

Opinnäytetyö YAMK

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2024

Johanna Setälä

”Nyt pitää pärjätä koko loppuelämä”

– Lihavuusleikattujen omahoitoa tukevan ohjaussisällön suosituksen kehittäminen

Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysten edistäminen

2024 | 42 sivua

Johanna Setälä

”Nyt pitää pärjätä koko loppuelämä”

-Lihavuusleikkattujen omahoitoa tukevan ohjaussisällön suosituksen kehittäminen

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli selvittää lihavuusleikkattujen tiedon ja tuen tarpeita sekä muutoksia vuoden kuluttua leikkauksesta. Työn tarkoituksena oli laatia lihavuusleikkattujen omahoitoa tukeva ohjaussisällön suositus.

Suosituksen avulla voidaan tukea leikkauksen jälkeistä omahoitoa. Samalla voidaan auttaa leikkattuja saavuttamaan ja ylläpitämään leikkauksen avulla saavutettua pysyvää painonpudotustulosta sekä sopeutumaan leikkauksen jälkeiseen elämään.

Kehittämistyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin yhteistyössä lihavuusleikkattujen yhdistyksen (LILE ry) kanssa. Tutkimusta varten haastateltiin lihavuusleikkattuja (N=6) teemahaastattelumenetelmää käyttäen. Tutkimuksellisen osuuden tulosten mukaan tietoa ja tukea tarvittiin oikeisiin ruokamääriin, oman koon hahmottamiseen sekä omahoitoon sitouttamisessa. Tulokset osoittavat, että leikatut tarvitsevat huomattavasti pidempään seurantaa ja tukea, kuin on tähän mennessä ajateltu.

Omahoitoa tukeva ohjaussisällön suositus laadittiin kirjallisuuteen ja tutkimuksellisen osuuden tuloksiin perustuen. Suositus on konkreettinen työkalu, johon lihavuusleikkattujen parissa työskentelevät voivat tukeutua antaessaan omahoidon ohjausta lihavuusleikatuille.

Asiasanat:

Lihavuus, lihavuusleikkaus, omahoito.

Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Health promotion

2024 | 42 pages

Johanna Setälä

“Now I have to deal with this for the rest of my life”

- Development of recommendations supporting patient education in self-care

The purpose of this development work was to find out the needs of information and support for obesity surgery and changes a year after the operation. The aim of the work was to develop content recommendations that support the self-care of people with obesity surgery, which can be used to support post-operative self-care of people with obesity surgery and at the same time contribute to achieving and maintaining the long-term and permanent weight loss results that the surgery allows and to improve the quality of life of those who have been operated on.

The research part of the development work was carried out in cooperation with the Association for bariatric surgery patients (LILE ry). For the study, the participants (N=6) were interviewed using theme interview method. According to the results, information and support were needed to understand the amounts of food, to understand one's own size and commitment to self-care.

On the basis of the literature and the research part, recommendation for the supporting patient education in self-care were prepared. Recommendation is a tool for those who work with people to whom have been made bariatric surgery.

Keywords:

Obesity, bariatric surgery, self-care.

Sisältö

1 Johdanto	6
2 Tietoperusta	8
2.1 Lihavuus	8
2.1.1 Lihavuuden määritelmä ja syyt	8
2.1.2 Lihavuuden vaikutukset terveydelle	9
2.1.3 Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun	9
2.1.4 Lihavuuden vaikutus työ -ja toimintakykyyn	10
2.2 Lihavuusleikkaus lihavuuden hoitona	11
2.2.1 Lihavuusleikkauksen kriteerit	11
2.2.2 Lihavuusleikkausmenetelmät	11
2.3 Elämä lihavuusleikkauksen jälkeen	12
2.3.1 Lihavuusleikkauksen vaikutus terveyteen	12
2.3.2 Elämänlaatu lihavuusleikkauksen jälkeen	12
2.3.3 Lihavuusleikatun omahoito	13
2.3.4 Lihavuusleikatun tiedon ja tuen tarve	15
3 Kehittämistyö	18
3.1 Kehittämistyön toimintaympäristön kuvaus	18
3.2 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	18
3.2.1 Tutkimuksen toteutus, kohderyhmän kuvaus ja tutkimusaineiston keruu	19
3.2.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	20
3.2.3. Tutkimustulokset	22
3.2.4 Tutkimuksen eettinen pohdinta	27
3.2.5 Tutkimuksen luotettavuus	27
4 Johtopäätökset ja pohdinta	29
5 Kehittämistyön tuotos	33
5.1 Tuotoksen kehittäminen	33
5.2 Tuotoksen tarkastelu ja arviointi	33

5.3 Juurruttaminen ja jatkokehitysehdotukset	34
--	----

Lähteet	36
----------------	-----------

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Liite 2. Haastattelukutsu

Liite 3. Lihavuusleikatun omahoitoa tukeva ohjaussisällön suositus

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki teemahaastattelun analysoinnista	21
--	----

1 Johdanto

Maailman Terveysjärjestön mukaan lihavuus on maailmanlaajuisesti lisääntynyt (WHO 2021). Lihavuuteen liittyy mm. liitännäissairauksia esim. diabetes ja nivelrikko, jotka aiheuttavat suurta haittaa yksilöiden terveydelle (Savolainen & Herzig 2008, 1077).

Lihavuusleikkaus on todistetusti tehokas tapa lihavuuden hoidossa (Soinio ym. 2019, 1493). Leikkauksen jälkeen potilaan on sitouduttava terveellisiin elintapoihin pitkäkestoisen tuloksen saavuttamiseksi (Juuti ym. 2019, 1488). Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että lihavuusleikattujen sitoutuminen omahoitoon heikkenee vähitellen. Eritoten, kun leikkauksesta on kulunut 12 kk, sitoutuminen ruokavaliosuositukseen on huonompaa kuin 3kk kohdalla leikkauksesta. (Schiavo ym. 2017, 98-104.) Sitoutuminen suositusten mukaisiin ravitsemuslisien käyttöön on todettu myös haastavaksi (Mahawar ym. 2019, 1551-1556). Tiedetään, että hoitoon sitoutumista edistävät potilaan tiedot ja taidot, sekä asioiden ymmärtäminen (Kyngäs & Hentinen 2009, 26). Myös laadukas ohjaus tukee potilaan omahoitoa ja hoitoon sitoutumista (Kyngäs ym. 2007, 145).

Tämän kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tavoite on selvittää, minkälaista tietoa ja tukea lihavuusleikatut tarvitsevat vuosi leikkauksen jälkeen ja minkälaisia muutoksia leikkauksen jälkeinen ensimmäinen vuosi on tuonut heidän elämäänsä. Tämän kehittämistyön tarkoitus on luoda omahoitoa tukevat ohjaussisällön suositukset tutkimuksellisen osuuden tuloksiin ja kirjallisuuteen perustuen.

Omahoitoa tukevalla suosituksella pyritään vastaamaan leikattujen tiedon ja tuen tarpeeseen ja vaikuttamaan leikkaustuloksen pysyvyyteen samalla vahvistaen leikattujen sopeutumista leikkauksen jälkeiseen elämään.

Suomessa lihavuusleikattujen leikkaukseen liittyvien ohjauksen ja tuen tarpeista löytyy yksi tutkimus mutta tätä ei ole kohdistettu siihen, kun leikkauksesta on kulunut yksi vuosi (Rekola ym. 2013,32-43). Lihavuusleikattuihin potilaisiin

kohdistuvaa omahoitoa tukevaa ohjaussisällön suositusta ei ole tiettävästi aiemmin julkaistu.

2 Tietoperusta

2.1 Lihavuus

2.1.1 Lihavuuden määritelmä ja syyt

Vuonna 2013 Suomessa 20-64 vuotiaista arvioitiin lihavia olevan 17,9% ja vuonna 2022 lihavien osuus oli noussut 24,4 prosenttiin. Lihavuutta pidetäänkin merkittävänä kansanterveysongelmana. (THLb n.d.) Suomessa lihavuuden rajan (BMI > 30) ylittää 1,2 miljoonaa henkilöä. Näistä miehiä on 27% ja naisia 30% (Lehtoranta ym. 2023).

Lihavuudessa on kyse pitkäaikaissairaudesta (Lihavuus: Käypä hoito-suositus 2023), tällöin lihavan yksilön kehossa on liikaa rasvakudosta (THL 2023). Hyvin yksinkertaisesti selitettynä yksilön lihominen johtuu siitä, että ruuasta saatu energiamäärä ei vastaa kulutusta (Terveyskylä 2020d) ja ylimääräiset kalorit elimistö varastoi rasvakudokseen (Mustajoki 2022).

Väestön lihominen johtuu siitä, että ruokatarjonta on runsasenergistä ja sitä on tarjolla runsaasti. Istumatyön lisääntyminen ja fyysisen työn vähentyminen on omalta osaltaan edistänyt väestön lihomista. Lihomista on edesauttanut mm. kiireiseen elämäntyyliin aiheuttama stressi ja vähäiset yöunet. Yksilön kohdalla tiedetään perintötekijöiden säätelevän alttiutta lihomiselle (Mustajoki 2022) ja näin ollen lihavuuden kehittymiseen liittyy elimistön toimintoja jotka ovat tahdosta riippumattomia (Terveyskylä 2020d).

Yleisesti käytössä oleva mittari lihavuuden luokittelussa on painoindeksi eli BMI (Terveyskylä 2021a). Painoindeksi lasketaan suhteuttamalla paino pituuteen ja sitä voidaan käyttää 18 ikävuodesta ylöspäin miehillä sekä naisilla (Mustajoki 2020). BMI rajat ovat: 25-30 tarkoittaa ylipainoa, 30-35 tarkoittaa merkittävää lihavuutta, BMI:n ollessa 35-40 on kyseessä vaikea lihavuus ja sairaalloisesta lihavuudesta puhutaan, kun BMI on yli 40. (Terveyskylä 2021a.)

2.1.2 Lihavuuden vaikutukset terveydelle

Merkittävin lihavuuden liitännäissairaus on tyypin 2 diabetes. Puhutaan myös aikuistyyppin diabeteksestä. Mikäli ylipainoa on 12-15 kiloa tai enemmän, voi se nostaa diabetekseen sairastumisen riskin yli kymmenkertaiseksi. (Mustajoki 2022.) Lihavuus lisää riskiä sairastua myös moniin muihin sairauksiin. Näitä ovat: rasvamaksa, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt (Terveyskylä 2021b) ja uniapnea (Terveyskylä 2021c). Lisääntymisterveys häiriintyy myös lihavuudesta. Raskaaksi tuleminen voi olla haasteellisempaa. (Terveyskylä 2021b.) Ne henkilöt, joille rasva kerääntyy vatsanseudulle, ovat alttiimpia lihavuuden aiheuttamille sairauksille (Mustajoki 2022).

Lihavuus aiheuttaa haittaa myös tuki- ja liikuntaelimestölle. Yleisin näistä on nivelrikko alaraajoissa (Terveyskylä 2021c). BMI:n ollessa yli 30, nousee riski nivelrikolle yli kolmenkertaiseksi (Mustajoki 2022). Lihavuuden tiedetään vaikuttavan myös mielenterveyteen. Lihavuus aiheuttaa psyykkistä kuormitusta, joka vaikuttaa mielialaan, elämänlaatuun, itsetuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. (Terveyskylä 2021c.)

2.1.3 Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun

WHO:n määritelmä elämänlaadusta nähdään yksilön omana kokemuksena elämästä siinä tilanteessa, jossa hän elää. Tähän kokemukseen vaikuttavat tavoitteet, odotukset, huolenaiheet ja normit. (WHO 2024.)

Rekola ym. (2013, 35) totesivat tutkimuksessaan lihavuuden vaikuttavan monin eri tavoin ihmisten elämään. Aktiivisuus oli vähäistä huonon jaksamisen, matalan vireystilan ja huonon yleiskunnon vuoksi. Lihavuuden koettiin rajoittavan liikkumista. Myös erilaiset kivut olivat läsnä, jotka olivat osaltaan johtaneet jopa sairaus- tai osa-aikaeläkkeelle. Lihavuus vaikutti myös sosiaalisiin suhteisiin. Sosiaalisiasuhteita oli hankala solmia. Julkisia paikkoja ja perhejuhlia saatettiin vältellä. Lihavat kokivat myös ennakkoluuloja esim työtä

hakiessaan. Lihavuus vaikutti myös itsetuntoon heikentävästi. (Rekola ym. 2013, 35.) Lihavat saattavat kokea myös epäasiallista kohtelua terveydenhuollossa (Harjunen 2023, 24).

2.1.4 Lihavuuden vaikutus työ -ja toimintakykyyn

Kun puhutaan toimintakyvystä, sillä tarkoitetaan yksilön fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä. Nämä eri toimintakyvyn ulottuvuudet yhdessä tukevan ympäristön avulla luovat edellytyksen sille, että ihminen voi hyvin ja jaksaa työelämässä. (THLa n.d.) Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu ihmisen kyky liikkua ja aistitoiminnot. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elämänhallintaa, mielenterveyttä, tunteita ja ajattelua. Sosiaalinen toimintakyky liittyy taas vuorovaikutussuhteisiin ja osallisuuteen. Keskittyminen, muistaminen, oppiminen ovat osa kognitiivista toimintakykyä. (Työterveyslaitos n.d.)

Lihavalla ihmisellä toimintakykyyn vaikuttaa itse lihavuus ja lihavuuden liitännäissairaudet. Sairaaloisen lihavat kokevat enemmän haittoja erilaisissa toiminnoissa, kuten liikkumisessa, kyykystä nousemissa tai vaikkapa esineen poimimisessa lattialta. (Mustajoki 2004, 291.)

Jotkin ammatit ovat vaatimuksiltaan sellaisia, joissa vaaditaan ahtaissa tiloissa työskentelyä, eikä hyvin lihavalta tällainen onnistu (Mustajoki 2004, 293) ja esim. merillä työskennellessä lihavuus on sairastumisriskin lisäksi myös turvallisuusriski (Saarni & Visuri 2012, 97-102).

Vesikansan ym. (2020) tutkimuksessa, jossa selvitettiin täysi-ikäisten elämänlaatua ja työkykyä eri painoindeksiryhmissä huomattiin, että lihavilla koettu työkyky oli merkittävästi heikompi normaalipainoisiin verrattuna. Lihavilla oli myös enemmän sairauspoissaolopäiviä. (Vesikansa ym. 2020, 2377-2384.)

2.2 Lihavuusleikkaus lihavuuden hoitona

2.2.1 Lihavuusleikkauksen kriteerit

Jotta lihavuusleikkausta voidaan harkita, tulee potilaan täyttää tietyt kriteerit. Painoindeksi eli BMI yksinään riittää, jos se on 40 tai yli. Painoindeksin ollessa 35 tai enemmän ja potilaalla on yksi tai useampia lihavuuden liitännäissairaus (esim tyyppin 2 diabetes) on myös riittävä indikaatio leikkaukselle. Mikäli potilaan diabetes on huonossa hoitotasapainossa ja BMI on 30, on tämä riittävä syy lihavuusleikkaukselle. (Mustajoki 2020.)

Potilaan tulee olla täysi-ikäinen ja kykyä toteuttaa leikkauksen vaatima pysyvän elämäntavan muutos. Potilaan tulee olla valmistautunut henkisesti tulevaan minäkuvan muutokseen (Pekkarinen 2022).

2.2.2 Lihavuusleikkausmenetelmät

Lihavuusleikkauksessa mahalaukku muovataan siinä määrin, että kylläisyyden tunne tulee nopeammin ja vain pienten suupalojen syöminen hitaasti on mahdollista. Suomessa käytössä olevat lihavuusleikkaukset ovat nimeltään Sleeve gastrectomia ja Gastric bypass. (Mustajoki 2020.)

Mahalaukun ohitusleikkauksessa eli Gastric bypass leikkauksessa mahalaukun yläosasta muotoillaan pieni pussukka, johon mahtuu n. 20-50 ml ruokaa. Pussukasta ruoka kulkee siihen yhdistettyyn ohutsuoleen aiheuttaen nopean täyttymisen tunteen. (Salminen 2015, 254.) Mahalaukun ohitusleikkauksessa siis nimensä mukaisesti ohitetaan mahalaukku, pohjukaisuoli ja 150 cm ohutsuolta (Terveyskylä 2020a), tällöin ravintoaineiden imeytyminen vähenee ja suolistohormonien erittyminen voimistuu (Salminen 2015, 254). Ohitusleikkauksen jälkeen tavallisimmat ravitsemushäiriöt ovat B12 -vitamiinin ja D-vitamiinin puutos. Tämän vuoksi ohitusleikatun tuleekin huolehtia näiden vitamiinien riittävästä saannista. (Mustajoki 2020.)

Mahalaukun kavennusleikkauksessa eli Sleeve gastrectomiassa mahalaukkua kavennetaan (Salminen 2015, 254-255), jolloin jäljelle jää mahalaukkuputki (Terveyskylä 2020b). Leikkauksessa mahalaukun pohjukan poistaminen johtaa siihen, että se pienentää greliinihormonin esiintyvyyttä seerumissa, ja tämä taas vähentää ruokahalua (Salminen 2015, 255).

2.3 Elämä lihavuusleikkauksen jälkeen

2.3.1 Lihavuusleikkauksen vaikutus terveyteen

Lihavuusleikkaus vaikuttaa suotuisasti lihavuuden liitännäissairauksiin helpottaen niiden hoitoa. Tyypin 2 diabeteksessa lääkehoidon tarve vähenee tai sitä ei tarvita enää ollenkaan. (Pekkarinen 2022.) Mikäli diabetesta on sairastanut vasta vähän aikaa, sitä suuremmalla todennäköisyydellä diabetes leikatuilla parani (Sane 2015, 257). Lihavuusleikkauksen aiheuttamalla laihtumisella on vaikutusta myös verenpaineeseen ja rasva-aineenvaihduntaan (Pekkarinen 2022) ja parin vuoden kuluessa yli puolella verenpainetauti paranee, tai lääkitystä päästään ainakin vähentämään (Sane 2015, 257).

Leikkauksella ei pystytä estämään uudelleen lihomista, vaan pysyvät muutokset elämäntavoissa mm. ruokailutottumuksissa ovat välttämättömiä (Pekkarinen 2022).

2.3.2 Elämänlaatu lihavuusleikkauksen jälkeen

Lihavuusleikkaus vaikuttaa leikattuihin monilla eri elämän osa-alueilla (Coulman ym. 2017, 555). Lihavuusleikkauksella tiedetään olevan elämänlaatuun myönteisiä vaikutuksia (Terveyskylä 2020c). Liikuntakyky ja energisyys kohenevat, sekä erilaiset vaivat ja oireet vähenevät. Päivittäiset askareet luonnistuivat, kuten esimerkiksi kengännauhojen solmiminen (Coulman ym. 2020, 3.) Muutoksia tapahtuu myös sosiaalisissa suhteissa, kehonkuvassa,

syömistavoissa, psyykkisessä terveydessä ja suhtautumisessa ruokaan (Coulman ym 2017, 555).

Leikkauksen jälkeen psykososiaaliset vaikutukset ovat kuitenkin hyvin yksilöstä riippuvaisia. Pääsääntöisesti psyykinen hyvinvointi kohenee leikkauksen jälkeen. (Konttinen & Peltonen 2019, 1528.) Leikkausta seuranneen painonpudotuksen koettiin lisäävän itsevarmuutta ja uskallusta tarttua uusiin mahdollisuuksiin (Griauzde ym. 2018, 3) mutta joillakin painonnousu, painonhallinta ja tyytymättömyys ulkonäköön, kuten vähemmän viehättävät muutokset ihossa, jatkuvat leikkauksen jälkeenkin vähentäen psyykkistä hyvinvointia. Toisinaan odotukset leikkauksen vaikutuksista leikkauksen jälkeiseen elämään eivät kohtaakaan ja tämä osaltaan lisää leikkauksen jälkeistä tyytymättömyyttä.(Kubik ym. 2013.)

Sosiaaliset suhteet voivat joissakin tapauksissa kärsiä (Konttinen & peltonen 2019, 1528). Oman perheen taholta saatettiin kokea kateutta ja puolison muuttunut fyysinen olemus koettiin vieraaksi. Leikatut myös huomasivat, että heitä kohdeltiin paremmin kuin ennen leikkausta (Griauzde 2018, 5), laihtumisen myötä he eivät kokeneet olevansa enää näkymättömiä muiden silmissä (Chan ym. 2020,4). Toisaalta muiden ihmisten muuttunut suhtautuminen sai leikatut miettimään, miten ikävästi heitä oltiin kohdeltu ennen leikkauksen edesauttamaa laihtumista (Coulman ym. 2017, 555).

Sosiaaliset ruokailutilanteet saatettiin erään tutkimuksen mukaan kokea ahdistaviksi pienien ruokamäärien vuoksi (Coulman ym. 2020,1) ja leikatut saattoivat joutua kuuntelemaan kommentteja syömistapojen muutoksesta. Työelämässä haasteena koettiin ruokataukojen pituudet, jotka eivät suosineet lihavuusleikatun vaatimaa hidasta syömistapaa (Dahlberg 2022, 5.)

2.3.3 Lihavuusleikatun omahoito

Omahoidolla tarkoitetaan, että potilas on aktiivinen toimija oman hoitonsa suhteen. Omahoidon suunnittelun tukena toimii ammattihenkilö, joka tuo oman osaamisensa hoidon suunnitteluun ja luo uskoa potilaaseen. (Routasalo &

Pitkälä 2009, 5-9.) Keskeistä omahoidon tukemisessa ovat voimaantumisen, potilaan autonomian ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen (Routasalo & Pitkälä 2009, 13-14) ja saamalla riittävästi tietoa potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaa hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon, mikä taas johtaa vastuunottamiseen ja hoitoon sitoutumiseen (Eloranta & Virkki 2011, 15).

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa monet eri tekijät. Näitä ovat asiakkaasta johtuvat tekijät ja ulkoiset tekijät. Asiakkaasta johtuvia tekijöitä ovat mm. tiedot ja taidot, motivaatio, ikä ja sukupuoli. Ulkoisia tekijöitä ovat mm. ohjaus, emotionaalinen, konkreettinen ja tiedollinen tuki, ja seuranta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26.) Sitoutumisella asianmukaiseen hoitoon on potilaalle suuri merkitys. Uuden oppiminen, vaivannäkö, elämäntapojen muuttaminen, ovat asioita joihin potilaan pitää olla valmis saavuttaakseen paremman terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen on painonnousu on mahdollinen. Tämän vuoksi sitoutuminen suositellun ruokavalion noudattamiseen on tärkeää pysyvän ja pitkäkestoisen painonhallinnan kannalta. (Terveyskylä n.d.) Leikkaus tulisikin nähdä työkaluna, ei parannuskeinona (Yates ym. 2017, 918).

Leikkauksen jälkeen n. 1-2 viikon ajan ruokavalio on nestemäistä. Tämän jälkeen voi siirtyä soseisiin ja n. kk:den kuluttua leikkauksesta voi syödä kiinteää ruokaa. Sitoutuminen elämäntapojen muuttamiseen on välttämätöntä pysyvän ja pitkäaikaisen painonpudotustuloksen saavuttamiseksi. Kerrallaan syötävät annokset ovat niin pieniä, että ruoan laatuun tulee kiinnittää huomiota ja päivän aikana syötävä tiheästi ja hitaasti n. 6-8 kertaa. (Sane & Salminen 2015, 260-261.)

Erään tutkimuksen mukaan vuosi leikkauksen jälkeen vaaditaan enemmän keskittymistä painonpudotustuloksen säilyttämiseksi. Tällöin pystyi jo syömään isompia ruokamääriä ja tunnesyöminen saattoi alkaa uudestaan. (Youssef ym. 2021, 5-6).

Tutkimukset osoittavat, että lihavuusleikatuilla on omia painonhallintakeinoja. Essayli ym. (2017) selvitti tutkimuksessaan lihavuusleikattujen potilaiden

painonhallintakeinoja ja sitä, mitkä painonhallintakeinoista koettiin hyödyllisimmiksi tai hyödyttömimmiksi painonhallinnan kannalta. Leikatut saivat valita 28 eri vaihtoehdosta viisi hyödyllisimmiksi kokemaansa vaihtoehtoa, joista kokivat saaneensa hyötyä painonhallintansa tueksi. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, painonpudotuksessa onnistujiin (n=73) ja epäonnistujiin (n=79). Onnistujiksi laskettiin ne, jotka olivat pudottaneet lähtöpainostaan 50% tai enemmän. Ne, jotka olivat painonhallinnassa onnistuneet kokivat, että itsensä säännöllisesti punnitseminen ja syömisen lopettaminen ollessaan täynnä koettiin tärkeimmiksi keinoiksi leikkauksen jälkeisessä painonhallinnassa. Ruoka-annosten kokojen rajoittaminen, veden juominen ja valmistuotteiden välttämistä käytettiin niinkään keinoina painonhallinnassa. (Essayli ym. 2018, 586.) Toisessa tutkimuksessa selvitettiin yksilöhaastatteluin (n=14) niiden lihavuusleikattujen näkemyksiä painonhallinnankeinoista, jotka olivat onnistuneet painonhallinnassa vähintään 2 vuotta leikkauksesta. Haastatelluilla leikkauksesta oli aikaa vähimmillään 30 kuukautta ja enimmillään 148 kuukautta. Tässäkin tutkimuksessa oman kylläisyyden tunteen kuuntelu oli keino painonhallinnassa. Tutkimuksessa nousi myös esille muita painonhallinnassa käytettävistä keinoista. Painonhallinnan onnistumisessa oli tärkeää lähipiiriltä saatu tuki ja leikkauksesta seuranneesta fyysisestä pystyvyydestä ja lisääntyneestä energiasta saatiin motivaatiota jatkaa painonhallintaa. Hyvästä olosta ei haluttu luopua. Jotkut leikatut olivat joutuneet päättämään ihmissuhteita pystyäkseen jatkamaan valitsemallaan tiellä. (Liebl ym. 2016, 957-958.)

2.3.4 Lihavuusleikatun tiedon ja tuen tarve

Lihavuusleikkauksen aiheuttaessa muutoksia jokapäiväisessä elämässä ja ruokailutavoissa johtavat usein tiedon tarpeisiin lihavuusleikatuissa (Breuing ym. 2022, 1). Annoskoot, ruoka-aineiden sopivuus ovat asioita, jotka vaativat uudelleen opettelua (Liu & Irwin 2017, 3160). Leikatut kuitenkin ovat pääasiassa

oppineet eri ruoka-aineiden, annoskokojen ja syömiseen käyttävän ajan kokemuksen kautta (Dahlberg ym. 2022, 1-4).

Ruokailutapoja ja syömiskäyttäytymistä lihavuusleikkauksen jälkeisen lihomisen aikana on tutkittu. Tutkimuksessa selvisi, että säännöllisen aterioinnin merkitys ymmärrettiin mutta sen toteuttaminen arjessa saattoi olla haasteellista.

Lapsiperheen stressaavassa arjessa ruokien etukäteen valmistaminen koettiin haastavaksi. Haastatelluilla myöskin ajan mittaan ateriointivälit pitenivät.

Mieliteot eivät kaikonneetkaan, vaikka niin oli ennen leikkausta luultu tapahtuvan. Tutkimuksen tuloksissa oli huomattavaa, että joillekin haastatelluista oli epäselvää, että leikkauksen jälkeen on lihomisen mahdollisuus edelleen olemassa. Kuitenkin leikatut yrittävät itse puuttua lihomiseensa rajoittamalla syömistään ja kokivat etteivät terveydenhuollon ammattilaiset uskoneet, miten vähän he söivät ja leikatut kokivat tilanteessa jääneensä ilman apua. Joillekin ruoka-aineiden energiasisällöt olivat vieraita ja annettua ravitsemustietoa ei välttämättä ymmärretty, esim. ei tiedetty, mitä hiilihydraatit ovat. Tähän tutkimukseen osallistujilla leikkauksen jälkeinen painonnousu alkoi 1-5 vuotta leikkauksesta. (Tolvanen ym. 2023, 2519-2522.)

Tutkimuksessaan (Voorwinde ym. 2023) selvittivät leikattujen sekä terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia ja tarpeita interventioille leikkauksen jälkeiseen painonnousuun liittyen. Tässäkin tutkimuksessa leikatut eivät osanneet odottaa painonnousua. Syitä painonnousulle esitettiin monia. Terveydenhuollon puolelta koettiin tuen puutetta. Tuen puute omalta perheeltä oli myös osittain syynä leikkauksen jälkeiseen painonnousuun. Lähes kaikilla haastatelluilla (n=11) oli elämässään tapahtunut niin iso muutos, että sen koettiin olevan perussyypainonnousulle. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että leikatuilla ei ollut varmuutta siitä, mikä oli normaalia leikkauksen jälkeistä painonnousua ja missä kohtaa painonnousua olisi jo pitänyt pyytää apua. Häpeää painonnoususta myös rajoitti avun pyytämistä. (Voorwinde ym. 2023, 1-6)

Souheir (2019) puolestaan käytti oikein-väärin kyselylomaketta selvittääkseen lihavuusleikattujen osaamista leikkauksen jälkeisestä ruokavaliosta. Vastaajista (n=83) 90% esim. tiesi proteiinipitoisten ruokien syömisen tärkeydestä

leikkauksen jälkeen mutta ainoastaan 10% ilmoitti syövänsä diettiohjaajan suositusten mukaisesti. (Souheir ym. 2019, 1-7.) Edellä mainitun tutkimuksen tulos kertoo ainoastaan siitä, että leikatut tietävät proteiinipitoisten ruokien syömisen tärkeydestä mutta tutkimus ei kerro sitä, tietävätkö leikatut, mitkä ruoka-aineet sisältävät proteiinia.

Chanin ym. (2019) tutkimuksen pohjalta selviää, että leikatuilla saattaa olla vaikeuksia sopeutua leikkauksen jälkeiseen elämään. Pienentynttä kokoa saattoi olla vaikea hahmottaa ja tämän vuoksi edelleen valittiin ne isoimmat vaatteet. Osalla vastaajista oli tunne, että oli siirretty jonkun toisen kehoon. Läheisten tukea leikkauksen jälkeen pidettiin tärkeänä. Tutkimuksesta käy ilmi, että osa leikatuista koki, että esim. leikattujen puoliset voisivat hyötyä psykologisesta tuesta ymmärtääkseen lihavuusleikkauksen läpikäynyttä. (Chan 2019, 4-5.) Myöskin Mento ym. (2022) esittää, että leikattujen kokemus kehonkuvastaan ei muutukaan leikkauksen jälkeen ja tämä osittain saattaa selittää vaikeuden sopeutua leikkauksen jälkeiseen elämään ja tähän tarvitaan psykologista arviota ennen ja jälkeen leikkauksen. (Mento ym. 2022, 1278.)

3 Kehittämistyö

3.1 Kehittämistyön toimintaympäristön kuvaus

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö tehtiin yhteistyössä LILE ry:n kanssa. LILE ry on suomen lihavuusleikkattujen yhdistys, jonka tavoitteena on tietoisuuden lisääminen lihavuusleikkauksista samalla edistään valtakunnallisesti lihavuuden leikkaushoidon tasa-arvoista toteutumista. Yhdistys järjestää jäsenilleen koulutusta ja toimii yhteistyössä muiden järjestöjen kanssa. (LILE ry.)

LILE ry:n sihteeri toimi tutkimuksellisen osuuden aineiston hankinnan osuudessa yhteyshenkilönä opinnäytetyöntekijän ja LILE ry:n välillä. Tutkimuksellisen osuuden haastateltavat olivat LILE ry:n jäseniä.

3.2 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli selvittää minkälaista tietoa ja tukea lihavuusleikatut tarvitsevat vuoden kuluttua leikkauksesta sekä heidän elämänmuutoksistaan leikkauksen jälkeen.

Tarkoituksena oli luoda omahoidon ohjaussisällön suositus, jonka avulla voidaan parantaa lihavuusleikkattujen leikkauksen jälkeistä omahoitoa ja edesauttaa lihavuusleikkattuja saavuttamaan leikkauksen mahdollistama pitkäaikainen painonpudotustulos. Pysyvällä painonpudotustuloksella voidaan vaikuttaa yksilön elämänlaatuun sekä työ -ja toimintakykyyn, jolloin yhteiskunnallinen vaikuttavuus voi olla merkittävä kansantaloudenkin kannalta.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaista tietoa ja tukea lihavuusleikatut tarvitsevat vuosi leikkauksen jälkeen?
2. Millaisia muutoksia lihavuusleikatut ovat kokeneet ensimmäisen vuoden aikana leikkauksen jälkeen?

3.2.1 Tutkimuksen toteutus, kohderyhmän kuvaus ja tutkimusaineiston keruu

Tässä kehittämistyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin käyttäen teemahaastattelua. Teemahaastattelu on hyvä laadullinen tutkimusmenetelmä silloin, kun tutkittavasta asiasta tiedetään vähän. (Hirsijärvi ym. 1997, 201). Tutkimuskysymyksiin pyrittiin saamaan vastaus haastattelemalla lihavuusleikkauksen läpikäyneitä, joilloin heillä oli tietoa tutkittavasta aiheesta. (Vilka 2021, 122-123).

Aineiston keruussa tehtiin yhteistyötä LILE ry:n kanssa. LILE ry julkaisi 6.4.2023 vain jäsenille tarkoitetuilla suljetuilla sivuillaan haastattelukutsun, jonka pohjalta yhteydenottoja tuli sähköpostitse kuusi kappaletta.

Viisi yhteyttä ottaneesta täytti haastateltaville asetetut kriteerit. Kriteerit olivat leikkauksesta kulunut aika 10-12 kk ja leikkausmenetelmänä mahalukun ohitusleikkaus tai mahalaukun kavennusleikkaus. Yhden haastateltavan kohdalla kriteerit eivät täytyneet, leikkauksesta kulunut aika oli ylittynyt. Ylitystä ei kuitenkaan pidetty niin merkittävänä, että se olisi vaikuttanut oleellisesti tutkimusaineiston luotettavuuteen. Näiden yhteydenottojen perusteella sovittiin kaikkien kuuden tutkimushaastattelun ajankohdat.

Tutkimushaastattelut toteutuivat Teams -alustalla yksilöhaastatteluina huhti – toukokuun 2023 välisenä aikana. Haastattelut tallennettiin ja tähän tutkittavilta kysyttiin haastattelun aluksi lupa. Kaikki haastateltavat (N=6) olivat naisia-

Haasteltavat olivat iältään 30-60 vuotiaita. Vähäisen osanottajamäärän vuoksi nyt esitettyä ikäjakaumaa laajennettiin haastateltavien anonymiteetin suojelemiseksi.

Haastattelujen keskiarvopituus oli 52 min. Pisin haastattelu kesti 1h 17min ja lyhyin haastattelu oli pituudeltaan 34min. Yksi haastatteluista keskeytyi hetkeksi nettiyhteyden katkettua. Nettiyhteyden palattua haastattelu jatkui normaalisti. Kaikki haastattelut aloitettiin klo 10-13 välisenä aikana.

Haastateltavien anonymiteetin suojelemiseksi yksittäisiä tietoja haastatelluista ei kerrota. Haastatteluissa käytettiin apuna teemahaastattelurunkoa, joka rakennettiin tietopohjaan perustuen. Haastattelijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä, jonka vuoksi haastattelurunkoon rakennettiin suorat kysymykset. Kysymyksiä ei kuitenkaan esitetty haastateltaville siinä järjestyksessä kuin ne haastattelurungossa on, vaan ne toimivat haastattelijan tukena (LIITE 1).

3.2.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Nauhoitetut haastattelut litteroitiin siten, että mahdolliset tauot puheessa tai huokaukset jätettiin kirjoittamatta. Muutoin litterointi oli sanatarkkaa. Haastatteluista kertyi litteroinnin jälkeen 23 sivua. Tuloksia esiteltäessä haastateltavien vastauksista jätettiin sellaiset asiat pois, joista haastateltavat olisivat olleet mahdollisesti tunnistettavissa mm. sukulaissuhteet, asuinpaikkakunta tai työpaikka. Litteroinnin jälkeen äänitallenteet litterointitiedostot poistettiin tietokoneen tiedostoista ja tulostettu litterointimateriaali hävitettiin polttamalla.

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin teemoittelemalla, jolloin tutkimusaineistosta nostettiin tutkimuskysymysten kannalta olleellisimpia asioita ja piirteitä. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa havainnollistetaan teemoittelua. (Kallinen ym. 2021.)

Taulukko 1. Esimerkki teemahaastattelun analysoinnista

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty muoto	Pääteema
<p><i>-Konkreettiset ruokamäärät kun tietäis</i></p> <p><i>-”mulle ei tuu kylläisyyden tunnetta, et mä sit rajoitan sitä määrää, niin siitä tietoo”</i></p> <p><i>”tähän kohtaan näihin ruokamääriin ravitsemusohjaus. Tässä vuoden kohdalla kirjais rehellisesti, mitä on syönyt ja sit joku ammattilainen katsois ja bongais riskitekijöitä”.</i></p>	<p><i>-Epävarmuus riittävästä ruoan määrästä</i></p> <p><i>-ammattilaiselta varmistusta ruokamääristä</i></p>	Ruoan määrä
<p><i>”on hyvin ihmeellistä olla tämän kokoinen”</i></p> <p><i>”somessa kaikki sano, että ottakaa kuvia ennen leikkausta, mut jos siinä olis se ammattilainen, mikä osais laittaa käsittelee”</i></p>	<p><i>-hämmennys muuttuneesta ulkomuodosta</i></p> <p><i>-toive ammattilaisen avusta muutoksen käsittelyssä</i></p>	Kehonkuvan muutos
<p><i>”Tää kohta on se kriittinen, että leikkauksen jälkeen oli helppo ku ei pystynyt syömään. Se kuherrusvuosi menee ohi .</i></p> <p><i>”terveydenhuollon pitäis leikatun oman työskentelyn merkitystä korostaa”</i></p>	<p><i>-ymmärrys oman panostuksen tärkeydestä</i></p> <p><i>-ammattihenkilön ohjaus omahoidon merkityksestä</i></p>	Sitoutuminen omahoitoon

3.2.3. Tutkimustulokset

Tiedon ja tuen tarve

Tiedon ja tuen tarpeista nousi kolme pääteemaa ja ne nimettiin seuraavasti: Oiketa ruokamäärät, Kehonkuva ja Sitoutuminen omahoitoon.

Oikeat ruokamäärät -teeman alle aineistosta nousivat painonhallinta ja epävarmuus riittävästä ruoan määrästä. Leikatut halusivat saada konkreettisia ohjeita ruokamäärästä. Ruokamäärästä haluttiin tietoa riippumatta siitä, oltiinko painonpudotustulokseen tyytyväisiä vai ei. Painonnousua ei pelätty mutta sen mahdollisuus kuitenkin tiedostettiin. Kuudesta haastatellusta viisi koki tarvitsevansa tähän aiheeseen liittyen tietoa. Näitä vastaajat kuvailivat seuraavasti:

”mulle ei tuu kylläisyyden tunnetta, et mä sit rajoitan sitä määrää, niin siitä tietoo”

”ruokamäärästä epävarmuus, syönkö kuitenkin liikaa? tulee olo, että syö liikaa tai liian nopeasti, pitäis jotenkin tunnustella hetki. Mitä, jos mä oonkin venyttänyt takas isoks mahalukun?”

”konkreettiset ruokamäärät kun tietäis”

”tähän kohtaan näihin ruokamääriin ravitsemusohjaus. Tässä vuoden kohdalla kirjais rehellisesti, mitä on syönyt ja sit joku ammattilainen katsois ja bongais riskitekijöitä”.

Vaikka leikatut kokivat tarvitsevansa tietoa oikeista ruokamääräistä painonhallinnan tueksi, niin leikatuilla oli kuitenkin omia keinoja ruokamäärien hallitsemiseksi, kuten pienemmät astiat, mittaaminen ja mobiilisovellukset joihin saattoi ruokamäärät kirjata. Esimerkkejä:

”Muhunkin sitä ruokaa mahtuu mutta sit vaan desimittaa käteen ja sit se syöminen loppuu oli nälkä tai ei”.

”koitan välillä kirjata kaloreita, en joka päivä mutta itseäni rauhoittelakseni”.

”karkkia ja sipsiä syön mutta kulhot on vaihtunu kahvikuppeihin”.

”Välillä tarkistelen määriä, et varmaan 1300 kaloria tulee maksimissaan”.

Vaikka leikattujen selviytymiskeinot painonhallinnassa eivät varsinaisesti tutkimuskysymyksenä olleetkaan, niin nämä haastatteluissa esiin nousseet ruokamäärien hallitsemistavat haluttiin nostaa tietoisuuteen hyödynnettäviksi omahoidon ohjauksen suosituksissa.

Toisena teemana aineistosta nousi esille oman koon hahmottamiseen liittyvä teema, joka nimettiin **kehonkuvan muutos**. Tässä aiheessa nousi esille, että pienentymistä saattoi olla vaikeaa hahmottaa ja se herätti hämmenystä sekä epäuskoa. Haastateltavat toivat esille tarpeen asian käsittelyyn ammattilaisen kanssa. Haastatellut eivät kuitenkaan osanneet eritellä tarkemmin, minkälaista konkreettista apua uuden koon hahmottamiseen kaivattaisiin.

”en ollu kunnolla hahmottanut pienentymistäni, olisin halunnut keskustella siitä siellä (lääkärin vastaanotolla)”

”somessa kaikki sano, että ottakaa kuvia ennen leikkausta, mut jos siinä olis se ammattilainen, mikä osais laittaa käsittelee”

”on hyvin ihmeellistä olla tämän kokoinen”

Kolmannen teeman nimeksi nousi **sitoutuminen omahoitoon**. Tätä teemaa haastattelijat kuvailivat seuraavasti:

”Tää kohta on se kriittinen, että leikkauksen jälkeen oli helppo ku ei pystynyt syömään. Se kuherrusvuosi menee ohi .Lääkärin näkökulma on se, että leikkaus meni hyvin ja potilaan näkökulma se, että nyt pitää pärjätä koko loppuelämä”

”terveydenhuollon pitäis leikatun oman työskentelyn merkitystä korostaa”

”vähän niinku laihtuminen on pysähtynyt, niin sellaista ylläpitotukea, että se saavutettu laihdutustulos olis mahdollisimman pysyvä. Tiedostan, että nyt on se vaaran paikka, että paino voi lähteä nousemaan, että siihen apua tarttis”

Haastatteluissa nousi myös esille kokemuksia sosiaalisen median vertaistukiryhmien tarjoamasta tiedosta ja tuesta. Toiset kokivat saavansa sieltä apua ja jakoivat sinne omia vinkkejään arjen haastaviin tilanteisiin, toiset haastatelluista taas kokivat sosiaalisen median vertaistukiryhmät ahdistavina. Toisten onnistuneet painonpudotustulokset saattoivat aiheuttaa pahaa mieltä, jos omaan painonpudotustulokseen ei oltu tyytyväisiä.

Leikattujen elämänmuutoksista leikkauksen jälkeen

Jatkuvaa valintaa ruokailutilanteissa:Yksi suurimmista muutoksista oli muutokset ruokailutavoissa. Leikkausta edeltävään elämään verrattuna annoskoot olivat pienentyneet ja syötiin monta kertaa päivässä. Mahalaukun ottaessa kerrallaan vähemmän ruokaa vastaan, kiinnitettiin ruoan laatuun enemmän huomiota. Esimerkkejä:

”Annoskoot pienentyneet, ruoan laatu muuttunut aika paljon.Ennen leikkausta tykkäsin suolaisesta, pizzoista ja hampurilaisista. Ruokarytmissä tapahtunut suuri muutos. Nykyään syön parin kolmen tunnin välein.”

”Ruokamäärät pienentyneet ihan huimasti. Saatoin aikaisemmin syödä kerran päivässä. Nyt tulee 5-6 kertaa syötyä”.

”Joo, kyllä sitä joutuu kattomaan eri tavalla, että sitä proteiinia tulis tarpeeks ja ruokamäärät on niin pieniä, niin kuitumääriä seuraan”.

Haastateltavat kertoivat lihavuusleikkauksen vaikuttaneen myös sosiaalisiin tilanteisiin, joissa syötiin esim. työpaikkaruokailut ja buffetit. Sosiaalisen syömisen tilanteita ei kuitenkaan tietoisesti vältelty, vaan näihin oli kehitetty omia selviytymiskeinoja, kuten hitaammin syöminen, ruoan siirtely lautasella ja ruoan ulkonäöstä nautittiin enemmän. Ruoan suhteen jouduttiin myös tekemään valintaa, mitä syö tai jättää syömättä. Sosiaalisen syömisen rajoitteet eivät yhdelläkään haastatelluista olleet sellaisia, että leikkaukseen lähtemistä oltaisiin kaduttu. Mikäli leikatulla oli tapana kertoa avoimesti itselleen tehdystä

leikkauksesta, sitä vähemmän sen koettiin negatiivisesti näihin tilanteisiin vaikuttavan. Esimerkkejä:

”Se missä tulee ulkopuolelle jäämisen tunne, hotelliaamiainen tai laivan buffetti. Ku joutuu tekee tosi raakaa valintaa, ku ei voi syödä kaikkee, et niitä mitkä on ne tärkeimmät ja niistäkin ne kaikkein tärkeimmät.”

”En oo kertonut lähipiirille, et sit täytyy päättää kun kahvitellaan, että syökö vai juonko. Ihmisten ilmoilla tulee syötyä varovasti ja hitaasti. Sotken lautasta”.

”Jos mä menen ravintolaan, niin otan alkupalan jonkun pienen ja nautin jo siitä, miltä se näyttää. Aikaisemmin otin ison annoksen ja ahdoin sen nopeesti”.

”Ravintolassa katsoo siitä annoksesta, että siitä syö proteiinit ja kasvikset ja sit perunat jättää syömättä”.

”Eniten harmittaa, kun ollaan otettu buffet -pöytä, eikä sieltä saa mitään alennusta, et ite ottaa sen pienen määrän ja muut vetää hirveet överilautaset, mut se on elämäntyöli minkä hyväksyin, kun leikkaukseen lähdin”.

Energisyyden kokemus: Aineistosta nousi esille leikattujen positiiviset muutokset jaksamisessa ja vireystilassa. Energiaa riitti, liikkuminen oli helpompaa ja liikkumaan oli kiva lähteä.

”Liikuntaa on tullut paljon lisää. Pystyn kurkottelemaan maahan päin. Pystyn juoksemaan portaat ylös toiseen kerrokseen”.

”Jumpassa ja joogassa kädet taipuu ja ylettyy ihan toisella tavalla”.

”Vireystason nousu tuli ihan yllätyksenä. Niin paljon energiaa, etten tiedä mitä tällä kaikella energialla tekee”.

”Ihan huvikseni mökillä risuja keräilen, eikä tarvi istua välillä”.

Itseensä panostaminen: Haastateltavat nostivat esille, miten he itse omaan ulkonäköönsä kiinnittävät enemmän huomiota ja itseensä haluttiin panostaa.

”Kosmetiikkavalikoima on kasvanut, että aikaisemmin yritti mennä ihan minimillä. Se on muuttunut, miten jaksaa käyttää aikaa meikkaamiseen. Töihinkin kun lähtee, pitää herätä hyvissä ajoin (meikkaamaan)”.

”Ostaisin kivoja vaatteita, jos olis rahaa. Kiinnitän enemmän huomiota kuitenkin vaikei oo mahdollista.”

Mieliala ja sosiaaliset suhteet: Psykkisessä hyvinvoinnissa oltiin koettu positiivisia muutoksia. Elämänlaatu koettiin paremmaksi ja olo oli hoikentuneen ulkomuodon ja energian lisääntymisen myötä onnellisempi. Sosiaalisissa suhteissa ei ollut tapahtunut muutoksia. Lähipiiriltä saadut kommentit koettiin kannustavina.

3.2.4 Tutkimuksen eettinen pohdinta

Lihavuusleikattujen tiedon ja tuen tarvetta sekä kokemuksia vuosi leikkauksen jälkeen on tutkittu varsin vähän ja tutkimustietoa tarvitaan kehitettäessä lihavuusleikattujen tarpeista lähtevää omahoidon ohjausta. Näin ollen tälle tutkimukselle oli oikeutus.

Haastattelukutsu (LIITE 2) julkaistiin Lile ry:n sivuilla, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujat saivat itse päättää tutkimukseen osallistumisestaan ottamalla opinnäytetyön tekijään sähköpostitse yhteyttä. Haastattelut tallennettiin ja tähän osallistujilta haastattelun aluksi pyydettiin lupa.

Ainoastaan opinnäytetyön tekijä pääsi käsiksi salasanan takana olleisiin haastattelutallenteisiin sekä litteroituun aineistoon. Aineiston analysoinnin helpottamiseksi litteroidut haastattelut tulostettiin ja analysoinnin jälkeen aineisto hävitettiin polttamalla.

Tutkimustulokset raportoitiin rehellisesti ja avoimesti. Kaikki sellaiset tiedot, joista tutkimukseen osallistujat olisi saattanut tunnistaa, on jätetty pois tulosten esittelyosuudessa.

3.2.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän kehittämistyön tutkimuksellisen osuudessa esitettyihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset.

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tietoperustassa pyrittiin käyttämään ajankotaisia ja vertaisarvioituja lähteitä. Osa lähdeaineistosta on kansainvälisiä. Lähdeaineistona pyrittiin käyttämään vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Tietoperustassa on käytetty yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä mutta ne olivat asiasisällöltään käyttökelpoisia.

Haastatteluihin osallistuvien määrä jäi vähäiseksi, eikä saturaatiota varmuudella saavutettu. Osallistujat olivat käyneet läpi lihavuusleikkausoperaation, joten haastateltavilla oli tietoa tutkimukohteena olevasta ilmiöstä.

Tutkimuksen rajausta olisi ollut hyvä pohtia tarkemmin. Aihetta olisi ollut hyvä rajata koskemaan leikkaustulokseensa tyytyväisiä leikattuja tai leikkaustulokseensa tyytymättömiä leikattuja. Tarkentamalla rajausta olisi saatu suositukset kohdentumaan paremmin.

Haastatteluiden tekijälle tutkimushaastatteluiden tekeminen oli uutta ja tutkijan oma kokemattomuus haastatteluiden suorittamisesta eittämättä vaikutti haastatteleutilanteeseen ja tutkimushaastatteluista saatuihin vastauksiin. Tutkija yritti välttää haastatteleutilanteissa johdattelua ja näin ollen lisäkysymyksillä mahdollisesti saatavissa oleva arvokas tieto jäi saamatta. Toisaalta, tutkija pyrki antamaan haastateltaville mahdollisuuden kertoa mahdollisimman paljon omin sanoin.

Haastattelurungon tarkemmalla suunnittelulla ja esittämällä tarkentavia kysymyksiä haastatteluista olisi ollut mahdollista saada vielä enemmän tietoa lihavuusleikattujen tiedon ja tuen tarpeista sekä muutoksista vuosi leikkauksen jälkeen. Haastattelijan oma työkokemus lihavuuskirurgisena hoitajana saattoi vaikuttaa siten, että haastattelijalle oli omia ennakko-oletuksia vastauksista, vaikka pyrkikin haastatteleutilanteessa olemaan objektiivinen.

Vastausten analysoinnissa näkyi myös tutkijan kokemattomuus.

Analyysivaiheessa tutkija vältteli aineistosta tehtäviä päätelmiä liiaksikin, jotta ei tekisi liian pikälle meneviä analysointeja tulosten vääristämistä välttääkseen.

Toisaalta on todettava, että tutkimusaineistolle oltiin varsin uskollisia.

4 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisessa osuudessa oli tavoitteena selvittää, minkälaista tukea ja tietoa lihavuusleikatut tarvitsevat vuoden kuluttua leikkauksesta ja millaisia muutoksia on ollut viimeisen vuoden aikana leikkauksen jälkeisessä elämässä.

Liu & Irwin (2017, 3160) toteavat tutkimuksessaan leikkauksen jälkeiset annoskoot vaativat uudelleen opettelua. Tämän kehittämistyön tutkimuksessa suurimpana tiedon tarpeena nousi esille leikattujen epävarmuus oikeista ruokamääristä. Tätä tulosta tukee myös Youssef ym. (2021), jotka toteavat, että vuoden kuluttua leikkauksesta vaaditaan jo enemmän keskittymistä ruokamääriin. Samanlaiseen johtopäätökseen tultiin tämänkin kehittämistyön tutkimuksellisessa osuudessa. Rekolan ym. (2013, 36) tutkimuksesta huomataan, että lihavuusleikatuilla 1kk -3kk leikkauksesta nousi esiin samantapaisia ravitsemukseen liittyviä tiedon tarpeita kuten ruokamäärät, ruokarytmi ja ruokailun sovittaminen muuhun elämään. Näiden esitettyjen tulosten perusteella voidaan varovaisesti päätellä, että tiedon tarve oikeista ruokamääristä on hyvin samankaltaista, on leikkauksesta kulunut 1-3kk tai vuosi.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat erittelivät leikkauksen jälkeen muutoksia ruokailutavoissaan ja ruokamäärien hallitsemisessa. Ruokamäärien rajoittamiseksi oli keksitty erilaisia keinoja, kuten ruokamäärien mittaaminen, pienempien astioiden käyttäminen ja kalorien laskeminen. Samanlaisia edellä mainittuja havaintoja teki tutkimuksessaan Essayli ym. (2017). Vaikka ruokamäärien hallitsemiseen oli kehitetty keinoja, oltiin silti jossain määrin epävarmoja oikeista ruokamääristä ja tähän toivottiin ammattilaiselta vuoden kohdalla leikkauksesta tietoa ja tukea. Leikatut olivat myös huomanneet, että sitoutumisen merkitys omahoidossa korostuu entisestään vuosi leikkauksen jälkeen.

Huomattavaa on, että tässä tutkimuksessa ei havaittu leikattujen tietämättömyyttä painonnousun mahdollisuudesta, kun taas Tolvanen ym. (2023) ja Voorwinde ym. (2023) totesivat tutkimuksissaan, että kaikille

leikatuille ei ollut selvää painonnousun mahdollisuus leikkauksen jälkeen. Poikkeava tulos voi johtua tämän tutkimuksen pienemmästä osallistujamäärästä. Mainituissa tutkimuksissa haastateltavien määrä oli vähintään kaksinkertainen. Eikä tietoa myöskään ole, miten paljon ja minkälaista tietoa leikatuille muissa maissa annetaan. Tuloserot voi siis johtua paremmasta leikkausta edeltävästä potilasohjauksen laadusta Suomessa tai haastateltujen koulutustaustasta. Tolvanen ym. (2023) toteaaakin, että annettua ohjausta ei välttämättä ymmärretty. Näihin edellämaituihin ei tässä tutkimuksessa kiinnitetty huomiota. Monissa maissa terveydenhuoltojärjestelmä on erilainen kuin Suomessa, joten leikkauksen jälkeiset kontrollit ja seurannat saattavat olla maksullisia ja tällöin taloudelliset syyt saattavat nostaa kynnyksen avun saamiseen ja hakemiseen.

Lihavuusleikkauksen seurauksena paino putoaa verrattain nopeasti ja oma kokoaan saattaa olla haastaavaa hahmottaa samaan tahtiin. Chan ym. (2019, 1-9) asiaa tutkittuaan huomasivatkin, että leikatuilla laihtumisen seurauksena pienentyntä kokoa saattoi olla vaikea ymmärtää. Mento ym. (2022) nostivat kirjallisuuskatsauksessaan samanlaista ilmiötä esille, että kokemus omasta kehonkuvasta ei välttämättä muutukaan, joka saattaa haitata sopeutumista leikkauksen jälkeiseen elämään. Samaa kehonkuvan hahmottamisen vaikeutta ja siihen liittyvää tuen tarvetta toivat haastatellut tässäkin tutkimuksessa ilmi. Tähän tutkimukseen osallistuneet lihavuusleikatut toivat esille laihtumisen seurauksena tarpeen oman koon hahmottamisessa ammattilaisen tukea hyödyntäen. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että lihavuusleikatuille annetulla tuella oman koon hahmottamisessa, saattaa olla merkitystä leikkauksen jälkeiseen elämään sopeutumisessa. Tuen tarpeesta huolimatta tässä tutkimuksessa koon muutos koettiin kuitenkin hyvänä ja itseensä alettiin panostamaan enemmän esim. ehostamalla.

Rekola ym. (2013, 35) tutkimuksessaan toivat esille ihmisten omia kokemuksia lihavuuden vaikutuksesta elämään. Havaittiin, että lihavuus vaikuttaa heikentävästi yleiseen aktiivisuuteen ja jaksamiseen. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan sanoa, että leikkauksella on ollut positiivisia vaikutuksia

arkiaktiivisuuteen. Kynnys liikkumaan lähtemisessä oli madaltunut ja saatettiin liikkua ihan omaksi huvikseen. Tätä löydöstä tukee tutkimuksessaan myös Coulman ym. (2020,3), jossa todettiin leikattujen liikuntakyvyn ja energisyyden lisääntyneen lihavuuseikkauksen jälkeisen painonpudotuksen myötä.

Tässä tutkimuksessa ei noussut esiin muutoksia leikkauksen jälkeen sosiaalisissa suhteissa ja lähipiiriltä saadut kommentit koettiin kannustavina. Griauzde ym (2018, 5) tutkimuksessa todettiin taas, että oman perheen taholta saatettiin kokea kateutta. Perheet ja perheiden suhtautuminen laihdutusleikkauksiin saattavat olla hyvinkin erilaisia. Voi olla sattumaa, että tähän tutkimukseen osallistui haastateltavia, joilla tällaisia haasteita ei elämässään ollut tai niitä ei haluttu haastattelijalle kertoa. On kuitenkin syytä huomioida, että varovaisesti arvioiden lihavuusleikatun lähipiiriltä saadulla tuella saattaa olla positiivisia vaikutuksia omahoitoon leikkauksen jälkeen. Chan ym. (2019 1-9) toteaaakin tutkimuksessaan, että leikkauksen jälkeen läheisiltä saatua tukea pidettiin tärkeänä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että leikatut olivat oppineet selviämään sosiaalisissa ruokailutilanteissa. Ravintoloissa tilatusta ruoasta syötiin vain osa ja ruokailutilanteissa kiinnitettiin huomiota muihin asioihin, kuten ruoan ulkonäköön. Buffet ruokailut joissa muu seurue söi ”koko rahan edestä” harmitti leikattuja mutta näistäkin oli opittu selviämään syömällä vain itselle niitä kaikista mieluisimpia ruokia ja ennen leikkausta oli hyväksytty se, ettei tällainen runsas syöminen ollut enää mahdollista. Haastateltavat eivät tuonee esiin, että muutos olis koettu uhrauksena, vaan sen koettiin kuuluvan leikkauksen jälkeiseen elämään.

Tämän tutkimuksen mukaan vuosi leikkauksen jälkeen on kohta jolloin ylläpitotukea tarvitaan. Leikatut kaipasivat ammattihenkilön varmistusta sille, että omahoitoa toteutettiin oikein. Esimerkiksi toivottiin ammattilaisen näkemystä syötyihin ruokamääriin. Muuttuneen ulkomuodon käsittelyyn toivottiin niinikään tukea. Haastateltujen esiin tuomista tuen tarpeista voidaankin tehdä päätelmä, että leikkauksen jälkeen vuoden kohdalla kaivattiin ylläpitotukea leikkauksella saavutettujen tulosten ylläpitämiseksi. Tämän johtopäätöksen

perusteella voidaan suositella, että leikkauksen jälkeiset kontrollit tulisi ulottaa 12 kk pidemmälle ja kontrolleissa tulisi huomioida leikatun sitoutuminen loppuelämän kestäväan omahoitoon. Todetaan, että samalla tavalla kuin mikä tahansa krooninen sairaus, tarvitsevat lihavuusleikkauksen läpikäyneet huomattavasti pidempää seurantaa ja tukea, kuin on ehkä tähän mennessä ajateltu. Vaikka leikkaus olisikin mennyt teknisesti hyvin, on hyvän ja pysyvän leikkaustuloksen saavuttaminen ja ylläpitäminen kuitenkin leikatun omahoidon varassa.

5 Kehittämistyön tuotos

5.1 Tuotoksen kehittäminen

Kirjallisuuden ja haastatteluiden pohjalta laadittu omahoidon ohjaussisällön suositus perustuu tutkimuksellisessa osuudessa nousseisiin tiedon ja tuen tarpeisiin sekä muutoksiin leikkauksen jälkeen. Suosituksen sisällön teemoiksi nostettiin tutkimuksellisesta osuudesta nousseet pääteemat, jotka olivat ruoan määrä, kehon kuvan muutos ja omahoitoon sitoutuminen.

Opinnäytetyöllä ei ollut toimeksiantajaa, joten suosituksen kehittäminen jäi opinnäytetyön tekijän vastuulle.

5.2 Tuotoksen tarkastelu ja arviointi

Omahoidon ohjaussisällön suositus (LIITE 3) pyrittiin rakentamaan niin, että niiden pohjalta asiaan perehtymätönkin pystyisi näkemään nopeasti minkälaisia asioita lihavuusleikatun omahoidon ohjauksessa tulisi ottaa huomioon ja minkälaisia tiedon ja tuen tarpeita ohjaustilanteessa saattaa nousta esille.

Lihavuusleikattujen omahoitoa tukevaa ohjaussisällön suositusta vastaanotolla hyödynnettäessä, voidaan käyttää ohjauksen tukena motivoivaa keskustelua. Motivoivalla keskustelulla voidaan tukea omahoidon toteutumista. Keskustelulla halutaan ohjata potilasta huomaamaan oma pystyvyys ja halu muutokseen. Keskustelussa on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä, miksi, miten? Tavoitteena on, että potilas itse keksii keinot päästä tavoitteeseen. (Alenius 2023.)

Lihavuusleikatun omahoidon ohjauksessa motivoivalla keskustelulla pyritään tukea leikattua sitoutumaan loppuelämän kestävään omahoitoonsa.

Ohjauksessa on hyvä keskittyä huomaamaan, millaisia muutoksia leikkauksen avulla saavutettu painonpudotustuloksen pysyvyys arjessa vaatii ja tukea leikattua näissä muutoksissa. Ohjauksessa on hyvä motivoida leikattua

nostamalla esiin painonpudotuksella saavutetut positiiviset muutokset esim. jaksamisessa ja elämänlaadussa.

Omahoidon ohjaussisällön suositusta voidaan käyttää myös annettaessa ohjausta lihavuusleikkausta suunnitteleville, koska sisältö perustuu leikkauksen jälkeiseen elämään ja antaa leikkausta suunnittelevalle arvokasta tietoa siitä, millä tavoin leikkaus omaan elämään ja arkeen tulee vaikuttamaan.

5.3 Tuotoksen arviointi

Lihavuusleikatun omahoitoa tukeva ohjaussisällön suositus perustuu ajankohtaiseen kirjallisuuteen sekä tässä kehittämistyössä tehtyyn tutkimukseen.

Valmis tuotos lähetettiin sähköpostitse kommentoitavaksi kaikille tähän tutkimukseen haastatelluille, yhdelle lihavuuskirurgiselle hoitajalle ja yhdelle työterveyshoitajalle, joka ei ole työssään lihavuusleikkattuja ohjannut. Kommentteja suosituksista sai antaa sähköpostitse seitsemän päivän ajan.

Kommentit saatiin kahdelta tutkimukseen haastatellulta, lihavuuskirurgiselta hoitajalta sekä työterveyshoitajalta. Suosituksista saadut kommentit olivat kaikki positiivisia. Kehittämistyötä pidettiin kaiken kaikkiaan erittäin tärkeänä. Suosituksia pidettiin kaikkien kommenttinsa antajien keskuudessa sisällöllisesti hyvinä. Yksi palautteen antajista koki, että suosituksesta näkee oleelliset asiat nopealla vilkaisulla. Kommentit eivät antaneet aihetta sisällöllisiin muutoksiin mutta pieniä muutoksia tehtiin ulkoasua selkeyttämään.

5.4 Juurruttaminen ja jatkokehitysehdotukset

Kehittämistyön tuloksena syntynyttä ohjaussisällön suositusta ei tulla suoraan ottamaan käyttöön, vaan on vapaasti kaikkien hyödynnettävissä.

Opinnäytetyöntekijä pyrkii kuitenkin jatkossa tuomaan enemmän esille lihavuusleikkattujen omahoidon ohjauksen tärkeyttä ja sitä, että

lihavuusleikattujen omahoidon tukemista tulisi jatkaa useamman vuoden päähän leikkauksesta. Tavoitteena on, että lihavuusleikatuille saataisiin kansallinen näyttöön perustuva omahoidon ohjaussisällön suositus ja opinnäytetyöntekijä tuleekin Hotus-hoitosuositusten toimituskunnalle aiheita ehdottamaan. Aihe on nyt erityisen tärkeä, koska Suomessa on suunniteltu aloitettavan nuorten lihavuusleikkaukset vuonna 2025.

Tämä tutkimus keskittyi lihavuusleikattujen tiedon ja tuen tarpeisiin ja heidän kohtaamiinsa muutoksiin vuosi leikkauksen jälkeen. Voidaksemme kohdentaa ja antaa vaikuttavaa omahoidon tukea tarvitaan enemmän tutkimustietoa siitä, muuttuvatko tiedon ja tuen tarpeet leikkauksen jälkeen vuosien kuluessa. Tutkimustietoa tarvitaan myös siitä, minkälaista tietoa ja tukea tarvitsevat he jotka ovat kokeneet onnistuneensa leikkauksen jälkeisessä painonpudotuksessa ja he jotka eivät ole kokeneet saaneensa leikkauksesta riittävää vastetta painonpudotukseen. Jatkossa olisi tärkeää tutkia myös lihavuusleikattujen miesten ja naisten välisiä eroja, jotta saataisiin selville onko tiedon ja tuen tarpeissa sekä leikkauksen jälkeisissä muutoksissa sukupuolten välisiä eroja. Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan lisätietoa myös siitä, minkälaista tukea ja tietoa alle täysi-ikäiset tarvitsevat. Tärkeää olisi myös selvittää, onko omahoidon ohjauksella vaikuttavuutta painonpudotustuloksen pysyvyydessä.

Hyvällä ja riittävän pitkällä seurannalla ja tukemalla leikattujen omahoitoa, mahdollistetaan leikattuja saavuttamaan ja ylläpitämään painonpudotustulosta ja sopeutumaan leikkauksen jälkeiseen elämään.

Lähteet

Alenius, H. 2023. Motivoiva keskustelu elintapamuutoksissa ja hoidossa.

Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.11.24.

terveysportti.fi/apss/dna/ltk/article/ykt01951/search/motivoiva%20haastattelu

Breuing, J.; Könsgen, N.; Doni, K.; Neuhaus, A. & Pieper, D. 2022. Information needs of patients undergoing bariatric surgery in Germany: a qualitative study.

BMC Health Services Research. Vol.22, Article 515, 1-9. Viitattu 5.4.2024.

<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07950-2>.

Chan, J.; King, M. & Vartanian L. 2020. Patient perspectives on psychological care after bariatric surgery: A qualitative study. Clinical Obesity. Vol. 10, No 6,

1-9. Viitattu 1.2.2024. <https://doi.org/10.1111/cob.12399>.

Coulman, K.; Mackichan, F.; Blazeby, J. & Owen-Smith, A. 2017. Obesity treatment/Outcomes. Patient experiences of outcomes of bariatric surgery:

systematic review and qualitative synthesis. Obesity reviews Vol. 18, No 5, 547-559. Viitattu 1.12.2023.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.12518>

Coulman, K.; Mackichan, F.; Blazeby, J.; Donovan, J. & Owen-Smith A. 2020. Patients` experiences of life after bariatric surgery and follow-up care: a qualitative study. BMJ Open. Viitattu 1.10.23. Vol. 10, No 2, 1-

9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7045271/pdf/bmjopen-2019-035013.pdf>

Dahlberg, K.; Bylund, A; Stenberg, E. & Jaensson, M. 2022. An endeavour for change and self-efficacy in transition: patient perspectives on postoperative recovery after bariatric surgery-a qualitative study. International journal of qualitative studies on health and well-being Vol. 17, No 1, 1-10. Viitattu

1.2.2024. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2050458>

Essayli, J.; LaGrotte, C.; Fink-Miller, E. & Rigby, A. 2018. Patients` Reported Usage of Weight Management Skills Following Bariatric Surgery. Obesity surgery. Vol. 28, 584-588. Viitattu 10.1.2024. <https://doi.org/10.1007/s11695-017-3019-5>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Griauzde, D.; Ibrahim, A.; Fisher, N.; Strickeln, A.; Ross, R.; & Ghaferi, A. 2018. Understanding the psychosocial impact of weight loss following bariatric surgery: a qualitative study. BMC Obesity. Vol 5, Article 38. Viitattu 1.10.2023
<https://doi.org/10.1186/s40608-018-0215-3>

Harjunen, H. 2023. Lihavuus ja lihavuuden stigma. Acatiimi, 24(4),20-26. Viitattu 11.11.2024. https://acatiimi.fi/wp-content/uploads/2023/09/at0423_pdf-150dpi_06_09_klo10-41-002.pdf

Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Juuti, A.; Roine, R. & Salminen, P. 2019. Onko lihavuuskirurgia kustannusvaikuttavaa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vsk 135, No 16, 1487-1489. Viitattu 1.10.2023.
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo15057>

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 12.8.2024.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Konttinen, H. & Peltonen, M. 2019. Lihavuuskirurgian psykososiaaliset pitkäaikaisvaikutukset. Lihavuuskirurgia katsaus. Duodecim. Vsk. 135, No 16, 1528-1533. Viitattu 1.10.2023.
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15072.pdf>

Kubik, J.; Gill, R.; Laffin, M. & Karmali, S. 2013. Review Article. The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. Journal of Obesity. Article ID 837989, 1-5 pages. Saatavilla <http://dx.doi.org/10.1155/2013/837989>

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1.painos. Porvoo; WSOY oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K & Hirvonen, E. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Lehtoranta, L.; Kaartinen, N.; Jääskeläinen, T.; Mäki, P.; Pietiläinen, K.; Sares-Jäske, L.; Sääksjärvi, K.; Männistö, S. & Lundqvist, A. 2023. Terve Suomi ilmiöraportit. Riskitekijät-> Lihavuus. Viitattu 20.9.2024.
repo.thl.fi/sites/tervesuomi/ilmioraportit_2023/lihavuus.html

Liebl, L.; Barnason, S. & Hudson, D. 2016. Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 25, No 7-8, 951-961. Viitattu 2.4.2024. <https://doi.org/10.1111/jocn.13129>

Lihavuus. Käypä hoito -suositus 2023. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlaakäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seuran Duodecim. Viitattu 20.4.2024. www.kaypahoito.fi

LILE ry n.d. Viitattu 8.1.24. sivut.lile.fi/#

Liu, R. & Irwin J. 2017. Understanding the post-surgical bariatric experiences of patients two or more years after surgery. *Quality of life research*. Vol. 26, No 11, 3157-3168. Viitattu 2.4.2024. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1652-z>

Mahawar, K.; Clare, K.; O`Kane, M.; Graham, Y.; Callejas-Diaz, I. & Carr, W. 2019. Patient perspectives on Adherence with Micronutrient Supplementation After bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. Vol. 29, No, 5, 1551-1556. Viitattu 1.3.23. doi:10.1007/s11695-021-05314-z

Mento, C.; Silvestri, M.; Muscatello, M.; Rizzo, A.; Celebre, L.; Cedro, C.; Zoccali, R.; Navarra, G. & Bruno, A. 2022. The Role of Body image in obese identity changes post bariatric surgery. Review. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. Vol. 27, No 4, 1269-1278. Viitattu 2.5.2024. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01270-w>

Mustajoki, P. 2022. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.1.2024. www.terveyskirjasto.fi/dlk00042

Mustajoki, P. 2020. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.1.2024. www.terveyskirjasto.fi/dlk00845

Mustajoki, P. 2004. Lihavuus. Vaikutus toimintakykyyn. Teoksessa Matikainen, E; Aro, T; Huunan-Seppälä, A; Kivekäs J.; Kujala, S. & Tola, S. (toim.) *Toimintakyky. 1. painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 289-293.

Pekkarinen, T. 2022. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim Terveysportti. Viitattu 13.1.2024. terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt01408/search/lihavuusleikkaus

Rekola, L.; Häggman-Laitila, A.; Mattila, L-R. & Palomaa, T. 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja

leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. Tutkiva hoitotyö. Vol. 11, No 2, 32-43. Viitattu 2.10.2023. <https://turkuamk-emagz-fi./reader/issue/10228/178423/4>

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukemisen -opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.2.2023. Saatavilla: https://1590621.168.directo.fi/@Bin/7e2462420b23cf92df6097418c1f16fc/1675319925/application/pdf/193899/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Saarni, H. & Visuri, S. 2012. Merimiehen lääkärintarkastus-mitä uutta. Työterveyslääkäri. 2012;30(1), 97-102. Viitattu 15.2.2024 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tyt/article/ttl00977/search/lihavuus#s6>

Salminen, P. 2015. Lihavuusleikkaukset. Teoksessa Pietiläinen, K.; Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) 2015. Lihavuus.1. painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 254-255.

Sane, T. & Salminen, P. 2015. Lihavuuden leikkaushoito. Ruoka, syöminen ja liikkuminen lihavuusleikkauksen jälkeen. Teoksessa Pietiläinen, K.; Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) 2015. Lihavuus.1.painos Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 260-261.

Sane, T. 2015. Lihavuuden leikkaushoito. Lihavuuden leikkaushoidon tulokset. Teoksessa Pietiläinen, K; Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) 2015. Lihavuus 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 257.

Savolainen, M. & Herzig K-H. 2008. Lihavuuden hoitoon tarvitaan tietoa syömisen säätelystä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.Vol.124, No 10, 1077-8. Viitattu 1.2.2024. [duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo97268.pdf](https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo97268.pdf)

Schiavo, L.; Scalera, G.; Pilone, V.; De Sena, G.; Ciorra, F. & Barbarisi, A. 2017.Patient adherence in following a prescribed diet and micronutrient supplements after laparoscopic sleeve gastrectomy: our experience during 1 year of follow up. Journal of Human Nutrition and Dietetics. Vol. 30,No 1, 98-104. Viitattu 1.3.2024. <https://doi.org/10.1111/jhn.12427>

Soinio, M.; Salminen, P.; Pekkarinen, T. & Nuutila, P. 2019. Miksi ja milloin lihavan diabeetikon hoidoksi lihavuusleikkaus? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vsk.135, No 16, 1493-1497. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo15062>

Souheir, A.; Habiba, A.; Taoufik, Z. & Ahmed, Mariam. 2019. Nutrition Knowledge and Satisfaction Levels of Postbariatric Surgery Adults in the United Arab Emirates: Pilot Study. Journal of Nutrition and metabolism. Vol. 2019, No 1 Article ID 91484459,1-7. Viitattu 4.4.2023

[pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6466931/pdf/JNME2019-9148459.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6466931/pdf/JNME2019-9148459.pdf)

THL 2023.Lihavuus.Viitattu 13.1.2024. <https://thl.fi/aiheet/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/>.

THLa n.d. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on? Viitattu 5.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

THLb n.d.Tilasto- ja indikaattoripankki. Viitattu 15.2.2024. sotkanet.fi
Tilastotietoa väestön terveydestä ja hyvinvoinnista→Hyvinvointi, terveys ja toimintakyky->Tilastohaku→Lihavuus->Lihavien osuus, 20-64 vuotiaat

Terveyskylä 2020a.Mahalaukun ohitusleikkaus. Viitattu 14.1.2024. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/tieto-lihavuusleikkauksesta/lihavuusleikkaustyytit/mahalaukun-ohitusleikkaus>

Terveyskylä 2020b. Mahalaukun kavennusleikkaus. Viitattu 14.1.2024. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/tieto-lihavuusleikkauksesta/lihavuusleikkaustyytit/mahalaukun-kavennusleikkaus>

Terveyskylä 2020c. Lihavuusleikkauksen terveysvaikutukset. Viitattu 1.8.2024. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/tieto-lihavuusleikkauksesta/lihavuusleikkauksen-terveysvaikutukset>

Terveyskylä 2020d. Miksi lihavuus on niin yleistä? Viitattu 9.11.2024. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/miksi-lihavuus-on-niin-yleista>

Terveyskylä 2021a. Miten lihavuutta arvioidaan? Viitattu 13.1.2024. <https://terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/mista-lihavuus-johtuu/miten-lihavuutta-arvioidaan>

Terveyskylä Terveyskylä 2021b. Lihavuuden metaboliset vaikutukset. Viitattu 16.1.2024. <https://terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuuden-vaikutukset-terveyteen/lihavuuden-aineenvaihdunnalliset-vaikutukset>

Terveyskylä 2021c. Lihavuuden mekaaniset vaikutukset. Viitattu 16.1.2024. <https://terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuuden-vaikutukset-terveyteen/lihavuuden-mekaaniset-vaikutukset>

Terveyskylä n.d. Ruokavalio lihavuusleikkauksen jälkeen. Viitattu 20.2.2024
<https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/elämä-lihavuusleikkauksen-jälkeen/ruokavalio-lihavuusleikkauksen-jälkeen>

Työterveyslaitos n.d. Palvelutarpeen tunnistaminen. Mitä työ – ja toimintakyky tarkoittaa? Viitattu 5.2.2024. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyokyvyn-tuen-palvelupolku/palvelutarpeen-tunnistaminen>

Tolvanen, L.; Christenson, A.; Bonn, Stephanie E.; Surkan, Pamela J. & Lagerros Y. 2023. Patients` Perspectives on Dietary Patterns and Eating Behaviors During Weight Regain After Gastric Bypass Surgery. Obesity Surgery. Vol. 33, No 8, 2517-2526. Viitattu 1.4.2024
<https://doi.org/10.1007/s11695-023-06718-9>

Vesikansa, A.; Jokelainen, J.; Mehtälä, J.; Mutanen, K.; Lundqvist, A.; Laatikainen, T.; Ylisaukko-Oja, T.; Saukkonen, T. & Pietiläinen, K. 2020. Lihavuuden yhteys elämänlaatuun ja työkykyyn suomalaisessa aikuisväestössä. Lääkärilehti. Vsk 75 No 45, 2377-2384. Viitattu 15.2.2024
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/lihavuuden-yhteys-elamanlaatuun-ja-tyokykyyn-suomalaisessa-aikuisvaestossa/>

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Voorwinde, V.; Moukadem, S; van Stralen, M.; Janssen, I.; Monpellier, V.& Steenhuis, I. 2023. How to get back on track? Experiences of patients and healthcare professionals regarding weight recurrence and needs for an intervention after bariatric-metabolic surgery. Obesity Pillars. Vol. 7, Article 100074, 1-6. Viitattu 1.3.2024
[pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10662074/pdf/main.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10662074/pdf/main.pdf)

Yates, N.; Liew, V.; Mouton, J-M.; White, A. & Smith, J. 2017. Management of bariatric patients beyond the scalpel. Australian family physician. Vol.46, No, 12, 918-921. Viitattu 16.2.2024
<https://www.racgp.org.au/afp/2017/december/management-of-bariatric-patients/>

Youssef, A.; Mylopoulos, M.; maunder, R.; Wiljer, D.; Cassin, S.; Wnuk, S. & Leung, S. 2021. Understanding bariatric patients´ experiences of self-management post-surgery: A qualitative study. Clinical obesity. Vol. 11, No 5. Viitattu 10.10.23. <https://doi.org/10.1111/cob.12473>

WHO. 2021. Obesity and overweight. Viitattu 3.1.2024.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WHO.2024.WHOQOL: Measuring quality of life. Viitattu 5.8.2024

[who.int/tools/whoqol](https://www.who.int/tools/whoqol)

Teemahaastattelurunko

Tiedon/tuen tarpeet tällä hetkellä?

Kokemukset kuluneen vuoden aikana lihavuusleikkauksen jälkeen

Kuvaile kokemuksia leikkauksen aiheuttamassa **syömistavassa**,
määrä/syömisnopeus/sosiaalisten tilanteiden vaikutus/ työpaikkaruokailu...

Kuvaile **fyysisiä kokemuksia**, *painonmuutos/ jaksaminen/koon
hahmottaminen/ylimääräinen nahka?...*

Kuvaile **kokemuksia sosiaalisissa suhteissa**, *muiden suhtautumisessa/
perhe/ ystävät/sukulaiset/työkaverit/ ...ovatko muutokset olleet
positiivisia/negatiivisia?*

Psyykkiset kokemukset / *itseluottamus/iloisempi/onnettomampi/minäkuvan
muutos?...*

-Vertaistuen tarve

KUTSU TUTKIMUSHAASTATTELUUN

Hei! 41-vuotias sairaanhoitaja ja työskentelen mm. lihavuuskirurgisena hoitajana. Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa YAMK-tutkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyönäni kehittämisprojektin. Kehittämisprojektiin kuuluu tutkimuksellinen osuus, jonka aiheena on lihavuusleikattujen kokemukset sekä tuen ja tiedon tarve. LILE Ry:n sivuille koostetaan tietoa hyödyntäen tutkimuksesta saatuja vastauksia.

Toivon saavani haastatteluun juuri Sinut, jolle on tehty lihavuusleikkaus, Sleeve gastrectomia tai Gastric by pass, ja leikkauksestasi on haastatteluhetkellä kulunut n. 12kk. Haastattelut tullaan toteuttamaan huhti – toukokuun aikana. Haastatteluiden onnistumiseksi sujuva suomen kielen taito on välttämätön.

Tutkimus – Lihavuusleikattujen kokemukset sekä tuen ja tiedon tarve vuoden kuluttua leikkauksesta

Pyydän Sinua osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan lihavuusleikattujen kokemuksia sekä tiedon ja tuen tarvetta vuoden kuluttua leikkauksesta. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen Sinulla on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Tutkimus on opinnäytetyö Turun ammattikorkeakoulun YAMK - tutkintoon ja on osa kehittämisprojektia, johon tällä tutkimuksella tuotetaan tietoa LILE ry:n sivuille. Tämän tutkimuksen tekijä tekee tutkimuksen ja kehittämisprojektin.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata lihavuusleikattujen kokemuksia viimeisen vuoden aikana leikkauksesta ja saada tietoa leikattujen tuen ja tiedon tarpeista vuoden kuluttua leikkauksesta. Tutkimuksen kulku Tutkimuksen aineisto kerätään yksilöhaastatteluin 2023 huhti-toukokuun aikana.

Haastatteluiden arvioitu kesto on noin tunti. Haastattelut toteutetaan Teams – alustaa käyttäen tai Turun seudulla haastattelut on mahdollista suorittaa kasvokkain. Haastatteluiden ajankohdat ovat joustavasti sovittavissa. Haastattelut tullaan nauhoittamaan aineiston analyysia varten ja

haastatteluaineisto tullaan käsittelemään niin, ettei siitä voi tunnistaa haastateltavia. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Millä tavalla tutkimusaineisto kerätään?

Tutkimukseen osallistuvia haastatellaan yksilöittäin. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa. Tietojen käsittely haastatteluiden jälkeen Kerättyä tietoa käsitellään luottamuksellisesti EU:n tietosuojasetuksen ja Suomen tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineistoa käsittelee vain opinnäytetyöntekijä Johanna Setälä. Aineisto säilytetään tutkijan tietokoneella salasanan takana. Haastatteluiden litteroinnin (auki kirjoittaminen) jälkeen nauhoitteet tuhoetaan. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Tutkimuksesta tiedottaminen Tutkimus valmistuu syksyn 2023 aikana ja tuloksista tiedotetaan erikseen sovittavana ajankohtana. Tutkimustulosten pohjalta tuotetaan tietoa LILE ry:n sivuille syksyllä 2023.

Jos sinulla on kysyttävää tutkimuksesta ja/tai haluat osallistua tutkimukseen, voit ottaa yhteyttä sähköpostitse: johanna.setala@edu.turkuamk.fi

Tutkijan yhteystiedot

Johanna Setälä

Turun ammattikorkeakoulu YAMK Terveyden edistämisen koulutusohjelma
johanna.setala@edu.turkuamk.fi

Lihavuusleikatun omahoitoa tukeva ohjaussisällön suositus

1. Ruoan määrä/Ravitsemus

- **Ruokailutiheys:** pienet annokset useita kertoja päivässä.
- **Ravinnon laatu :**pienet määrät vaativat paneutumista ja tietämystä ruoan ravintosisällöistä
- **Ruokamäärien hallinta:** Käytännön keinoja ovat pienemmät astiat, määrien mittaaminen, kylläisyyden tunteen huomioiminen, kalorien laskeminen.
- **Sosiaaliset ruokailutilanteet:** Uusi suhtautuminen sosiaalisiin ruokailutilanteisiin (työpaikka, ravintolat, perhejuhlat)
 - ❖ keskittyminen muuhun kuin ruokaan (ruoan ulkonäkö,tunnelma, seurustelu)
 - ❖ Buffet -pöydissä tehtävä valintaa, ei enää ”koko rahan edestä”
 - ❖ Työpaikalle otettava tarvittaessa omat eväät. Hyvä myös huomioida ruokailuun käytössä oleva aika.
 - ❖ Muiden suhtautuminen leikatun uuteen ruokailutapaan.

2.Kehonkuvan muutos

- ❖ Oman kehonkuvan muutoksessa mukana pysyminen: valokuvien reflektointi, uudesta vaatekoosta nauttiminen
- ❖ Sosiaalinen ympäristö: muiden ihmisten suhtautuminen ja oman roolin mahdollinen muutos esim. ystäväpiirissä/työyhteisössä
- ❖ Tarvittaessa ohjaus asiantuntijan vastaanotolle, esim. psykologi,työterveyspsykologi psykiatrinen sairaanhoitaja

❖ 3. Omahoitoon sitoutuminen

- ❖ Leikkaus vaatii loppuelämän kestäväää sitoutumista omahoitoon
- ❖ Lähipiirin tuen olemassaolo ja merkitys

- ❖ Saavutetun terveyden ja elämänlaadun ylläpitäminen vaatii uuden elämäntavan hyväksymistä
- ❖ Ohjaa tarvittaessa vertaistuen piiriin (potilasjärjestöt, some)