

Tuija Kareinen-Heiskanen

Salla Kiiski-Arosuo

**LIHAVUUSLEIKKAUKSEN VAIKUTUS
ELÄMÄNLAATUUN**
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja AMK

Huhtikuu 2015



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Tuija Kareinen-Heiskanen Salla Kiiski-Arosuo	Sairaanhoidtaja	Huhtikuu 2015
Opinnäytetyön nimi		
Lihavuusleikkauksen vaikutus elämänlaatuun		39 sivua 4 liitesivua
Toimeksiantaja		
KymiCare		
Ohjaaja		
Koulutusjohtaja Päivi Mäenpää		
Tiivistelmä		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää lihavuusleikkauksen vaikutusta elämänlaatuun. Lihavuus on kasvava kansanterveydellinen haaste. Sairaalloinen lihavuus lisää merkittävästi useiden sairauksien riskiä ja vaikuttaa heikentävästi elämänlaatuun. Lihavuusleikkausten määrä ja tarve lisääntyy sairaalloisen lihavuuden kasvaessa.</p> <p>Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin: obesity, bariatric surgery, bariatric bypass ja quality of life. PubMed-viitetietokannasta löytyi 271 kpl tieteellisiä tutkimuksia ja Ebsco-viitetietokannasta 2603 kpl. Kirjastotietokanta Melindasta löytyi hakusanalla bariatric bypass 5 tutkimusta ja sanalla bariatric surgery 36 tutkimusta. Medic-viitetietokannan kautta etsittiin hakusanoilla: lihavuus, lihavuusleikkaus, vatsalaukun ohitusleikkaus ja elämänlaatu. Tutkimuksia löytyi 3 kpl. Medicin kautta etsittiin kirjallisuushaun avulla tutkimuksia myös tutkijoiden sukunimillä esimerkiksi Victorzon, Mustajoki, Kaukua, joiden nimet nousivat esiin jo aiheen alustavissa tutkimuksissa.</p> <p>Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Alkuperäistutkimuksista, joita oli 18 kpl, etsittiin vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen: kuinka lihavuusleikkaus vaikuttaa leikattujen potilaiden elämänlaatuun ja psyykkiseen hyvinvointiin? Lisäksi työssä käytettiin tieteellisiä artikkeleita, jotka oli koottu useista alkuperäistutkimuksista.</p> <p>Leikkauksen jälkeen potilaat kuvailivat elämänmuutostaan uudelleen syntymiseksi, jolloin itseluottamus, mieliala ja oma kehonkuva paranivat. Leikkauksen jälkeen psykososiaalinen hyvinvointi lisääntyi huomattavasti. Ennen leikkausta vertaistukiryhmien tärkeys korostui leikkausprosessista selviytymisessä, mutta niiden merkitys väheni muiden asioiden tullessa tärkeämmiksi elämässä leikkauksen jälkeen. Psykkiset sairaudet, varsinkin mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja syömishäiriöt vähenivät. Osa potilaista koki itsensä laihtumisen jälkeen haavoittuvampina, erilaiset pelot ja heikkoudet tulivat esiin ulkopuoliselle maailmalle, kun heidän rasvakerrokset vähenivät. Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi oli merkittävästi korkeammalla leikatuilla potilailla kuin leikkaamattomilla.</p>		
Asiasanat		
lihavuus, lihavuusleikkaus, vatsalaukun ohitusleikkaus, elämänlaatu		

Author (authors)	Degree	Time
Tuija Kareinen-Heiskanen Salla Kiiski-Arosuo	Bachelor of Health Care	April 2015
Thesis Title		39 pages 4 appendix page
The obesity surgery`s influence on person`s quality of life		
Commissioned by		
KymiCare		
Supervisor		
Päivi Mäenpää, Director of Education		
Abstract		
<p>The purpose of this thesis is with the help of literature review to find out how obesity surgery has influenced one´s quality of life and psychical wellbeing. Obesity is a growing challenge to public health. Pathological obesity increases the risk of many diseases significantly and affects the quality of life debilitatingly. Pathological obesity increases the amount and need of surgeries.</p>		
<p>English keywords were used: obesity, bariatric surgery, bariatric bypass ja quality of life. From the reference database PubMed was found 271 scientific researches and from the Ebesco –database 2603 pieces. Library database Melinda gave with keyword bariatric bypass, 5 researches and with the word bariatric surgery, 36 researches. Following keywords in Finnish were used in the Medic – database: lihavuus, lihavuusleikkaus, vatsalaukun ohitusleikkaus ja elämänlaatu. Researches were found three pieces. With the help of literature reference, researcher´s last names were also used, when looking for researches. For example, Victorzon, Mustajoki, Kaukua, whose names came up in the preliminary studies.</p>		
<p>The content analysis was used. Two questions were created on the basis of the original researches, which were found 18 pieces: how does the obesity surgery have an effect surged person´s quality of life and psychical wellbeing?</p>		
<p>After surgery, the patients described their change of life like are birth experience, their self-confidence, mood and own body image improved. Also psychosocial wellbeing increased significantly. During the surgery process peer support was in a big role in the patient´s life, but it decreased when other things got more important after the surgery. Psychical illnesses, especially mood disorders, anxiety disorders and eating disorders decreased. Part of the patients experienced that they were more vulnerable after the surgery. Different kinds of fears and weaknesses came out to the outside world, when their appearance diminished. Physical and psychical wellbeing as well as quality of life were substantially higher among operated than un-operated patients.</p>		
Keywords		
Obesity, bariatric surgery, bariatric bypass, quality of life		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	5
	Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä	5
2.1	Kirjallisuuskatsaus	6
2.2	Sisällönanalyysi	7
3	HYVÄN ELÄMÄNLAADUN MÄÄRITELMÄ.....	8
4	LIHAVUUS.....	10
4.1	Lihavuuden määritelmä	10
4.2	Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun.....	11
4.3	Lihavuuden vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn ja tunne-elämään	13
5	LIHAVUUSLEIKKAUSTEN HISTORIAA.....	15
5.1	Leikkaukriteerit.....	15
5.2	Vatsalaukun ohitusleikkaus	16
5.3	Sleeve-leikkaus eli vatsalaukun kavennusleikkaus.....	16
5.4	Pantaleikkaus	16
6	LIHAVUUSLEIKKAUKSEN HYÖDYT JA HAITAT	17
6.1	Fyysiset vaikutukset.....	17
6.2	Psyykkiset vaikutukset.....	21
6.3	Sosiaaliset vaikutukset	25
7	VERTAISTUEN MERKITYS ENNEN JA JÄLKEEN LEIKKAUKSEN	27
8	LIHAVUUSLEIKKAUSTEN YHTEISKUNNALLINEN NÄKÖKULMA.....	28
8.1	Lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia hoitotyöstä.....	29
8.2	Skenaario – lihavuusleikkauksia ei tehdä julkisessa terveydenhuollossa	31
9	POHDINTA	32
9.1	Luotettavuus	33
9.2	Hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset.....	34
	LÄHTEET.....	35

LIITTEET Liite 1. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

Lihavuuden lisääntymisen syitä ovat monet elintason nousuun liitettävät tekijät. Elinympäristön ja elintapojen muutokset ovat edistäneet ylipainon yleistymistä. Tutkimukset ovat osoittaneet lihavuuden olevan osittain pe-riytyvää. Lapsuuden liikunta- ja syömistavat vaikuttavat tulevaisuuden painonhallintaan. Alhainen sosioekonominen asema lisää lihavuuden riskiä. (Malmivaara 2010, 10.)

Kymenlaakson keskussairaalassa Kotkassa aloitettiin lihavuusleikkaukset maaliskuussa 2012, josta nousi aihe tähän opinnäytetyöhön. Huhti-kuuhun 2015 mennessä leikkauksia on tehty 50. Vuosittain suoritetta-vien lihavuusleikkausten määrä on noussut viime vuosina valtakunnalli-esti, ja siksi aihe on myös ajankohtainen

Työn tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin lihavuus-kirurgian vaikutusta elämänlaatuun ja psyykkiseen hyvinvointiin. Käsitte-lemme työssämme myös vertaistuen merkitystä potilaille ennen ja jäl-keen leikkauksen. Useat tutkimukset ovat keskittyneet leikkauksen vai-kutuksesta potilaan somaattisiin liitännäissairauksiin, minkä vuoksi halu-simme tuoda esiin psyykkisen näkökulman.

Työn tarkoitus on etsiä ja tuoda esiin tutkimustietoa lihavuusleikkauksen hyödyistä ja haitoista potilaiden kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun.

Työstä toivotaan olevan hyötyä leikkausta suunnitteleville ja jo leikatuille potilaille, sekä myös lihavuusleikattujen parissa työskentelevälle hoito-henkilökunnalle.

2 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä

1. Kuinka lihavuusleikkaus vaikuttaa leikattujen potilaiden elämänlaatuun?
2. Kuinka lihavuusleikkaus vaikuttaa leikattujen potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin?

2.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tavoite on kehittää jo olemassa olevaa teoriaa tai luoda uutta teoriaa, sen avulla voidaan myös arvioida teoriaa ja rakentaa asiakokonaisuuksista yhtenäistä kuvaa. Kirjallisuuskatsauksella voidaan tunnistaa ongelmat ja tuoda esiin teorian kehitys ajallisesti. Kirjallisuuskatsaustyyppinä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus eli traditionaalinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Opinnäytetyömme tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on eräs yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä, se on muodoltaan vapaampi, myös tutkimuskysymysten osalta kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus, ilman tiukkoja sääntöjä ja rajoituksia. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistot ovat laajoja, eikä sen valintaa rajoita metodiset säännöt. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on oma itsenäinen metodi, ja se voi tuoda uusia tutkittavia seikkoja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. (Ks. Salminen 2011, 3–8.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Narratiivisessa katsauksessa on kolme toteuttamistapaa: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Integroiva katsaus on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luonteinen ja voikin olla osana systemaattista kirjallisuuskatsausta. Integroivan katsauksen erityispiirteitä ovat myös tutkittavan ilmiön kuvaaminen mahdollisimman monipuolisesti ja on hyvin käytännöllinen, kun halutaan luoda uutta tietoa ennen tutkitusta aiheesta. Kriittisen tarkastelun katsotaan kuuluvan integroivaan katsaukseen, ei niinkään narratiiviseen katsaukseen. (Ks. Salminen 2011, 3–8.)

Käytämme omassa opinnäytetyössämme metodina narratiivisen kirjallisuuskatsauksen muotoa ja toteuttamistapana yleiskatsausta. Yleiskatsaus tiivistää aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, sen avulla pystytään myös antamaan käsiteltävästä aiheesta laaja kuva ja käsitellä aiheen historiaa ja kehityskulkua. Yleiskatsaus on laajempi verrattuna toimitukselliseen ja kommentoivaan toteuttamistapaan. Narratiivisen kirjallisuus-

katsauksen avulla voidaan järjestää epäyhtenäistä tietoa jatkuvaksi tapahtumaksi. Narratiivisen katsauksen analyysin muoto on kuvaileva synteesi, kuvailevana tutkimustekniikkana, se ei tarjoa analyttistä tulosta, vaan sen tarkoitus on tehdä yhteenveto johdonmukaisesti ja päivittää tutkimustietoa. Tutkimusaineistoa ei käydä systemaattisen seulan läpi samalla tavalla kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus voi olla johdatteleva ja puolueellinen. (Salminen 2011, 7.)

2.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jolla on mahdollista suorittaa toistettavia ja pätevyyskriteerit täyttäviä päätelmiä tutkittavan aineiston suhteesta sen sisällön yhteyteen ja asiasisältöön. Sisällönanalyysi on työväline, jolla voidaan tuoda esiin uutta tietoa, uudenlaisia näkökulmia ja mahdollisesti tuoda julki piileviä tosiasioita. Tutkittavalla aineistolla ei niinkään ole merkitystä, kunhan se liittyy tutkittavaan aiheeseen ja se on mahdollista koota ja havainnoida sekä analysoida. Sisällönanalyysillä on tarkoitus saada aineisto riittävän tiiviiseen ja ymmärrettävään muotoon niin, että sisällön informatiivisuus ei katoaisi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.)

Tavoitteena on analysoida aineistoja järjestelmällisesti sekä puhtaan objektiivisesti. Aineisto voi koostua esimerkiksi kirjoista, artikkeleista, päiväkirjoista, haastatteluista, puheista, keskusteluista, raporteista ja kirjeistä sekä kaikki kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Sisällönanalyysistä puhuttaessa, siihen liitetään joskus myös käsite sisällön erittely. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan kvantitatiivista aineistojen analysointia, jossa kuvataan määrällisesti tekstin tai aineiston sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–108.) Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään selvittämään tutkimusaineiston keräämisen jälkeen, mistä lähdetään tutkittavaan aiheeseen liittyviä tyypillisiä kertomuksia etsimään (Vilka 2005, 140). Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissä dokumentit jaetaan ensin pienempiin osiin, minkä jäl-

keen ne käsitteellistetään ja tuotetaan uudenlaiseksi kokonaisuudeksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109–116).

Työssämme on käytetty laadullista sisällönanalyysiä, joka on tukeutunut teoriaan ja sillä on ollut teoreettista merkitystä. Englanninkielisillä hakusanoilla: *obesity, bariatric surgery, bariatric bypass ja quality of life* löytyi PubMed-viitetietokannasta 271 kpl tieteellisiä tutkimuksia ja Ebsco-viitetietokannasta 2603 kpl. Kirjastotietokanta Melindasta löytyi hakusalla *bariatric bypass* 5 tutkimusta ja sanalla *bariatric surgery* 36 tutkimusta. Viitetietokanta Medicin kautta etsimme hakusanoilla: *lihavuus, lihavuusleikkaus, vatsalaukun ohitusleikkaus ja elämänlaatu*. Tutkimuksia löytyi 3 kpl.

Medicin kautta etsimme kirjallisuushaun avulla tutkimuksia myös tutkijoiden sukunimillä esimerkiksi Victorzon, Mustajoki, Kaukua, joiden nimet nousivat esiin jo aiheen alustavissa tutkimuksissa. Aineiston sisäänottokriteereissä painotimme suomenkielisiä artikkeleita, mutta käytimme myös englanninkielisiä tutkimuksia. Poissulkukriteerinä jätimme vähemmälle huomiolle sellaiset tutkimukset, joissa käsiteltiin lihavuusleikkauksen vaikutuksia lihavuuden liitännäissairauksiin. Pääsääntöisesti käytimme työssämme 2000-luvulla julkaistuja tutkimuksia, jotka täyttivät laadullisesti asetetut tavoitteet: pro gradu -tutkielmat, väitöskirjat, sekä tieteelliset tutkimusartikkelit. Tutkimustulokset kuvasimme suomenkielellä, alkuperäistutkimusten tuloksia on käännetty suomeksi kielenkääntäjäohjelman avulla. Suomalaisia tieteellisiä tutkimuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin löytyi melko vähän. Tutkimuksien ja kirjallisuuden perusteella kirjoitimme kirjallisuuskatsauksen yleiskatsauksen.

3 HYVÄN ELÄMÄNLAADUN MÄÄRITELMÄ

WHO on vuonna 1948 lanseerannut määritelmän terveydestä: terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila.

Terveydellinen elämänlaatu on käsitteenä suppeampi, koska se pitää sisällään sairauksien ja niiden hoidon vaikutukset ihmisen hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Kun terveyteen liittyvää elämänlaatua lähdetään tutki- maan, ainoa yleisesti hyväksytty tapa tutkia on kysyä kokijalta itseltään, miten hän pystyy toimimaan ja miten hän voi. Kun elämänlaatua tutki- taan, se tehdään useimmiten kyselylomakkeiden avulla. Elämänlaatu on tärkein muuttuja erityisesti pitkäaikaissairauksien ja niiden hoitojen vai- kutuksia mitattaessa. Esimerkiksi lihavuuden ja laihduttamisen yhteyksiä terveydelliseen elämänlaatuun alettiin tutkia 1990-luvulla. (Kaukua 2006, 1215.)

Se miten terveys koetaan, voi esimerkiksi poiketa lääkärin arviosta ja mi- ten muut ihmiset asian käsittävät. Yksilön omakohtainen arvio ter- veydestään sisältää vaikutteita hänen omista tavoitteistaan ja ympäris- töstä, missä hän elää. Ihminen kokee terveytensä sitä paremmaksi, mitä paremmin hän on oman elämänsä ohjaksissa ja päinvastoin. (Terveys- kirjasto 2012.)

Terveys nähdään usein elämän voimavarana, joka sekä kasvaa että ku- luttaa. Tätä pääomaa kerätään ja tuhlataan koko elämän ajan. Ikäänty- misen tutkijat näkevät pääoman olevan suurimmillaan noin 30- vuotiaana. Siihen asti sitä on kasvatettu ja sen jälkeen alkaa se kulua. Terveytemme perustuu nykyään siihen, mitä ennen nykyisyyttä on ta- pahtunut, ja miten tämän päivän päätöksillä ja tekemisillä tulemme vai- kuttamaan omaan tulevaan terveydentilaamme. (Terveyskirjasto 2012.).

Elämänlaadulla tarkoitetaan ei-aineellista hyvinvointia. Korkea elämän- laatu voidaan nähdä onnellisuuden yhtenä osatekijänä. Elämänlaatu koostuu terveydestä, toimivista ihmissuhteista, mielekkästä työstä, hy- västä ympäristöstä ja stimuloivasta vapaa-ajasta. Kaikki näistä laatu- määreistä ei varmaankaan ole yhtä aikaa toimivia, mutta jonkun niistä täytyessä, voi elämä olla silti tyydyttävää. Elämän tärkeimpiä asioita ky- syttäessä, esiin nousee useimmilla ihmisillä terveys. Terveys vaikuttaa muihinkin elämän laatua kuvaaviin määreisiin; työhön, ihmissuhteisiin ja

vapaa-aikaan. Terveys-käsite pitää sisällään nykyisin laaja-alaista hyvää oloa ja toimintakykyä. (Airaksinen 2006, 121–122.)

Ihminen on luontojaan yhteisöllinen olento ja hyvän elämän perusteet ovat mahdollisia vain tietyntyyppisessä yhteisössä. Yhteiskunnan tehtävänä on varmistaa, että sen jokaisella kansalaisella on mahdollisuus hyvään ja onnelliseen elämään. Ihmisten käsitys onnellisuudesta ja hyvästä elämänlaadusta on yksilöllistä ja juuri sen hetkisen elämäntilanteen sanelemaa. (Terveyskirjasto 2015.)

Ihminen on psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Ihmisellä on tarpeita, joita hän pyrkii täyttämään, jotta hän voisi suhteellisen kokonaisvaltaisesti hyvin. Tarpeita täytetään työllä, ihmissuhteilla, harrastuksilla, joutenololla ja nauttimisella. Nämä edellä mainitut voivat myös kääntyä ihmistä vastaan, syntyäkin riippuvuuksia ja hyvinvointi kääntyy pahoinvoinniksi. Psyhyksen joutuminen epätasapainoon voi aiheuttaa fyysisiä oireita tai fyysinen heikkous heikentää mielenterveyttä.

4 LIHAVUUS

4.1 Lihavuuden määritelmä

Lihavuus määritellään rasvakudoksen ylimääräksi. Lihavuutta voidaan luokitella kahdella eri tavalla: painoindexin ja vyötärönympärysmittan mukaan. Vuonna 2000 Suomessa lihavia miehiä oli 70 % ja naisia 30 % enemmän kuin vuonna 1980. (Terveyskirjasto 2013.) Liikarasvan kertyminen on suurinta ihon alle, mutta sitä kertyy myös vatsaonteloon. Liiallisen rasvakudoksen kertyminen vatsaonteloon ja sisäelimiin näkyy vyötärön ympärysmittan suurenemisena eli vahingollisena vyötärölihavuutena. Merkittävän vyötärölihavuuden alarajana miehillä pidetään arvoa 100 cm ja naisilla 90 cm. (Terveyskirjasto 2013.)

Lihavuuden kasvu on ollut merkittävää. Myös lihavien nuorten määrä on kolminkertaistunut parissa kymmenessä vuodessa. Yleismaailmallisesti-

kin lihavuus on suuri kansanterveydellinen ongelma. (Terveyskirjasto 2013.)

Taulukko 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella

Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI, kg/m²) perusteella.				
Normaalipaino	Liikapaino (ylipaino)	Lihavuus	Vaikea lihavuus	Sairaalloinen lihavuus
18,5–24,9 kg/m ²	25–29,9 kg/m ²	30–34,9 kg/m ²	35–39,9 kg/m ²	40 kg/m ² tai >

Lihavuuden ja ylipainon määritelmä on keskeistä myös silloin, kun lihavuuskirurgialle haetaan perusteita. Lihavuuskirurgiaan päädytään, kun konservatiiviset hoitolinjat eivät ole tuottaneet tulosta ja potilaan terveys on uhattuna.

4.2 Lihavuuden vaikutus elämänlaatuun

Lihavuus heikentää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua. Elämänlaatua heikentää lihavuuden mukana tuoman masentuneisuuden lisäksi myös syömishäiriöt ja krooniset kivut. Lihavuus luokitellaan vaikeaksi, kun BMI on yli 35 kg/m², silloin lihavuuden katsotaan heikentävän terveydellisen elämänlaadun lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua. (Kaukua 2006, 1215.)

Sairaalloinen lihavuus rajoittaa selviytymistä tavallisista arkipäivän asioista, kuten työssä käymistä ja normaalia perhe-elämää (Saarni, Anttila, Saarni, Ikonen & Malmivaara 2009, 2289). Lihavuus tuo ongelmia päivittäiseen elämään esimerkiksi heikentämällä fyysistä terveyttä ja toimintakykyä, mutta myös lyhentämällä elinajanodotetta (Rekola, Häggman-Laitila, Mattila, Palomaa, Ruskomaa & Leivonen 2013, 32). Sairaalloisesti lihaviin, joiden painoindeksi on yli 40 kg/m², odotettu elinikä voi lyhentyä jopa kymmenellä vuodella lihavuudesta johtuen (Pietiläinen, Sane & Nieminen 2011, 804). Koska lihavuus alentaa fyysistä toimintakykyä ja mielialaa, vaikuttaa se elämänlaatua heikentävästi: mitä suurempi ylipaino on kyseessä, sitä enemmän se vaikuttaa negatiivisesti elämän-

laatuun (Mustajoki, Koivukangas, Gylling, Malmivaara, Ikonen & Victorzon 2009, 2250).

Lihavuuteen johtavia syitä voivat olla synnynnäiset syyt, toistuvat laihdutuskuurit ja niistä johtuva painonnousu, tunnesyöminen ja elämäntapahtuman aiheuttama lihomisen käynnistyminen. Elämäntapahtumia, jotka voivat laukaista lihomisen, ovat raskaus, työpaikan vaihdos, läheisen kuolema tai jos itse loukkaantuu. Tunnesyöminen voi olla lohtusyömistä tai iloon ja stressiin syömistä. Sairaalloinen lihavuus heikentää toimintakykyä, aiheuttaa jännitteitä perhesuhteissa, lisää syrjintää ja vaikuttaa minäkuvaan. (Saarni et al. 2009, 2289.) Monet psyykenlääkkeet ja psyykkiset sairaudet saattavat olla osatekijöinä ja taustalla sairaaloihin lihavuuteen, samoin yksilön perimä ja sosioekonominen tausta vaikuttavat elintapoihin ja sitä kautta lihavuuden syntymiseen (Ikonen, Anttila, Gylling, Isojärvi, Koivukangas, Kumpulainen, Mustajoki, Mäklin, Saarni, Sintonen, Saarni, Victorzon & Malmivaara 2009, 151, 160).

Huomattava lihavuus vaikuttaa työkykyä heikentävästi. Ylipainoisilla, joiden painoindeksi on yli 35 kg/m², on normaalipainoisiin verrattuna hankaluuksia kiivastahtisessa työssä, esineiden nostamisessa lattialta, sohvalta tai kyykystä nousemisessa, sekä raskaiden taakkojen kantamisessa. (Mustajoki et al. 2009, 2250.) Ylipainoiset joutuvat myös normaalipainoisia useammin työkyvyttömyyseläkkeelle. Suurin syy ovat verisuonisairaudet ja nivelrikko polvessa. (Ikonen et al. 2009, 39.) Lihaviin kohdistetaan ennakkoluuloja ja syrjintää, vaikka lihavia tulisi kohdella samoin kuin muita hoidon tarvisijoita. Lihavuusleikkaus parantaa potilaiden psyykkistä hyvinvointia ja työkykyä. (Isolauri 2009, 2245–2246.)

Lihavuusleikkaus koetaan viimeisenä mahdollisuutena, kun monet laihdutus- ja painonhallintatoimet on jo käyty läpi. Potilaat olivat valmiita kohtaamaan leikkauksen tuomia haittavaikutuksia, myös mahdollisen kuolemanriskin. (Saarni et al. 2009, 2289.) Lihavuusleikkaus on kehittynyt turvalliseksi ja tehokkaaksi hoitomuodoksi sairaaloihin lihavuuden hoidossa. Leikkauskuolleisuus on alle 0,2 % tähystysmenetelmällä tehdyssä vatsalaukun ohitusleikkauksessa. (Koivukangas 2015, 611.)

Liitännäissairauksien olemassa olo ja huoli omasta terveydestä saa sairaalloisesti lihavat ihmiset menemään lihavuusleikkaukseen. Käytännöllisiksi ongelmiksi lihaville on muodostunut arkielämässä myös sopivien vaatteiden, varusteiden ja kalusteiden löytyminen. Lihavuusleikkaukseen hakeutumisen syynä voitiin nähdä myös mahdollisuus tulevaisuudessa riippumattomaan elämään ja leikkauksen toivottiin tuovan ulkoista säätelyä syömiseen ja painonhallintaan. (Saarni et al. 2009, 2289.)

4.3 Lihavuuden vaikutus sosiaaliseen toimintakykyyn ja tunne-elämään

Lihavuuden vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin on kuvailtu huonona itsetuntona, minäkuvan muuttumisena ja lihavan ihmisen identiteettinä. Lihavuus tuo mukanaan häpeän ja alemmuuden tunteita, lihavuus on elämässä keskeinen tekijä, ja lihavat henkilöt vertailevat itseään muihin ja hakevat hyväksyntää muilta ihmisiltä. Monella lihavalla on masennusta, masennuslääkitys tai pitkäaikainen terapia taustalla. Sosiaaliin suhteisiin lihavuus vaikuttaa rajoittavasti, lihavat henkilöt välttelevät julkisia paikkoja ja eristäytyvät mielellään. Tutustuminen vastakkaiseen sukupuoleen ja uusien suhteiden luominen koetaan vaikeana. Työssään lihavat ovat kokeneet syrjintää, vähättelyä ja epäluuloja, myös työpaikkakiusaamista on ollut joidenkin henkilöiden kohdalla. Omaa ulkonäköään lihavat henkilöt häpeävät ja jäävät mielellään pois perhejuhlista ja muista julkisista tilaisuuksista, joissa joutuisi olemaan esillä. He kokevat itsensä kummajaisiksi, joita muut ihmiset tuijottavat. (Rekola et al. 2013, 35.)

Lihavuus lisää myös masentuneisuutta, yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan painoindeksin 30 kg/m^2 ylittävillä potilailla on todettu kaksi kertaa enemmän kliinistä depressiota ja yli 40 kg/m^2 painoindeksin omaavilla viisi kertaa enemmän kuin normaalipainoisilla (Mustajoki et al. 2009, 2250). Sairaalloisesti lihavat henkilöt kokevat syrjintää perheessä, työpaikoilla ja terveydenhuollossa. Perheessä vanhemmat tai sisarukset saattavat syrjiä ja kiusata lihavaa lasta tai vanhemmat ovat huolissaan lihavan lapsen terveydestä, sekä menestymisestä tulevaisuudessa työelämässä ja aviokumppanin löytymisessä. Lihavuuden vuoksi parisuh-

teissa koettiin kiusaamista, häpeän tunteita ja stressiä esim. aviopuoliso saattoi esitellä lihavan vaimonsa sisarenaan. Leikkauksen jälkeisen painonpudotuksen jälkeen potilaita ei enää osoiteltu sormella ja pilkattu, minkä he kokivat myönteisenä, mutta monia heistä mietitytti se, miksi heitä kohdeltiin laihoina paremmin kuin lihavina. Leikkauksen jälkeen potilaiden suhteet lihaviin ystäviin saattoivat laimeta oman laihtumisen myötä. (Saarni et al. 2009, 2291.)

Lihavuusleikkaukseen hakeutumisen syynä on huoli omasta terveydestä, mutta leikkauksen odotettiin vaikuttavan myös ulkonäköön, itsetuntoon ja sosiaaliseen hyväksyntään (Saarni et al. 2009, 2289). Lihavuusleikkaukseen hakeutuvan tulee kyetä kurinalaiseen syömiseen ennen ja jälkeen leikkauksen, jonka vuoksi leikkauksen vasta-aiheita ovatkin vaikea syömishäiriö, epävaka psykkinen häiriö ja alkoholismi. Leikkauksen esteenä eivät ole potilaan lievä psykkinen häiriö tai ruoan ahmimistaipumus, koska tutkimusten mukaan leikkaustulokset ovat olleet hyviä näillä potilailla. (Mustajoki et al. 2009, 2253.) Potilaat, jotka tulevat lihavuusleikkaukseen ovat usein pettyneet aiempiin laihdutusyrityksiin, jonka vuoksi heillä on alhainen pystyvyyden ja kontrollin hallinnan tunne (Rekola et al. 2009, 33).

Lihavuuteen liittyvät liitännäissairaudet vaikuttavat sosiaaliseen kanssakäymiseen ja työelämään. Lihavuuskirurgisten potilaiden motivaatioon painonhallinnassa vaikuttaa asennoituminen, pystyvyyden ja oman käyttäytymisen hallinnan tunne sekä sosiaaliset normit. Asennoitumista määrittää se, arvottaako omaa käyttäytymistä positiivisesti vai negatiivisesti ja millaisia tulosodotuksia on leikkaukselle asettanut, samoin kuin kokemukset, tunteet ja tieto. Painon nopea aleneminen voi aiheuttaa oman kehon hahmottamisongelmia, asennoituminen liittyy tunnesyömiseen ja masentuneisuuteen. (Rekola et al. 2009, 33.)

5 LIHAVUUSLEIKKAUSTEN HISTORIAA

Kirurgit ovat jo viidenkymmenen vuoden ajan työstäneet leikkausmenetelmiä lihavuuden hoitoon. Lihavuusleikkausten alkaessa, yleisin muoto oli ohutsuolen ohitusleikkaus. Toimiva ohutsuoli lyhennettiin 45 sentin pituiseksi. Näistä leikkauksista seurasi usein ravintoaineiden imeytymishäiriö, joka aiheutti potilaille kymmenien kilojen laihtumisen. Leikkaus toi mukanaan myös pahoja haittoja, kuten ripulia. Näiden vuoksi leikkaustavasta luovuttiin. (Mustajoki 2007, 200.)

Mahalaukun pantaleikkaukset aloitettiin Suomessa 1990-luvun puolivälissä. Laparoskooppisesti leikkauksia tehtiin 2000-luvun alussa vain muutamia vuodessa. 2006-luvulla leikkauksia oli alle 100 ja 2011 vuonna noin 1000 vuodessa. (Lindqvist 8.3.2012.)

Nykyään tavallisin lihavuuskirurginen toimenpide on mahalaukun ohitusleikkaus, leikkaukset aloitettiin pääkaupunkiseudulla vuonna 2006. Vuonna 2013 Suomessa tehtiin 888 ja vuonna 2014 noin 1000 leikkausta. Suomessa lihavuuskirurgia on suhteellisen vähäistä esimerkiksi verrattuna Ruotsiin, jossa leikkauksia tehdään noin 9000 vuodessa. Leikkausten tarve on suurin keski-ikäisillä diabeetikoilla. Asiantuntijoiden mukaan leikkaukset ovat vähentyneet, niitä tulisi tehdä 2000 vuosittain. Haaste on konservatiivisen hoidonohjauksen riittämättömyys. (Lindqvist 8.3.2012.)

5.1 Leikkauskriteerit

Ennen leikkaukseen päätymistä, potilas on kulkenut konservatiivisen hoitopolun. Potilaan on pitänyt laihtuttaa riittävästi, että leikkaus on mahdollinen. Leikkauksaiheet perustuvat yhdysvaltalaisen National Institutes of Health konsensuskokouksen suositukseen vuodelta 1991. Näillä toimenpiteillä haetaan myös pysyvyyttä painonhallintaan jatkossakin leikkauksen jälkeen. BMI (body mass index) on painon ja pituuden perusteella laskettava painoindeksi. (Pietiläinen et al. 2015, 28.) Leikkaukseen pääsyn rajana on BMI 40 kg/m² ja lihavuus on jatkunut vähintään

viisi vuotta ja lisäksi lihavuus ei aiheuta liitännäissairauksia. Jos näitä sairauksia on kehittynyt, raja on BMI 35 kg/m². (Pietiläinen et al. 2015, 19–20.) Edellytyksenä on myös, että konservatiiviset hoitomuodot eivät ole tuottaneet pysyvää tulosta. Leikkauspäätöstä edeltää yhteistyö kirurgin, sisätautilääkärin ja ravitsemusterapeutin kanssa. (Ikonen et al. 2009, 52.) Lihavuuden hoitoon valitaan erityisesti potilaat, joilla on tyypin 2 diabetes tai heikentynyt glukoosinsieto, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, dyslipidemia, uniapnea, sepelvaltimotauti, polviartroosi tai astma (Mustajoki, Kaukua, Annanmäki, Fogelholm, Hakala, Keinänen-Kiukaanniemi, Kukkonen-Harjula, Pekkarinen & Rissanen 2007, 1108).

5.2 Vatsalaukun ohitusleikkaus

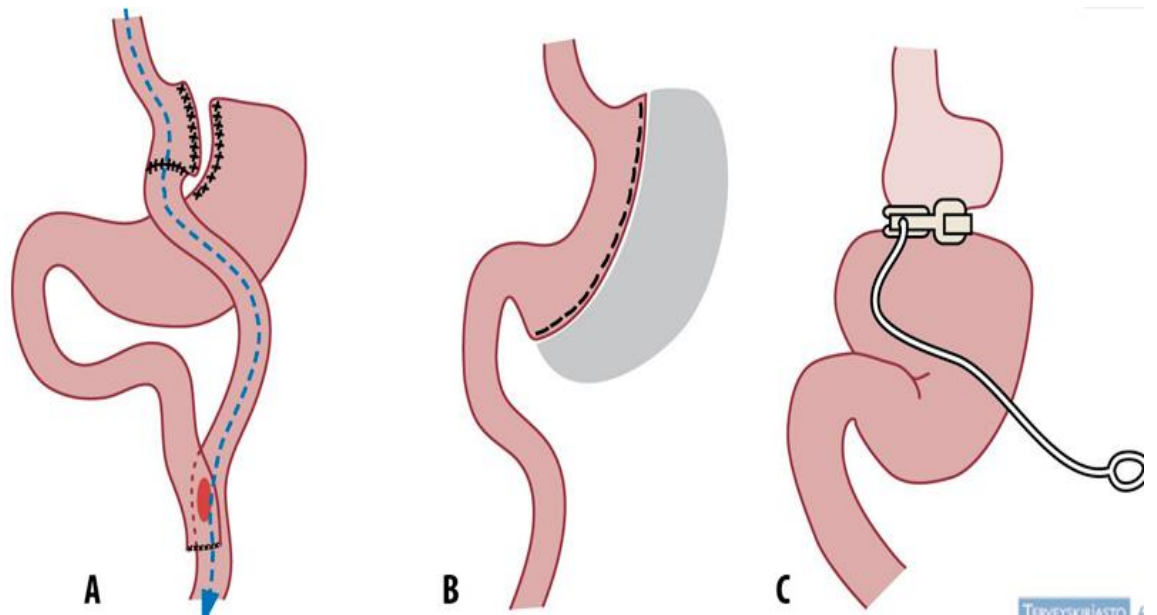
Vatsalaukun ohitusleikkaus on yleisin Suomessa tehtävä lihavuusleikkaus, 85 % leikkauksista on ohitusleikkauksia. Ohitusleikkauksessa mahalaukusta jää käyttöön noin 30 - 50 ml:n pussi, johon ohutsuoli yhdistetään. Leikkauksessa ohitetaan noin 1,5 - 2 metriä ohutsuolta. Leikkauksella saadaan myös eliminoitua nälkähormonisolualue pois käytöstä. (Juuti 28.8.2013.) Kuva A.

5.3 Sleeve-leikkaus eli vatsalaukun kavennusleikkaus

Hihatypistyksessä eli sleeve- leikkauksessa mahalaukusta poistetaan runko-osa siten, että jäljelle jää vain kapea mahalaukkuputki sekä mahalaukun loppuosa, joka vie ruuan eteenpäin. Suomessa näitä hihatypistykseen tehdään kaikista lihavuuskirurgisista leikkauksista vain noin 15 %. (Juuti 28.8.2013.) Kuva B.

5.4 Pantaleikkaus

Pantaleikkauksia, joissa mahalaukun yläosaan asennetaan rengas, joka kiristää kohdan hyvin kapeaksi, tehdään vain muutamia kaikista lihavuusleikkauksista (Juuti 28.8.2013). Kuva C.



Kuva 1. Lihavuuden leikkaushoito-kuvat (Terveyskirjasto 2009)

6 LIHAVUUSLEIKKAUKSEN HYÖDYT JA HAITAT

6.1 Fyysiset vaikutukset

Kahden vuoden seuranta osoitti terveyteen liittyvän elämänlaadun parantuneen lihavuusleikkauksen jälkeen, mutta kymmenen vuoden jälkeen vaikutus ei ollut enää niin selvä (Ikonen et al. 2009, 82).

Leikkauksen jälkeen vaikeat sairaudet paranivat tai helpottuivat, jonka potilaat kokivat myönteisenä, he pääsivät myös paremmin liikkumaan eri tavoin sekä huolehtivat itsestään paremmin. Leikkaus auttoi potilaita eriyttämään tunteensa kehosta, tämä aiheutti ristiriitaisiakin tunteita heissä. Leikkauksen jälkeen osalla potilaista nälän tunne hävisi tai väheni, he pystyivät kokemaan kylläisyyden tunnetta, jota heillä ei mahdollisesti ollut aiemmin ollut. (Saarni et al. 2009, 2290.) Vatsalaukun ohitusleikkaus lisää suolistosta erittyvien kylläisyshormonien pitoisuutta elimistössä (Victorzon, Mustajoki, Gylling, Anttila, Ikonen, Malmivaara & Koivukangas 2009, 2259). Osalla potilaista taas nälän tunne kasvoi, mi-

kä johtui syömisen rajoittamisesta ja kylläisyyden tunteen opettelemisesta (Saarni et al. 2009, 2290).

Leikkauksen jälkeen potilaat pystyivät syömään vain pieniä annoksia, heidän tuli opetella syömään myös aiempaa hitaammin. Tämä vaikutti siihen, että potilaat alkoivat kiinnittää enemmän huomiota syömänsä ruoan laatuun ja määrään. Useat potilaat eivät kuitenkaan saavuttaneet tavoitepainoaan leikkauksen jälkeen, jos he söivät usein ja hyvin rasvaista ruokaa. (Saarni et al. 2009, 2291.)

Leikkauksen jälkeen potilaat eivät voineet myöskään juoda suuria määriä kerralla, vaan juomiseen oli käytettävä enemmän aikaa kuin ennen leikkausta. Juominen tuli myös ajoittaa aterioiden välille, niin ettei juotuneste vienyt tilaa syödyltä aterialta ja altistanut näin ravitsemushäiriöille. (Lihavuusleikkattujen vertaistukitapaaminen 2014.)

Tyypin 2 diabetes aiheuttaa monia liitännäissairauksia, jotka vaikuttavat sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Painonhallinta on yksi keskeinen hoitomuoto liikunnan lisäksi diabetesta sairastavien potilaiden kohdalla, mutta heidän on vaikeampi saavuttaa pysyviä elämäntapamuutoksia kuin ei-diabetesta sairastavien. (Dixon, O'Brien & Playfair 2008, 316–323.)

Lihavuuskirurgian myönteisestä vaikutuksesta diabeteksen esiintyvyyteen ja ilmaantuvuuteen sekä taudin pitkäkestoisesta paranemisesta on tieteellisiä viitteitä (Victorzon et al. 2009, 2258). Diabetes meni remissioon ja kuolleisuus väheni (Koivukangas, Juuti, Salminen & Pihlajamäki 2012, 1800). Amerikassa tehdyn meta-analyysin mukaan tyypin 2 diabetes parani 77 %:lla potilaista kokonaan ja 86 %:lla sairaus parani tai lieveni (Victorzon 2008, 23).

Mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeinen painonpudotus yli kolmen vuoden seurannassa oli noin 41 kg ja pantaleikkauksen jälkeen noin 35 kg (Victorzon et al. 2009, 2259). Paino putosi eniten kahden vuoden ajan leikkauksen jälkeen, mutta sen jälkeen potilaat joutuivat pitämään tarkkaa ruokavaliota, ettei paino nousisi uudelleen ja paino laskisi edelleen

(Ikonen et al. 2009, 137). Kymmenen vuoden seurannassa mahalaukun ohitusleikattujen potilaiden paino oli 25 % alhaisempi ja pantaleikattujen 14 % alhaisempi kuin ennen leikkausta (Penttinen 2012, 24).

Painon putoamisen myötä lihasten, nivelten ja jänteiden liikkuvuus parani ja se helpotti esim. lattialta nousua, kenkien jalkaan laittoa, myös tasapaino parani ja kävelytyyli muuttui aiemmasta vaappuvasta tyylistä normaaliin. Hapenottokyky parani laihtuessa, kun ihon alaisen rasvan määrä väheni ylävartalossa. Sairaalloisesti lihavan potilaan laihtumisella oli suotuisat vaikutukset myös kohonneeseen verenpaineeseen, uniapneaan, veren rasva-aineen-vaihdunnanhäiriöihin, rasvamaksaan, sepelvaltimotautiin, tyypin 2 diabetekseen ja sen esiasteeseen, astmaan, nivelrikkoon ja munasarjojen monirakkulatautiin, sekä liikunta ongelmiin (Koivukangas, Juuti, Salminen, Pihlajamäki, Victorzon, Peromaa & Luostarinen 2010, 2175.)

Amerikkalaisen meta-analyysin mukaan kohonneet veren rasva-arvot paranivat yli 70 %:lla leikatuista potilaista, verenpainetauti parani kokonaan 62 %:lla, 78,5 %:lla potilaista sairaus parani tai lieveni. Lihavuusleikatuista potilaista uniapnea korjaantui kokonaan 86 %:lla. Ennen aikaisia kuolemia voitiin lihavuusleikkauksella ehkäistä 30–40 % verrattuna hoitamattomiin tai konservatiivista hoitoa saaneisiin potilaisiin. (Victorzon 2008, 23.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2000–2010 mahalaukun ohitusleikattujen 173 potilaan kymmenen vuoden seurannassa on selvitetty leikkauskomplikaatioita, painonhallinnan, ravitsemuksen, lääkityksen ja erilaisten oireiden tuloksia leikkauksen jälkeen. Ennen leikkausta potilailla oli 57 %:lla verenpainetauti, 48 %:lla rasituksesta johtuvia nivelkipuja, 35 %:lla tyypin 2 diabetes tai kohonneet sokeriarvot, kohonneet kolesteroliarvot olivat 26 %:lla potilaista, uniapnea 33 %:lla ja masennusta 30 %:lla. Paino putosi leikatuilta potilailta keskimäärin 25 %, diabeteslääkkeitä käyttävien osuus väheni 31 %:sta 19 %:iin ja vastaavasti verenpainelääkkeitä käyttävien osuus 59 %:sta 48 %:iin. 50 %:lla leikatuista potilaista ilmeni ruoansulatuskanavan oireita ja rajoituksia syömi-

sen suhteen. Fyysiseen elämänlaatuun lihavuusleikkaus vaikutti niin, että liikkuminen helpottui, yleiskunto parani ja yleinen terveydentila koheni. Olo keveni ja parani laihtumisen myötä. Samoin potilaiden itsetunto ja itsekunnioitus paranivat, kuten myös pirteys, ilo ja vireys palasivat elämään. (Käkelä, Torpström, Venesmaa, Ilves, Junnila, Penttinen, Martikainen, Gylling, Pääkkönen & Pihlajamäki 2013, 756–761.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen lihavuuteen liittyvät raskauskomplikaatiot vähenivät ja lihavuusleikkauksen vaikutti myönteisesti hedelmällisyyteen, varsinkin potilailla, jotka olivat kärsineet munasarjojen monirakkulataudista. Lihavuudesta johtuva virtsankarkailu helpotti myös lihavuusleikkauksen jälkeen monilla potilailla painonlaskun jälkeen. Syövän ilmaantumisen ja syöpään kuolleisuuden vähenemisestä on tieteellistä näyttöä lihavuusleikkauksen potilaiden kohdalla, verrattuna leikkaamattomiin lihavuihin potilaisiin. (Victorzon et al. 2009, 2258–2259.)

Lihavuusleikkauksen jälkeisiä vakavia haittavaikutuksia olivat suoli-sauman paranemishäiriöt, suolen puhkeamiset ja verenvuodot (Victorzon et al. 2009, 2258–2259). Muita leikkauksen jälkeisiä haittavaikutuksia olivat mm. tyrät, ilmavaivat, suolistotukokset, anemia, runsas hiusten lähtö nopean painonpudotuksen aiheuttaman katabolian vuoksi, refluk-siivaivat, voimakas oksentaminen, ruokahaluttomuus, näläntunteen häviäminen, laktoosi-intoleranssi ja mahalaukun haavaumat. Voimakas oksentaminen johtui siitä, jos ruoka syötiin liian nopeasti tai sitä ei pureskeltu kunnolla. Leikkauksen jälkeen potilaat kertoivat, etteivät he voineet syödä hyvin hiilihydraattipitoista ruokaa tai jänteistä lihaa. (Saarni et al. 2009, 2291.)

Mahalaukun ohitusleikkaus voi nopeuttaa ravinnosta saatujen hiilihydraattien imeytymistä ja voimistaa näin insuliinin eritystä elimistössä, tämä voi madaltaa liikaa veren glukoosipitoisuutta aterioiden välillä (dumping-oire). Joillekin mahalaukun ohitusleikkauspotilaille raportoitiin kehittyneen 0,5–8 vuoden kuluttua leikkauksesta haiman saarekesolujen hyperplasia, joka johti aterian jälkeiseen vaikeaan hypoglykemiaan, jonka vuoksi potilaille tehtiin haiman resektio tai poisto. (Sane 2006, 1265.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen joillakin potilailla on muuttuneen aineenvaihdunnan myötä esiintynyt sappivaivoja ja munuaiskiviä. Voimakas oksentelu voi johtaa myös tiamiinin puutteeseen. Osa potilaista kärsi myös hypoglykemia-tyyppisistä oireista leikkauksen jälkeen, vaikkei heillä ollut aiemmin ongelmia sokeriaineenvaihdunnan kanssa. Osalle leikatuista potilaista tuli hikkataipumus. Kihti paheni tai helpottui leikkauksen jälkeen. Osa kertoi, että heille eivät maistuneet leikkauksen jälkeen kovin makeat ruoat, olut tai muut hiilihappoiset juomat, kahvi, juusto, maito, hedelmien ja vihannesten syöminen oli myös hankalaa, niiden ”jäädessä kurkkuun”. Lihan ja kalan haju etoi, myös makuaisti oli muuttunut niin, että makea maistui makeammalle ja suolainen suolaisemmalle. Käytännön fyysisinä etuina lihavuusleikatut potilaat kokivat sen, että he löysivät valmisvaatteita ja kenkiä itselleen samoin kuin että turvavyöt mahtuivat heille ilman jatkokappaleita. (Lihavuusleikattujen vertaistukitapaaminen 2014.)

Laihdutusleikkauksen jälkeen potilaat kuluttivat enemmän energiaa ja olivat useamman tunnin aktiivisempia päivässä kuin ennen leikkausta (Forbush, Nof, Echternach & Hill 2011). Laihtuminen lisäsi liikunta mahdollisuuksia. Liikkuminen tuntui hyvältä, kunto oli parempi ja seksielämä helpompaa. Unen laatu parani, vointi oli hyvä ja energinen. (Lusenius-Luttjohann 2012, 44.)

6.2 Psyykkiset vaikutukset

Ruotsalaisen SOS-tutkimuksen (Swedish obese subjects) mukaan ylipainoisilla henkilöillä verrattuna normaalipainoisiin esiintyy enemmän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Laihdutusleikkauksen jälkeen oireet helpottuivat selvästi. (Brotkin, Kaltakari & Ruotsalainen 2010, 25.)

Vuoden kuluttua lihavuusleikkauksesta havaittiin potilaiden seurannassa merkittävää parannusta fyysisessä, psykososiaalisessa ja seksuaalisessa elämänlaadussa, mutta ei suhteessa ruokaan. Jos ennen leikkausta potilaalla oli esiintynyt masennusta tai ahmimistaipumusta, ennusti se

heikompa paranemista em. elämänalueilla. (Brunault, Frammery, Couet, Delbachian, Bourbao-Tournois, Objois, Cosson, Réveillère & Ballon 2014.)

Laihtumisen seurauksena elämänlaatu, masennus ja itsetunto paranivat. Samoin leikkauksen seurauksena poikkeava syömiskäyttäytyminen väheni. Tutkimukset osoittivat, ettei ahmimishäiriö ja kliininen masennus ennusta huonompaa leikkaustulosta. (Dymek, le Grande, Neven & Alverdy 2001.)

Leikkauksen jälkeen potilaat kuvailivat elämänmuutostaan uudelleen syntymiseksi, jolloin itseluottamus, mieliala ja oma kehonkuva paranivat. Mahalaukun kokoa pienentävän leikkauksen jälkeen saadun syömisen hallinnan tunteen myötä, myös muu elämäntilanne lisääntyi. Leikkauksen jälkeen psykososiaalinen hyvinvointi lisääntyi huomattavasti. Psykkiset sairaudet, varsinkin mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja syömishäiriöt vähenivät. (Saarni et al. 2009, 2290.)

Leikatut potilaat kokivat painon pudottua ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita kanssaihmisten suhtautumisessa heihin. Vieraammat ihmiset eivät aiemmin tervehtineet heitä, mutta alkoivat tervehtiä, kun potilaat olivat laiempia. Potilaita askarrutti, miksi heitä kohdeltiin laihana paremmin kuin lihavana, olivatko he kanssaihmisille vain keho, jota voi kohdella painon mukaan (Ikonen et al. 2009, 136).

Leikkaushoidon jälkeen tapahtuvan nopean painon pudotuksen vuoksi myös kehonkuva muuttui nopeasti, tapahtumaan liittyi monia psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia. Nopea laihtuminen toi helpotusta päivittäiseen elämään ja paransi minäkuvaa, mutta muutokset toivat mukanaan myös masennusta, luopumista ja pettymyksiä. (Rekola et al. 2009, 33.) Uuden ulkoisen olemuksen hahmottaminen oli potilailla vaikeaa, he kokivat jopa pelon tunteita kohdatessaan itsensä muuttuneena. Potilaat näkivät itsensä edelleen lihavana, vaikka olivat jo normaalipainoisia, toisaalta he kokivat sen hyvänä asiana, koska kuva toimi tavallaan suojamuurina heille. Heillä oli ongelmia hahmottaa omaa uutta vaatekokoaan, koska psyyke ei pysynyt laihtumisen mukana. Itseensä piti tutustua uudelleen

ja oppia hyväksymään muutos omassa kehossa. Laihtuminen toi potilaille kokemuksen oman viehättävyyden lisääntymisestä, mutta myös sen, ettei ollut enää näkymätön ja kummeksuttu. (Lusenius-Luttjohann 2012, 42–45.)

Potilaat kokivat myös näyttävänsä nuoremmilta laihtuttuaan. Aiemmin lihavuuden vuoksi vältetyt ja paetut asiat joutui kohtaamaan laihtumisen jälkeen ja lisäksi tekemään surutyötä lihomisestaan. Itsesyytökset vähenivät, onnellisuus lisääntyi, itsetunto, itseluottamus ja itsensä arvostaminen koheni leikkauksen jälkeen. Elämänhalu ja ilo palasi laihtumisen jälkeen takaisin elämään ja tulevaisuus koettiin valoisaksi. Muiden ihmisten huomiot laihtumisesta kohottivat itsetuntoa. Työkavereiden positiiviset kommentit laihtumisesta tuntuivat hyviltä. (Lusenius-Luttjohann 2012, 42–45.) Laihtuminen lisäsi potilaiden kiinnostusta muotiin ja vaatteisiin, muiden ihmisten huomio ja ihmettely lisääntyi myös potilasta kohtaan uuden ulkomuodon ja painonpudotuksen vuoksi. (Lusenius-Luttjohann 2012, 45.)

Arviolta noin joka kymmenes lihavuusleikattu potilas ei saanut pysyvää apua lihavuuteensa leikkauksesta, lisäksi leikkaus aiheutti haittavaikutuksia (Ikonen et al. 2009, 194). Potilaat, joiden paino ei leikkauksen jälkeen pudonnut ja jotka kokivat leikkauksen epäonnistuneeksi, kokivat kuitenkin muutoksen suhtautumisessaan omaan kehoonsa. Heidän lihavat kehot olivat heidän omiaan, ja he hyväksyivät itsensä juuri sellaisina kuin olivat, ilman että toivoivat näkevänsä itsensä laihoina, vaikka laihtuminen olikin aina mielessä ja se jatkui koko eliniän. (Ikonen et al. 2009, 138.)

Ajatusmalli ”tyhmä ja lihava” kulkevat edelleen käsikkäin lihavuusrasistisessa yhteiskunnassa. Leikatut potilaat ovat kohdanneet kanssaihmiesten kyselyjä myös siitä, ovatko he sairastuneet syöpään, kun ovat laihtuneet niin runsaasti. Laihtumisella oli lihavuusleikattujen mukaan positiivinen vaikutus myös siihen, ettei heitä enää tuijotettu ja osoiteltu, niin kuin heille lihavana tehtiin. Laihtumisen myötä myös harrastusmahdollisuudet monipuolistuivat runsaasti. Negatiivisena seurauksena leikkauk-

sesta tuli lisääntyvää maanisuutta, jos potilaalla oli ollut taipumusta siihen jo ennen leikkausta. (Lihavuusleikkattujen vertaistukitapaaminen 2014.)

Osa potilaista koki itsensä laihtumisen jälkeen haavoittuvampina, erilaiset pelot ja heikkoudet tulivat esiin ulkopuoliselle maailmalle, kun heidän rasvakerrokset vähenivät. Leikatut potilaat kokivat muuttuneensa enemmän seksuaalisiksi henkilöiksi muiden ihmisten silmissä laihtumisen seurauksena, minkä he kokivat vaikeana asiana. (Ikonen et al. 2009, 135.)

Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi, samoin kuin elämänlaatu oli merkittävästi korkeammalla leikatuilla potilailla kuin leikkaamattomilla. Leikkaustavalla ei ollut merkitystä elämänlaatuun. (Arcila, Velázquez, Gamiño, Sierra, Salin-Pascual, González-Barranco & Herrera 2002.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen elämänlaatu oli korkeimmillaan 6–12 kuukauden kuluttua leikkauksesta, vuoden jälkeen leikkauksesta elämänlaatu heikkeni, mutta pysyi kuitenkin huomattavasti parempana kuin ennen leikkausta (Kaukua 2006, 2018). Painon pudotuksessa psykososiaalisilla tekijöillä ja mielenterveydellä oli yhteys, mutta persoonallisuuden piirteillä ei nähty yhteyttä leikkauksen jälkeiseen painonpudotukseen. Potilaan huonolla hoitomyöntyvyydellä ja energiatason epävakaudella sen vastoin katsottiin olevan yhteys huonoon painonpudotus tulokseen. (Herpetz 2004, Ikonen et al. 2009, 138 mukaan.) Psykiatriset sairaudet, varsinkin affektiivinen häiriö, sekä psykopatologiset oireet vähenivät leikkauksen jälkeen. (Herpetz 2003, Ikonen et al. 2009, 140 mukaan.) Lihavuusleikatuilla potilailla oli usein psyykkisiä oheissairauksia, mutta yli viiden vuoden seurantatutkimuksen jälkeen osoitettiin, että psyykinen toimintakyky ja elämänlaatu paranivat leikatuilla potilailla. Tutkimuksesta selvisi, että 3–4 vuoden kuluttua leikkauksesta, potilailla oli suurin riski itsemurhaan. Suurin osa lihavuusleikatuista potilaista hyötyi leikkauksesta fyysisesti ja henkisesti, mutta vähemmistölle leikatuista potilaista tuli leikkauksen jälkeen henkisiä vaurioita. (Herpetz 2015.)

Lihavuusleikkauksen jälkeinen masennus ja ahdistuneisuus olivat yleisempää naisilla kuin miehillä, joka saattoi naisilla johtua uuden minäkuvan hahmotuksen vaikeuksista tai vaivoista ja oireista johtuvista syistä (Brotkin et al. 2010, 27). Parhaiten lihavuusleikkaus onnistui niillä potilailla, jotka olivat nuoria ja naisia, joilla oli hyvä itseluottamus ja mielenterveys, parisuhde, hyvä sosioekonominen tausta, suhtautuivat asioihin positiivisesti, kärsivät lihavuudesta ja olivat huolestuneita siitä, olivat olleet lihavia jo ennen 18 vuoden ikää, mutta eivät olleet liian lihavia ja eikä heillä ollut epärealistisia odotuksia leikkauksen suhteen, eikä ongelmia ruokailutottumuksissa (von Hout 2005, Ikosen et al. 2009, 138 mukaan).

Lihavuusleikkattujen ja leikkaamattomien vertailevissa tutkimuksissa 1–3 vuoden seurannan jälkeen masentuneisuuden, ahmimisoireiden, sosiaalisten suhteiden, mielenterveyden ja syömiskäyttäytymisen todettiin olevalla paremmalla tasolla leikatuilla potilailla (Ikonen et al. 2009, 140). Vähäkalorisen dieettihoidon, leikkaushoidon ja kognitiiviskäyttäytymisterapeuttisen hoidon havaittiin vaikuttavan suotuisasti depressiivisyyteen ja vointia parantavasti. Painonpudotustulokseen ja masennuksen positiiviseen muutokseen oli parempi vaikutus leikkaus- ja lääkehoidoilla kuin psykoterapiahoidolla, psykoterapiahoito vaikutti taas enemmän itsetuntoa kohentavasti. Painonpudotustuloksella oli yhteys itsetunnon muutokseen, kun taas masennukseen sen ei havaittu vaikuttavan. (Räsänen & Tanskanen 2008, 9.)

6.3 Sosiaaliset vaikutukset

Elämänlaatu koheni jo 5–10 % painon pudotuksen jälkeen, sairaalloisesti ja vaikeasti lihavilla tarvittiin 10–15 % painon pudotus, että elämänlaatu parani. Yli 15 % pysyvällä painon pudotuksella saatiin pysyvät elämänlaadunhyödyt potilaille. Korjaantunut elämänlaatu laihtumisen jälkeen motivoi potilaita pitämään saavutetun painon ja esti laihtumisen jälkeisen painonnousun. (Kaukua 2006, 1215–1218.)

Leikkauksen jälkeen potilaat jaksoivat huolehtia paremmin perheestään ja parisuhteestaan. He toimivat paremmin vanhempina, mikä paransi

suhteita lapsiin. Energian lisääntyminen ja kohonnut mieliala vaikuttivat myös parisuhteeseen positiivisesti, oman alastomuuden hyväksymisen ja liikkumisen paranemisen myötä, myös seksuaalinen halu lisääntyi, osa leikatuista potilaista koki kuitenkin seksuaalisten tarpeiden vähentyneen huomattavasti leikkauksen jälkeen. Laihtumisen myötä lisääntynyt itseluottamus, sekä lisääntyneet kokemukset, tekivät leikatuista itsenäisempiä. He eivät olleet enää niin riippuvaisia puolisoistaan, ja se johti joidenkin potilaiden parisuhteiden päättymiseen. Läheinen ystävyysuhde saattoi loppua kokonaan potilaan onnistuneen laihtumisen myötä. (Saarni et al. 2009, 2291.)

Negatiivista sosiaalista haittaa aiheuttivat runsaan laihtumisen seurauksena tulleet ihopoimut, mutta haitasta huolimatta leikatut potilaat eivät katuneet leikkaukseen menoaan (Saarni et al. 2009, 2291). Runsaan laihtumisen jälkeen potilaat saattavat tarvita ylimääräisen ihon poistoa vatsalta plastiikkakirurgisena toimenpiteenä (abdominoplastia). Ihopoimujen alle voi syntyä vaikeita tulehduksia, varsinkin diabeetikoille. Abdominoplastiaan voi liittyä komplikaatioina haavainfektioita ja haavan aukeamista, mutta yleensä ne eivät vaadi uusintaleikkausta. (Ikonen et al. 2009, 103.)

Leikkauksen jälkeisellä laihtumisella oli positiivinen vaikutus monen koulutukseen tai työllistymiseen, syynä voi olla kohonnut itsetunto tai syrjinnän loppuminen (Saarni et al. 2009, 2291). Vaikka potilas ei laihtu leikkauksen jälkeen odotetusti, voivat psykososiaaliset tekijät parantua ja vastaavasti huonontua, vaikka potilas laihtuu (Ikonen et al. 2009, 140).

Lihavuusleikkaus auttoi normalisoimaan potilaiden elämää, mutta jätti tietynlaisen ulkopuolisuuden tunteen. Vatsalaukun pienentyneen koon vuoksi syöminen oli haastavaa ja aiheutti joillakin oksentamista, samoin pienentyneet annoskoot loivat ulkopuolisuuden tunnetta ja herätti negatiivista huomiota sosiaalisissa tilanteissa kuten ravintolassa syödessä. (Ikonen et al. 2009, 143.)

7 VERTAISTUEN MERKITYS ENNEN JA JÄLKEEN LEIKKAUKSEN

Vertaistuella tarkoitetaan samantyyppisen elämänvaiheen läpikäyneiden ihmisten vastavuoroista kokemusten vaihtoa ja toistensa tukemista. Samanlaisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset jakavat kokemuksiaan ja tietoa toisilleen, toisiaan kunnioittaen. Vertaistukimuotoja ovat kahdenkeskinen tuki, vertaistukihenkilön muodossa tuleva vertaistuki tai vertaistukiryhmät. Verkossa tapahtuva vertaistuki voi olla joko kahdenkeskeistä tai ryhmämuotoista. (THL 2015.)

Suomessa perustettiin 3/2011 Suomen lihavuusleikatut ry., yhdistyksen perustamisen tarkoituksena oli yhtenäistää käytäntöjä eri sairaanhoitopiireissä. Yhdistys toimii vapaaehtoisperiaatteella, ja sen tärkein vertaistuenmuoto on internetissä toimiva keskustelufoorumi. Foorumille voivat kirjautua vain yhdistyksen jäsenet. Yhdistyksellä on omia alueellisia alayhdistyksiä, jotka järjestävät tapahtumia ja tapaamisia ympäri Suomea leikatuille potilaille ja heidän omaisilleen. Yhdistyksen tavoite on saada joka sairaanhoitopiiriin oma vertaistukihenkilö sekä aktiivijäseniä järjestämään tapahtumia ja tapaamisia. Vertaistuesta koettiin saadun uskoa siihen, että leikkaukseen meno oli ollut oikea ratkaisu, sekä kokemusten ja tuen jakaminen muiden leikattujen kanssa koettiin tärkeäksi. Muiden onnistumiskokemukset loivat uskoa omaan onnistumiseen painonpudotuksessa. Vertaistuesta saatiin sellaista psyykkistä tukea, jota ei saatu leikkaavasta sairaalasta. Vertaistuen kautta saatiin vinkkejä syömiseen, juomiseen, syömisen ajoittamiseen, annoskokoihin, dumping-oireisiin, sekä tietoa vitamiinien ja hivenaineiden imeytymisestä. Vertaistukiryhmässä huumori oli keskeinen asia ja tukiryhmä lisäsi mennekeä. Yhdistyksen jäsenillä oli yhdistävänä tekijänä lihavuusleikkaus, vaikka he olivat hyvinkin eri vaiheissa prosessissaan, mutta se koettiin vain tukiryhmää rikastuttavana asiana. Ryhmän toimimiselle oli tärkeää jäsenten avoimuus ja luottamus toisiin ryhmän jäseniin. (Aho, Kinnunen & Kylmä 2013, 20, 24, 27.)

Ennen leikkausta vertaistukiryhmien tärkeys korostui leikkausprosessista selviytymisessä, mutta niiden merkitys väheni muiden asioiden tulles-

sa tärkeämmiksi elämässä leikkauksen jälkeen. Potilaiden sopeutumisessa leikkauksen tuomiin muutoksiin elämässä, vertaistukiryhmistä saadulla tiedolla ja tuella katsottiin olevan merkitystä, mutta vertaistukiryhmien sosiaalisen toiminnan laajetessa liian monelle elämänalueelle vertaistukiryhmä koettiin mahdollisesti liian painostavaksi. (Saarni et al. 2009, 2291.)

Ensimmäisen 2–3 kuukauden kuluttua leikkauksesta, potilaat kokivat tarvitsevansa eniten sosiaalista tukea ja kannustusta, koska sopeutuminen uusiin ruokailutottumuksiin oli vaikeaa (Hafner, Watts & Rogers 1991). Heti leikkauksen jälkeen vertaistuen tarve korostui, mutta ajan kuluessa tarve laantui, kun taas esimerkiksi laihtumisen seurauksena tulevaisuudessa tulevat plastiikkakirurgiset toimenpiteet kasvattivat vertaistuen tarvetta. Vertaistuen kautta leikatut potilaat oppivat pitämään puoliaan, samoin itsetunto kohosi. Sosiaalinen elämä muuttui laihtumisen myötä, eivätkä potilaat enää hyväksyneet muiden ihmisten taholta tulevaa pilkkaa, samoin uudesta ulkonäöstä saadut kohteliaisuudet ja asiattomat kommentit herättivät ristiriitaisia tunteita. (Aho et al. 2013, 25–26.)

8 LIHAVUUSLEIKKAUSTEN YHTEISKUNNALLINEN NÄKÖKULMA

Lihavuusleikkaus on tähän asti ainoa hoito, jolla saadaan merkittävä ja pitkäkestoinen painonpudotus aikaiseksi. Leikkaushoidolla leikattu potilas saa paremman elämänlaadun, leikkaus lisää elinvuosia ja parantaa työkykyä. (Koivukangas et al. 2010, 2175.)

Suomessa liikalihavien osuus väestöstä on Pohjoismaiden suurin. Leikkaustarve olisi 2000 leikkausta vuodessa, kun se tällä hetkellä on noin 1000. Lihavuus ja siihen liitettävät liitännäissairaudet muodostavat suuren osan kansanterveysongelmistamme ja sitä kautta sillä on taloudellisia vaikutuksia. Lihavuusleikkaukset maksavat itsensä muutamassa vuodessa takaisin, koska terveydenhuoltopalveluiden ja lääkityksen tarve vähenee. Toisaalta potilaiden hyvinvointi ja sitä kautta parantunut

elämänlaatu ovat asioita, joiden arvoa on vaikea mitata. (Leivonen 14.10.2014.)

Kun puhutaan elintapojen muuttamisesta, nousee esiin usein kysymys vastuusta. Onko vastuu yksin yksilön vai myös yhteiskunnan. (Ståhl & Rimpelä 2011, 62.) Sairaalloisen lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen paino-ongelmien puuttumiseen on kiinnitettävä tulevaisuudessa erityistä huomiota, vaikka lihavuusleikkauksella onkin saatu hyviä tuloksia. *Lihavuutta ei pidä tehdä automaattisesti sairaudeksi, eikä ylipainoista potilaaksi.* Lihavuusleikkauksen tarvetta voitaisiin vähentää suuntaamalla terveydenhuollon voimavaroja ylipainon ennaltaehkäisevään työhön. (Malmivaara 2010, 26.) Lihavuusleikkaukspotilaat ovat valtakunnallisesti eriarvoisessa asemassa hoidon saatavuuden suhteen (Malmivaara 2010, 28).

8.1 Lihavuusleikkattujen potilaiden kokemuksia hoitotyöstä

Lihavuudesta kärsiviä tulee kohdella samalla tavalla kuin muitakin potilaita, koska terveydenhuollon etiikan periaatteena on hoitaa kaikkia tasapuolisesti terveysongelman syistä riippumatta (Malmivaara 2010, 23).

Tavoitteena lihavuusleikkauksessa on hyvä ravitsemus, pysyvä laihtuminen ja yleisesti hyvän elämänlaadun saavuttaminen. Hoitohenkilökunnalla on vastuullinen rooli potilaiden oppimisen mahdollistajana. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, ja tällä tasavertaisella metodilla hoitohenkilöstö mahdollistaa leikkaukseen tulevien saavuttavan parhaan mahdollisen lopputuloksen. Hoitohenkilökunnan on varmistettava, että ohjattava potilas ymmärtää annetun tiedon ja sen avulla oppii toimimaan oikein. (Lusenius-Luttjohann 2012, 4, 6.)

Koska lihavuusleikkaus muuttaa potilaan syömätottumuksia suuresti, tulisi potilaan sitoutua elämänmuutokseen omien valintojensa ja voimavaraistumisen kautta. On erittäin tärkeää, että potilas saa tietoa leikkauk-

sesta ja sen vaikutuksista omaan elämäänsä arkipäivän valinnoissa. (Lusenius-Luttjohann 2012, 6.)

Terveydenhuollossa syrjintää lihavia potilaita kohtaan esiintyy asiattomina huomautuksina, kiusaamisena, halventamisena, ruokavalintoihin puuttumisena ja hyväntahtoisina kehotuksina laihdutuksen aloittamiseen. Terveydenhuollon henkilökunta kiinnittää usein huomiota vain potilaan lihavuuteen, vaikka se ei hoitoon hakeutumisen syynä olisikaan ja varsinainen syy siihen miksi potilas hakeutuu hoitoon, jää selvittämättä ja hoito saamatta. Työnantajat työnhakutilanteissa edellyttävät laihtumista sairaalloisesti lihavilta hakijoilta, vaikka kiittelevät samaan aikaan työnhakijoiden ansioita. (Saarni et al. 2009, 2289.)

Potilaat kokevat leikkaushoitonsa aikana kielteisiä asenteita ja välinpitämättömyyttä hoitotyön ammattilaisten taholta, myös sopivia varusteita, vaatteita, huonekaluja ja vaakoja puuttuu hoitolaitoksista, joissa heitä hoidetaan. Heille tarjotaan samaa ruokaa leikkauksen jälkeen kuin muille potilaillekin, vaikka leikkauksen jälkeen edellytetään nestemäistä ravintoa. (Saarni et al. 2009, 2289.) Kielteinen asennoituminen lihavuusleikkauspotilaisiin tulee esiin hoitohenkilökunnan välinpitämättömyytenä potilaan kokemaan kipuun tai muihin oireisiin, joiden seurauksena hoidon laatu heikkenee ja syntyy mahdollisesti hoitohaittoja. (Ikonen et al. 2009, 133.)

Joustava ajattelu, hyvä tunteiden säätely, stressin hallinta ja myönteinen minäkuva ovat psyykkisiä voimavaroja, jotka auttavat painonhallinnassa. Näitä voimavaroja jokainen voi itse kehittää ja harjoitella, myös hoitohenkilökunnan on hyvä tukea näitä piirteistä potilaassa. Elämäkokemukset vaikuttavat minäkuvan kehittymiseen, jolloin sen vahvistamiseen voi vaikuttaa koko elämän ajan. Joustava ajattelu liitetään usein myös psyykkiseen hyvinvointiin, luovuuteen ja optimismiin. Lihavuudesta kärsivä potilas on otettava huomioon kokonaisvaltaisesti, eikä tule vain keskittyä lihavuuden hoitoon. Osoittamalla kiinnostusta potilaan kokonaiselämäntilanteesta esim. kysymällä, onko potilaalla stressiä, voidaan luoda myönteinen ja luottamuksellinen suhde potilaaseen. Potilas kokee,

että hän on tullut kuulluksi ja hyväksytyksi. Tunnesyömisestä puheeksi ottaminen, ilmiön yleisyydestä kertominen, sekä hoitajan neutraali suhtautuminen ja ymmärryksen esiin tuominen auttavat mahdollisesti potilasta avautumaan lihavuuteen johtaneista syistä ja motivoimaan itseään painonhallintaan. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 118–125.)

8.2 Skenaario – lihavuusleikkauksia ei tehdä julkisessa terveydenhuollossa

Skenaariossa, jossa lihavuusleikkauksia ei tehtäisi julkisessa terveydenhuollossa lainkaan, vaikeasti lihaviin potilaiden lihavuuden aiheuttamat liitännäissairaudet lisääisivät julkisen terveydenhuollon kuormaa entisestään ja kokonaiskustannukset nousisivat pitkällä aikajänteellä. Jos leikkauksia ei tehtäisi, silloin ei tarvitsisi tehdä leikkauksen jälkeistä seurantaa, mahdollisia uusintaleikkauksia, eikä plastiikkakirurgisia toimenpiteitä. Potilaiden hoidontarve ei kuitenkaan vähenisi, vaan potilaat hakeutuisivat yksityissektorin tarjoaman kirurgian piiriin tai kenties ulkomaille leikattaviksi. (Ikonen et al. 2009, 188.)

Potilaiden elämänlaatu ja toimintakyky heikkenisi, jos leikkaukseen pääsy evättäisiin, samoin vaikeasta lihavuudesta kärsivien potilaiden määrä lisääntyisi. Lihavuuden liitännäissairauksien määrä, kuten tyypin 2 diabetes lisääntyisi, myös lihaviin potilaiden kuolleisuus kasvaisi, toisaalta leikkaamattomuus estäisi lihavuusleikkausten aiheuttamien haittojen syntymisen potilaalle. Terveyspoliittisen keskustelun painopisteeseen muilla sektoreilla kuin terveydenhuollossa, vaikeasti lihaviin potilaiden leikkaamattomuus vaikuttaisi niin, että lihavuuden haittojen lisääntyminen ja lihavuuden ennaltaehkäisy saattaisi korostua. Samoin lihavuuden konservatiivisen hoidon merkitys ja hoidon alueellinen vaihtelu korostuisi, sekä potilaiden tasa-arvoinen kohtelu suhteessa muita tauteja sairastaviin potilaisiin. (Ikonen et al. 2009, 189.)

9 POHDINTA

Lihavuus on ollut kasvanut merkittävästi viime vuosina ja yleismaailmalisestikin se on suuri kansanterveydellinen ongelma. Lihavuuskirurgia on kehittynyt viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana leikkausmenetelmien osalta. Suomessa ensimmäiset lihavuuskirurgiset toimenpiteet tehtiin 1990-luvun puolivälissä. Tällä hetkellä Suomessa leikataan n. 1000 potilasta vuodessa, vaikka tarve olisi suurempi. Maailmanlaajuisesti leikkausmäärät ovat moninkertaiset verrattuna Suomeen. Suomessa leikkausmäärien kasvun esteenä ovat taloudelliset tekijät sekä resurssien puute. Perusterveydenhuollon ennakoivat toimenpiteet lihavuuden ehkäisyyn eivät nykyisellään ole riittävät. Hoitohenkilökunnan valmiudet kohdata lihavuuden kanssa kamppailevia potilaita ovat rajalliset. Lihavat potilaat kohtaavat syrjintää ja negatiivista asennoitumista sekä hoitajien, että lääkärien taholta.

Lihavuusleikkauksen vaikutuksesta potilaiden terveydellisen elämänlaadun paranemiseen löytyy paljon tutkittua tietoa, mutta psyykkisen hyvinvoinnin vaikutuksia on tutkittu vähemmän. Opinnäytetyössämme keskityimme etsimään kirjallisuuskatsauksen keinoin kokonaisvaltaisempaa vaikutusta leikattujen potilaiden elämänlaatuun.

Lihavuusleikkauksen jälkeen potilaat ovat kuvailleet elämänmuutostaan uudelleen syntymiseksi. Potilaiden itseluottamus, mieliala ja oma kehonkuva paranivat. Leikkauksen jälkeen psykososiaalinen hyvinvointi lisääntyi huomattavasti. Psykkiset sairaudet, varsinkin mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja syömishäiriöt vähenivät. Elämänhalu ja ilo palasivat laihtumisen myötä potilaiden elämään ja tulevaisuus koettiin valoisana. Tutkimusten mukaan fyysinen ja psyykinen hyvinvointi, samoin kuin elämänlaatu oli merkittävästi korkeampi leikatuilla potilailla kuin leikkamattomilla. Lihavuusleikkauksen jälkeen elämänlaatu korjaantui ja oli korkeimmillaan 6–12 kuukauden kuluttua leikkauksesta, jonka jälkeen se heikkeni, mutta pysyi kuitenkin huomattavasti parempana kuin ennen leikkausta.

Tutkimuskysymyksiin saimme vastaukset tutkimalla erilaisia tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita, poimimalla niistä johtopäätöksiä ja tekemällä niiden pohjalta yhteenvedon omaan työhömmе. Opinnäytetyön tuloksia tarkastellessamme tulimme siihen johtopäätökseen, että lihavuusleikkaus tuo potilaille pitkällä tähtäimellä parempaa terveydellistä elämänlaatua, samoin kuin psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia.

9.1 Luotettavuus

Lähtökohtana kaikessa tutkimustoiminnassa on rehellisyys ja luotettavuus. Luotettavuuspohdinnassa nousee esille kysymykset totuudesta sekä riippumattomasta tiedosta. Tiedon pätevyys, yleisluontoisuus ja käytettävyys muodostavat tutkimuksen luotettavuus tarkastelun. Tutkimusta voidaan tarkastella kokonaisluotettavana sekä mittareilla. Tutkimuksen luotettavuus eli validiteetti on tutkimuksen kannalta laaja-alainen ja käsittää kaiken tutkittavan työn. Sisältöluotettavuuden arviointi on olennainen osa etenkin laadullisen tutkimuksen erilaisia sisällönanalyysin menetelmiä. On tärkeää, että tutkimuksen arvioija pystyy seuraamaan tutkimuksen tekijöiden omaa päättelyä, mutta myös näkemään ettei tutkimuksen tulokset perustu vain henkilökohtaisiin päätelmiin. Tutkimuksen läpinäkyvyys on seikka, johon kytkeytyy tutkimuksen tekemisen etiikka sekä arvovapaus. (Vilkkа 2009, 158–162.)

Käytimme lähteinä opinnäytetyössä ulkomaisia ja kotimaisia tieteellisiä julkaisuja. Viitetietokantoina käytimme seuraavia: Medic, PubMed, Ebsco ja Cinahl. Aihehakemistoista käytimme Terveyskirjastoa ja haku-teoksista Terveysporttia. Hyödynsimme työssämme myös Theseus-ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistoa ja Google Scholar -hakukonetta. Opinnäytetyömme tiedon luotettavuutta heikentää usean tutkijan tulkinnat ja näkökulmat alkuperäislähteistä eli tulkintojen tulkinnat. Työtä tehdessämme huomasimme myös, että kyseiseen aiheeseen oli perehtynyt varsin tiivis tutkijoiden ydinjoukko, niin suomalaisissa kuin ulkolaisissakin julkaisuissa. Työtä tehdessämme olemme arvioineet työn luotettavuutta

koko tutkimusprosessin ajan. Luotettavuutta parantaa myös se, että työtä on tehnyt kaksi henkilöä.

9.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

Opinnäytetyöstä hyötyisivät leikkausta suunnittelevat potilaat ja jo leikatut potilaat ja heidän omaiset. Lihavuuskirurgisten potilaiden ohjaus hoitotyössä on kohdennettava myös psykososiaaliselle puolelle, kuten syömisen tarkkailuun, tunteiden käsittelyyn, sosiaalisiin suhteisiin, uudistuneeseen minäkuvaan ja hoidon onnistumisen kannalta myös potilaiden omaan vastuuseen hoidon jatkosta. Aiemmin ohjaus ja tuki ovat kohdistuneet oireiden ja fyysisten tuntemusten alueelle. (Rekola et al. 2013, 42.)

Mielestämme lihavuuden syiden tutkimiseen tulisi tulevaisuudessa kohdentaa enemmän voimavaroja, samoin kuin hoitohenkilökunnan koulutukseen ja asenteiden muutokseen lihavia potilaita kohtaan. Tulevaisuudessa olisi mahdollisesti aihetta tehdä myös suomalaisia tutkimuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksesta potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin sekä hoitohenkilökunnan asenteista lihavuusleikkauspotilaisiin.

LÄHTEET

Aho, T., Kinnunen, I. & Kylmä, J. 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Airaksinen, T. 2006. Onnellisuuden opas. Juva: WS Bookwell Oy.

Anteroinen, N. & Hämäläinen, M. 2013. Lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarve. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu..

Anttila, H., Saarni, S. E., Saarni, S. I., Isojärvi, J., Ikonen, T. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuuden ja lihavuusleikkausten merkitys ja vaikutukset potilaiden kuvaamina. Teoksessa: Ikonen, T., Anttila, H., Gylling, H., Isojärvi, J., Koivukangas, V., Kumpulainen, T., Mustajoki, P., Mäklin, S., Saarni, S., Sintonen, H., Victorzon, M. & Malmivaara, A. (toim.) Sairaaloisen lihavuuden leikkaushoito. THL, raportti 16, 125–147.

Arcila, D., Velázquez, D., Gamino, R., Sierra, M., Salin-Pascual, R., González-Barranco, J. & Herrera, M. F. 2002. Quality of life in bariatric surgery. *Obes Surg.* Oct;12(5)/2002, 661-665.
Saataavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12448388>

Brotkin, K., Kaltakari, A. & Ruotsalainen, P. 2010. Laihdutusleikkauksen vaikutus potilaan elämänlaatuun. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Brunault, P., Frammery, J., Couet, C., Delbachian, I., Bourbao-Tournois, C., Objois, M., Cosson, P., Réveillère, C. & Ballon, N. 2014. Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery: a 12-month follow-up study. Saataavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25113238> [viitattu 25.2.2015].

Dixon, J. B., O'Brien, P. E. & Playfair, J. 2008. Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA* 299/2008. Saataavissa: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1149302> [viitattu 17.3.2015].

Dymek, M. P., le Grange, D., Neven, K. & Alverdy, J. 2001. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg.* 11/2001. Saataavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11361166> [viitattu 17.3.2015].

Forbush, S. W., Nof, L., Echternach, J. & Hill, C. 2011. Influence of activity on quality of life scores after RYGBP. *Obes Surg.* 2011. Aug;21(8)/2011, 1296-304. Saataavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=influence+of+activity+on+quality+of+life+scores+after+rygbp>

Forsberg, A., Engstöm, Å. & Söderberg, S. 2014. From reaching the end of the road to a new lighter life – People's experience of undergoing gastric bypass surgery. *Intensive & critical care nursing* 4/2014, 93-100.

Hafner, R. J., Watts, J. M. & Rogers, J. 1991. Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. *Int J Obes.* 15(8)/1991. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1938099> [viitattu 17.3.2015].

Heikkinen, T. 2010. Oodi-lehti, 10–11. Saatavissa: <http://www.timoheikkinen.fi/yllapito/lehtijutut/Oodi%202010.pdf> [viitattu 12.02.2015].

Herpertz, S. 2015. Do we have to leave obesity treatment to the surgeons? *Psychother Psychosom Med Psychol* Jan;65(1)/2015, 42-44. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25594278>

Ikonen, T. S., Anttila, H., Gylling, H., Isojärvi, J., Koivukangas, V., Kumpulainen, T., Mustajoki, P., Mäklin, S., Saarni, S. I., Saarni, S. E., Sintonen, H., Victorzon, M. & Malmivaara, A. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino

Isolauri, J. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. *Duodecim* 125/2009, 2245–2246.

Juuti, A. Gastrokirurgi. Haastattelu 28.8.2013. Yle Radio Suomi.

Kaukua, J. 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. *Duodecim* 122, 1215–1224. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95739.pdf>. [viitattu 30.3.2015].

Koivukangas, V. 2015. Mikä hidastaa lihavuuskirurgiaa Suomessa? Lääkärilehden internetsivut.

Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000042558> [viitattu 17.3.2015].

Koivukangas, V., Juuti, A., Salminen, P., Pihlajamäki, J., Victorzon, M., Peromaa, P. & Luostarinen, M. 2010. Lakaistaanko lihavuusongelma maton alle? *Suomen Lääkärilehti* 24/2010, 2175.

Koivukangas, V., Juuti, A., Salminen, P. & Pihlajamäki, J. 2012. Lihavuuskirurgian aiheet Suomessa ristiriitaiset. *Suomen Lääkärilehti* 23/2012, 1800.

Käkelä, P., Torpström, J., Venesmaa, S., Ilves, I., Junnila, E.-L., Penttinen, K., Martikainen, T., Gylling, H., Pääkkönen, M. & Pihlajamäki, J. 2013. Mahalaukun ohitus lihavuusleikkauksena: yhden keskuksen kymmenen vuoden kokemukset ja seurannan haasteet. *Duodecim-lehti*, 129/2013, 756–64.

Leivonen, M. Kirurgian osastonylilääkäri, HYKS, Peijaksen sairaala. Haastattelu. Perspektiivi-lehti 06/2011, 15. Saatavissa: http://perspektiv.nu/files/Filer/PDF/perspektiivi1101_finsk.pdf [viitattu 25.2.2015].

Lihavuuden leikkaushoito-kuvat. 2009. Lääkärikirja Duodecim-internetsivut. Päivitetty 10.12.2009. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00237&p_haku=lihavuusleikkaus [viitattu 24.3.2015].

Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistyksen internetsivut. 2015. Saatavissa: <http://www.limery.fi/index.php?mid=8&pid=31> [viitattu 25.02.2015].

Lindqvist, H. Sairaanhoidtaja. Haastattelu 8.3.2012. Yle Areena. Bariatric Center.

Lusenius-Luttjohann, V. 2012. Lihavuusleikkaus potilaan näkökulmasta – tiedontarpeet ja muutokset elämään. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Malmivaara, A. 2010. Lihavuuskirurgian indikaatiot ja vaikuttavuus. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. THL:n raportti 16/2009. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi> [viitattu 13.4.2015].

Mustajoki P., Fogelholm M., Rissanen A. & Uusitupa M. 2006. Lihavuus – ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P., Kaukua, J., Annanmäki, L., Fogelholm, M., Hakala, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kukkonen-Harjula, K., Pekkarinen, T. & Rissanen, A. 2007. Käypä hoito -suosituksen tiivistelmä. Duodecim-lehti 123/2007, 1107–1108.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino – tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P., Koivukangas, V., Gylling, H., Malmivaara, A., Ikonen, T. S. & Victorzon, M. 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa – kaikki vaihtoehdot käyttöön. Duodecim-lehti 125/2009, 2249–55.

Penttinen, K. 2012. Kokemuksia mahalaukun ohitusleikkauksista KYS:ssä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Pietiläinen, K., Mustajoki, P., Borg, P. 2015. Lihavuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K., Sane, T. & Nieminen, M. S. 2011. Lihavuuden hoidossa on terästädyttävä. Suomen Lääkärilehti 10/2011, 804–805.

Rekola, L., Häggman-Laitila, A., Mattila, L.-R., Palomaa, T., Ruskomaa, P., Leivonen, M. 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 11 (2), 2013, 32–43.

Räsänen, M. & Tanskanen, K. 2008. Painonhallintakuntoutuksen vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Saarni, S. E., Anttila, H., Saarni, S. I., Ikonen, T. S. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuusleikkauksen vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125/2009, 2287–94.

Saarni, S. 2013. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Terveyskirjaston internetsivut. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi24010 [viitattu 13.2.2015].

Sallinen M., Kandolin I. & Purola M. 2007. Elämisen rytmi. Psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Terveyskirjaston internetsivut. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00004

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisuja* 62. Julkisohtaminen 4. Vaasan yliopisto.

Sane, T. 2006. Lihavuuden leikkaushoito. *Duodecim-lehti*. 122/2006, 1261–1266.

Seligman, M. E. P. 2002. Aito onnellisuus. Sane Töregård Agency AB.

Suni, H. 2014. Asiantuntijat: Suomessa ei tehdä tarpeeksi lihavuusleikkauksia. *Helsingin Sanomat* 14.10.2014. Saatavissa: <http://www.hs.fi/hyvinvointi/a1305884446503> [viitattu 3.3.2015].

Terveyskirjasto 2012. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903&p_haku=fyysinen%20terveys [viitattu 19.4.2015].

Terveyskirjasto. 2013. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042&p_haku=lihavuus [viitattu 12.4.2015].

Terveyskirjasto. 2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00002 [viitattu 12.4.2015].

THL. 2014. Vammaispalvelun käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 14.8.2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki>. [viitattu 25.2.2015].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Victorzon, M. 2008. Leikkaus on tehokas hoito sairaalloiseen lihavuuteen. Suomen Lääkärilehti 1–2/2008, 23.

Victorzon, M., Mustajoki, P., Gylling, H., Anttila, H., Ikonen, T. S., Malmivaara, A. & Koivukangas, V. 2009. Lihavuuskirurgian vaikuttavuus ja turvallisuus. Duodecim-lehti 29/2009, 2257-64.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Keskeiset tulokset
Aho, T., Kinnunen, I., Kylmä, J. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta. 2013. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.	Selvittää lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta ennen ja jälkeen leikkauksen	Tutkimus toteutettiin havainnoimalla Suomen lihavuusleikatut ry:n vertaistukiryhmän toimintaa ja haastatteleamalla sen jäseniä neljässä ryhmässä teema-haastatteluna. Kuvasimme vertaistukiryhmän dynamiikkaa, puheenaiheita ja tapaamispaikkaa. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin ja vertasimme tuloksia aiemmista tutkimuksista poimimiimme lihavuuskirurgisten potilaiden tuen tarpeisiin.	Lihavuuskirurginen potilas tarvitsee vertaistukea. Haastateluista käy ilmi, että lihavuuskirurginen potilas saa psykologista tukea ainoastaan vertaistuen kautta. Kannustus ja tuki nousevat tärkeimmiksi preoperatiivisen vertaistuen muodoiksi. Haastateltavat pitävät postoperatiivisesti tärkeimpinä kokemusten jakamista, uskon vahvistumista ja tiedon saantia lääkehoidosta.
Saarni, S.E., Anttila, H., Saarni, S. I., Ikonen, T.S. & Malmivaara, A. Lihavuusleikkauksen vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009;125(20):2287–94.	Sairaalloiseen lihavuuteen liittyy vaikeasti invalideoivia oireita ja voimakas stigma, jotka rajoittavat selviytymistä tavallisista arkipäivän toimista. Lihavuusleikkauksien lääketieteellisestä vaikuttavuudesta on paljon tutkimustietoa, vähemmän tiedetään lihavuuskirurgian vaikuttavuudesta psykososiaaliseen hyvinvointiin ja siitä, mitä leik-	Kävimme järjestelmällisesti läpi laadulliset ja määrälliset tutkimukset, joissa on selvitetty lihavuusleikkausten psykososiaalisia vaikutuksia ja potilaan kokemuksia. Mukaan otettiin julkaisut, joissa on kuvattu lihaviin potilaiden (painoindeksi yli 35 kg/m ²) kokemuksia ennen lihavuusleikkausta tai sen jälkeen. Laadullisten tutkimusten menetelmän tuli olla ilmiötä kuvaava, joko fenomenologinen (Oiler Boyd 1993, Giorgi	Sairaalloinen lihavuus vaikuttaa ihmisen elämään hyvin laaja-alaisesti aiheuttaen niin sosiaalisia kuin fyysisiäkin ongelmia. Leikkaus auttaa lihavia normalistamaan elämänsä mutta toisaalta jättää tietyn ulkopuolisuuden kokemuksen. Poikkeavuus säilyy, joskin muuttaa muotoaan ja intensiteettiään. Vaikka mahalaukun pienennys johtaa syömisrajoitukseen tai oksennustaipumukseen, potilaat ovat lähes poikkeuksetta tyytyväisiä leikkauspäätökseensä silloinkin, kun toimenpide ei johtanut odotettuun

	kaus potilaille merkitsee..	1997) tai nk. grounded theory -menetelmä (Strauss ja Corbin 2000), jossa tieto on kerätty yksilö- tai ryhmähaastatteluin. Määrällisistä tutkimuksista mukaan hyväksyttiin eteneviä vertailevia tutkimuksia, joissa lihavuusleikkauksia on verrattu konservatiiviseen hoitoon tai johonkin toiseen kirurgiseen menetelmään. Lisäksi mukaan otettiin potilassarjat, joiden seuranta käsitti ainakin 500 potilasvuotta.	painonlaskuun. Usein mahalaukun pienennyksen aiheuttama ulkoinen pakko ruokamäärien vähentämiseen sisäistettiin nopeasti hallinnan tunteeksi, joka laajeni myös muille kuin ruokaan liittyville elämänalueille. Leikkauksen jälkeen potilaat tarvitsevat yksityiskohtaista ja konkreettista ohjausta siitä, mitä ja miten syödä. Potilaiden hyvä informointi mahdollisista komplikaatioista etukäteen voi auttaa heitä hyväksymään leikkauksen jälkeisiä ongelmia ja riskejä. Erityisesti vertaistukiryhmistä saatu tieto ja epämuodollinen tuki koettiin merkittäväksi avuksi leikkauksen aiheuttamiin muutoksiin sopeutumisessa.
<p>Rekola, L., Häggman-Laitila, A., Mattila, L.-R., Palomaa, T., Ruskomaa, P., Leivonen, M. 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. Tutkiva Hoitotyö Vol. 11 (2), 2013, 32–43.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuuden vaikutuksesta elämään ja leikkaukseen liittyvistä ohjauksen ja tuen tarpeista.</p>	<p>Tutkimuksen aineiston muodostivat 37 haastattelua ja 99 potilasasiakirjaa, jotka analysoitiin laskeamalla prosentti- ja frekvenssijakaumat sekä soveltamalla sisällönanalyysin periaatetta.</p>	<p>Potilaat kokivat lihavuuden heikentävän päivittäistä elämää, vaikutukset kohdistuivat fyysiseen kuntoon, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin sekä ulkonäköön. Ennen ja jälkeen leikkauksen ohjauksen ja tuen tarpeita tunnistettiin liittyen jokapäiväiseen elämään vaikuttaviin oireisiin ja tuntemuksiin, päivittäisiin arjen toimintoihin, tunteiden ja ulkonäön muutoksiin, ihmisten väliseen kanssakäymiseen, potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin sekä leikkauksesta aiheutuviin kustannuksiin.</p>

			Ohjauksen ja tuen tarpeet kohdistuivat erityisesti syömiseen ja juomiseen, sitoutumiseen ja omaan rooliin painonhallinnassa, muutoksiin omassa kehossa ja ulkonäössä sekä korjausleikkauksiin.
Brotkin Kati, Kalktakari Aini ja Ruotsalainen Paula. 2010. Laihdutusleikkauksen vaikutus potilaan elämäänlaatuun. Opinnäytetyö. Diakoniammattikorkeakoulu.	Opinnäytetyön tarkoituksena oli selittää, miten laihdutusleikkaus vaikuttaa potilaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun objektiivisesti ja subjektiivisesti mitattuna	Tutkimusaineisto kerättiin kahdelta terveyteen liittyvällä elämänlaatua mittaavalla mittarilla. Objektivistista elämänlaatua mitattiin validilla 15D-mittarilla. Elämänlaadussa tapahtunutta muutosta laihdutusleikkauksen jälkeen mitattiin subjektiivisella mittarilla, jonka kysymykset pohjautuivat 15D-mittarin osa-alueisiin. Aineiston muodostivat Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2008 laihdutusleikatut potilaat (N=35). Aineisto analysoitiin SPSS -ohjelmalla ja kuvattiin graafisesti ja tilastollisina tunnuslukuina.	Subjektivisesti mitattuna vastaajien elämänlaatu oli kohentunut lähes kaikilla elämänlaadun osa-alueilla. Tulokset osoittivat, että heikoimmillakin objektiivisesti mitatuilla elämänlaadun osa-alueilla oli subjektiivisesti mitattuna tapahtunut kohentumista.
Lusenius-Luttjohann, Virpi. 2012. Lihavuusleikkauspotilaan näkökulmasta – tiedontarpeet ja muutokset elämään. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.	Tarkoituksena oli kuvata lihavuusleikkaukseen liittyviä tiedontarpeita ja muutoksia elämään potilaiden kokemusten kautta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen tueksi lihavuusleikkauksen yhteydessä ja siten	Aineisto kerättiin kahdelta suomalaiselta internetin keskustelupalstalta syksyn 2011 aikana. Aineisto muodostui vapaamuotoisista viesteistä.	Tulokset osoittivat, että lihavuusleikkaukseen liittyviä tiedontarpeita on runsaasti, mikä johtuu leikkauksen luonteesta. Lihavuusleikkaus muuttaa elämää kokonaisvaltaisesti.

	kehittää potilasohjausta potilaiden tarpeita vastaavaksi.		
Forsberg Angelica, Engström Åsa ja Söderberg Siv. 2014. From reaching the end of the road to a new lighter life – People’s experience of undergoing gastric bypass surgery. Luleå yliopisto.	Kuvata potilaiden tuntemuksia lihavuusleikkauksen lähestyessä ja sen jälkeen.	Haastattelututkimus; 30 kontaktia ja 10 osallistujaa	Potilaat kokivat tyytyväisyytensä kasvaneen kaikilla elämän alueilla. Ennen leikkausta he kokivat, että eivät pystyneet enää vastaanottamaan enempää; sosiaalista painetta, liikkumisen vaikeutta ja terveydellisiä ongelmia. Korostivat vertaistuen merkitystä.
Anteroinen N. ja Hämäläinen M. 2013. Lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarve: parannusehdotuksia ohjauksen ja tuen antamiseen lihavuusleikkattujen ohjaukokemusten pohjalta. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.	Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, millaista psykososiaalista tukea ja neuvoa potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat. Hyvällä ohjausmateriaalilla voidaan vaikuttaa positiivisesti hoitotavoitteiden saavuttamiseen, potilaiden elämänlaatuun ja saavutettujen tulosten pysyvyyteen.	Uuden ohjausmateriaaliohjeistuksen luomisessa käytettiin lihavuusleikkauksen käyneiden ihmisten ohjauskokemuksia, joita kerättiin Suomen lihavuusleikatut (LILE) ry:n ja laihdutusleikkaus.palstani.com –sivujen keskustelufoorumeilta. Kerätyt vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysi-menetelmää käyttäen..	Vastanneet toivovat saavansa enemmän tietoa esimerkiksi leikkausta edeltävistä tutkimuksista, leikkauksen haittavaikutuksista sekä lihavuusleikkauspotilaan hoitopolusta. Leikkauksen jälkeinen tuki koettiin paremmaksi sairaalassa, jossa leikkaus suoritettiin kuin työ- tai perusterveydenhuollossa. Vastauksista nousi esille, että lihavuusleikkattujen psykososiaalisen tuen saanti terveydenhuollon ammattihenkilöitä ei ole ollut riittävää. Kaikki kyselyyn vastanneet lihavuusleikkauspotilaat kokivat saaneensa suurimman tuensa elämäntapamuutoksen käsittelyyn vertaistukiryhmiltä ja vertaistukifoorumilta.