	<p>Tarkoituksena oli pyrkiä tunnistamaan esille nousevat terveysongelmat yhteydenottoyistä, jotka olivat tärkeitä potilaiden kokemusten perusteella.</p>	<p>Potilasasiakirjoista nousseiden Yhteydenottoyiden perusteella empiirisen sisällönanalyysin pitkäaikaisten terveysongelmien sisäisen hallinnan osa-alueiden mukaisesti.</p>	<p>Erilaisten oireet kuten kipu ja huonovointisuus haittasivat toipumista. Myös lääkehoidon esiintyvät epäselvyydet nousivat esille.</p>

Lähde: Theseus-tietokanta