

Lihavuusleikatun potilaan ravitseminen, puutostilat ja lisäravinteet

Opas potilasohjauksen tueksi

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyt
Kevät 2017
Satu Nevalainen
Tiina Turunen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma

NEVALAINEN, SATU

Lihavuusleikatun potilaan ravitsemus,
puutostilat ja lisäravinteet

TURUNEN, TIINA:

Opas potilasohjauksen tueksi

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö, 44 sivua, 14 liitesivua

Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien ohjausosaamista lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksen erityispiirteistä.

Tavoitteena oli tehdä kirjallinen opas lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksesta, puutostiloista ja lisäravinteista. Oppaan toteutimme yhteistyössä toimeksiantajamme Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikan kanssa.

Valmis opas esitettiin kirurgian poliklinikan sairaanhoitajille ja samalla pidettiin palautekysely oppaan toimivuudesta, selkeydestä ja asiasisällöstä. Tehdyn palautekyselyn vastauksista selvisi, että opas yhdenmukaistaa ja auttaa sairaanhoitajia huomioimaan lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksen erityispiirteitä. Osa vastanneista piti opasta hyvänä muistilistana potilasohjauksen tukena.

Opas toimitettiin toimeksiantajalle paperisena, sekä sähköisenä versiona, jotta oppaan ajan tasalla pitäminen helpottuu, sekä sen laajempi levitys sairaanhoitajien käyttöön tulevaisuudessa mahdollistuu.

Asiasanat: lihavuus, ylipaino, leikkaushoito, ravitsemus, ravitsemushäiriöt, puutostilat, lisäravinteet, potilasohjaus ja opas.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

NEVALAINEN, SATU

Nutrition of bariatric surgery patients,
nutritional deficiencies and nutritional
supplements

TURUNEN, TIINA:

A guide to support patient guidance

Bachelor's Thesis in Nursing

44 pages, 14 pages of appendices

Spring 2017

ABSTRACT

The purpose of this functional thesis is to increase guidance knowledge of nurses working with basic healthcare regarding nutritional special features of bariatric surgery patients.

The goal was to make a written nutrition guide for the bariatric surgery patients that covers nutritional deficiencies and nutrient products. This guide was made in co-operation with the outpatient surgery clinic located in Päijät-Häme central hospital.

The complete guide was presented to the nurses working at the outpatient surgery clinic. At that time we also collected feedback regarding the functionality, clarity and contents of this guide.

As a result of this feedback enquiry this guide was simplified in order to help nurses to notice the special features of nutrition for bariatric surgery patients. Some nurses reported that the guide was a good backup and could be used as a checklist in patient guidance.

The guide was presented to the client in both written form and as an online version in order to help keeping the guide up-to-date and also to make it more easily accessible for nurses in the future.

Key words: obesity, overweight, surgery, surgical treatment, nutrition, nutritional status, nutritional disorders, deficiencies, nutritional supplement, patient information and guidance.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUOTOS	2
3	LIHAVUUSLEIKATUN POTILAAN HOITO	3
3.1	Ylipainoinen potilas	3
3.2	Lihavuusleikkaus	5
3.3	Lihavuusleikatun potilaan puutostilat	9
3.4	Lihavuusleikatun potilaan ravitseminen ja lisäravinteet	12
4	POTILASOHJAUS	16
4.1	Ohjaus käsitteenä	16
4.2	Opas ohjauksen tukena	17
4.3	Sairaanhoitaja lihavuusleikatun potilaan ohjaajana	18
5	MENETELMÄ	21
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
5.2	Toiminnallisen työn arviointi ja analysointi	22
5.3	Tiedonhankintaprosessi	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA KOHDERYHMÄ	26
7	OPPAAN SUUNNITTELU	27
8	OPPAAN TOTEUTUS	28
9	OPPAAN ARVIOINTI	30
10	POHDINTA	33
10.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
10.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi	35
10.3	Kehittämisehdotuksia	37
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan maailmassa on noin 600 miljoonaa ylipainoista aikuista. Suomessa on Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan aikuisista yli puolet ylipainoisia tai lihavia. Suomessa lihavuus on yleisempää kuin missään muussa Pohjoismaassa. Aivan maailman kärkipäässä lihavuuden suhteen Suomi ei kuitenkaan ole, sillä lihavuus on Suomessa vähäisempää kuin esimerkiksi Etelä-Euroopassa tai Iso-Britanniassa. Maailman laajuisesti lihavuus on lisääntynyt merkittävästi, lähes tuplaantunut, viimeisen 20-30 vuoden aikana. 1970-luvulta lähtien suomalaisten miesten paino on noussut, ja suomalaisten naisten paino puolestaan 1980-luvulta lähtien. (WHO 2016; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Lihavuuden lisääntyminen on aiheuttanut vakavia kansanterveydellisiä sekä kansantaloudellisia vaikutuksia. (WHO 2016). Terveydenhuollossa lihavuus ja siihen liittyvät liitännäissairaudet aiheuttavat suuria kustannuksia; vuonna 2011 nämä kustannukset olivat noin 330 miljoonaa euroa. Tähän sisältyivät: hoitopäivät vuodeosastolla, lääkekustannukset ja työkyvyttömyyseläkkeet. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Elämäntapaohjaus on tärkein lihavuuden hoitomuoto. Elämäntapaohjausta voidaan antaa esimerkiksi terveysasemilla painonhallintaryhmissä, jotka kokoontuvat yleensä vähintään 10 kertaa. Elämäntapaohjauksessa painotetaan ruokavalio- ja liikunta-ohjausta. Yksi lihavuuden hoitomuoto on lääkehoito. Suomessa on markkinoilla tällä hetkellä vain yksi lääkeaine, orlistaatti. Tämä lääkeaine estää rasvan imeytymisen elimistöön. Vaikean lihavuuden hoitomuotona voidaan käyttää myös lihavuusleikkausta, joka ei kuitenkaan saa olla ensisijainen lihavuuden hoitomuoto.

Lihavuusleikkauksia tehdään vuosittain noin 900 ja niiden määrä on kasvanut vuosi vuodelta. (Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistys 2016.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUOTOS

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien ohjausosaamista lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksen erityispiirteistä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä kirjallinen opas perusterveydenhuollossa työskenteleville sairaanhoitajille lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksesta, puutostiloista ja lisäravinteista, potilasohjauksen tueksi.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi tiivis, kattava ja hyödyllinen tietopaketti sairaanhoitajille lihavuusleikkauksista, lihavuusleikatun potilaan ravitsemuksesta, sekä leikkauksen jälkeisistä mahdollisista puutostiloista ja niiden hoitoon tarvittavista lisäravinteista.

3 LIHAVUUSLEIKATUN POTILAAN HOITO

Lihavuusleikkauksia tehdään Suomessa vuosittain noin 900, Päijät-Häme on kärkipäässä niiden tekemisessä. Eniten lihavuusleikkauksia tehdään Helsingissä (noin 300) ja Oulussa (noin 130). Päijät-Hämeessä lihavuusleikkauksia tehdään vuosittain noin 80. (Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistys 2016.)

Päijät-Hämeessä lihavuusleikattujen potilaiden terveydentilaa seurataan Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikalla (lääkäri, ravitsemusterapeutti ja sairaanhoitaja) leikkauksen jälkeen 5 vuotta. Sieltä potilaat saavat ohjausta ja neuvontaa leikkauksen jälkeiseen ravitsemukseen, puutostiloihin sekä lisäravinteisiin liittyen suullisesti ja kirjallisesti. Lihavuus (aikuiset) käypä hoito –suosituksen (2013) mukaan erikoissairaanhoidossa toteutuneen seurannan jälkeen tulee lihavuusleikatuille potilaille järjestää jatkoseuranta perusterveydenhuollossa vuosittain. Perusterveydenhuollossa seurannasta vastaavat sairaanhoitaja ja lääkäri.

3.1 Ylipainoinen potilas

Ylipaino ja lihavuus johtuvat elimistön energian saannin ja energian kulutuksen välisestä epätasapainosta (WHO 2016). Lihavuus tarkoittaa siis epänormaalia tai liiallista rasvakudoksen kertymistä elimistöön, joka heikentää terveyttä. Haitallisinta terveyden kannalta on vatsan alueelle kerääntynyt rasvakudos eli viskeraalirasva. Yksi tapa arvioida tätä rasvakudoksen kertymistä vatsan alueelle on vyötärön ympäryksen mittaaminen. (Hänninen 2010,15; Haapakoski 2009, 21-25.) Käypähoitosuositus määrittelee kliinisessä työssä merkittävän vyötärolihavuuden alarajaksi naisilla 90 cm ja miehillä 100 cm. (Mustajoki 2017; Käypähoito 2013).

Vyötärön ympärysmittan lisäksi lihavuutta voidaan arvioida painoindeksin avulla (WHO 2017). (Taulukko1). Käypähoidon (2013) mukaan painoindeksillä on vahva yhteys rasvakudoksen määrään, mutta se ei

huomioi suurta lihasmassaa tai turvotusta. Painoindeksi BMI (body mass index) lasketaan = paino (kg)/ pituus (m) * pituus (m). Painoindeksi ei kuitenkaan anna tietoa rasvan sijainnista, mutta korkealla painoindeksillä on yhteys suurentuneeseen rasvan määrään. (Pietiläinen 2015, 30.) Painoindeksi on yksi lihavuusleikkaushoidon kriteereistä. (Kuvio 1.) (Pekkarinen, 2016).

Taulukko1. Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI kg/m²) avulla

Normaalipaino	•18,5 - 24,99
Liikapaino	•25,0-29,99
Lihavuus	•30,0-34,9
Vaikea lihavuus	•35,0-39,9
Sairaalloinen lihavuus	•40,0 =>

Yhteiskunnallisella tasolla väestön lihavuuden lisääntymiseen ovat vaikuttaneet esimerkiksi muuttuneet elinolot, ravinnon saannin helpottuminen, ravintokulttuurin muuttuminen (entistä suuremmat annoskoot) sekä koko väestön arkiliikunnan / hyötyliikunnan vähentyminen. Lihavuuden ehkäisemisessä tulisi puuttua näihin edellä mainittuihin syihin ja täten estää ylipainon kehittyminen normaalipainoisille aikuisille ja lapsille. Pitkällä aikavälillä lihavuuden ehkäisyn tavoitteena on niiden sairauksien ennaltaehkäisy, jotka liittyvät lihavuuteen. Näitä sairauksia ovat mm. tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, uniapnea, rasvamaksa ja sepelvaltimotauti. (Hänninen 2010,15; Haapakoski 2009, 21-25.)

Lihavuutta voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa esimerkiksi terveellisillä elämäntavoilla, terveellisellä ja monipuolisella ruokavaliolla sekä liikunnan lisäämisellä. Lihavuuden hoitomuoto valitaan aina lihavuuden määrän ja potilaan sairauksien mukaan. Yksi lihavuuden hoitomuoto on lihavuusleikkaus. (Hänninen 2010, 30-31.)

3.2 Lihavuusleikkaus

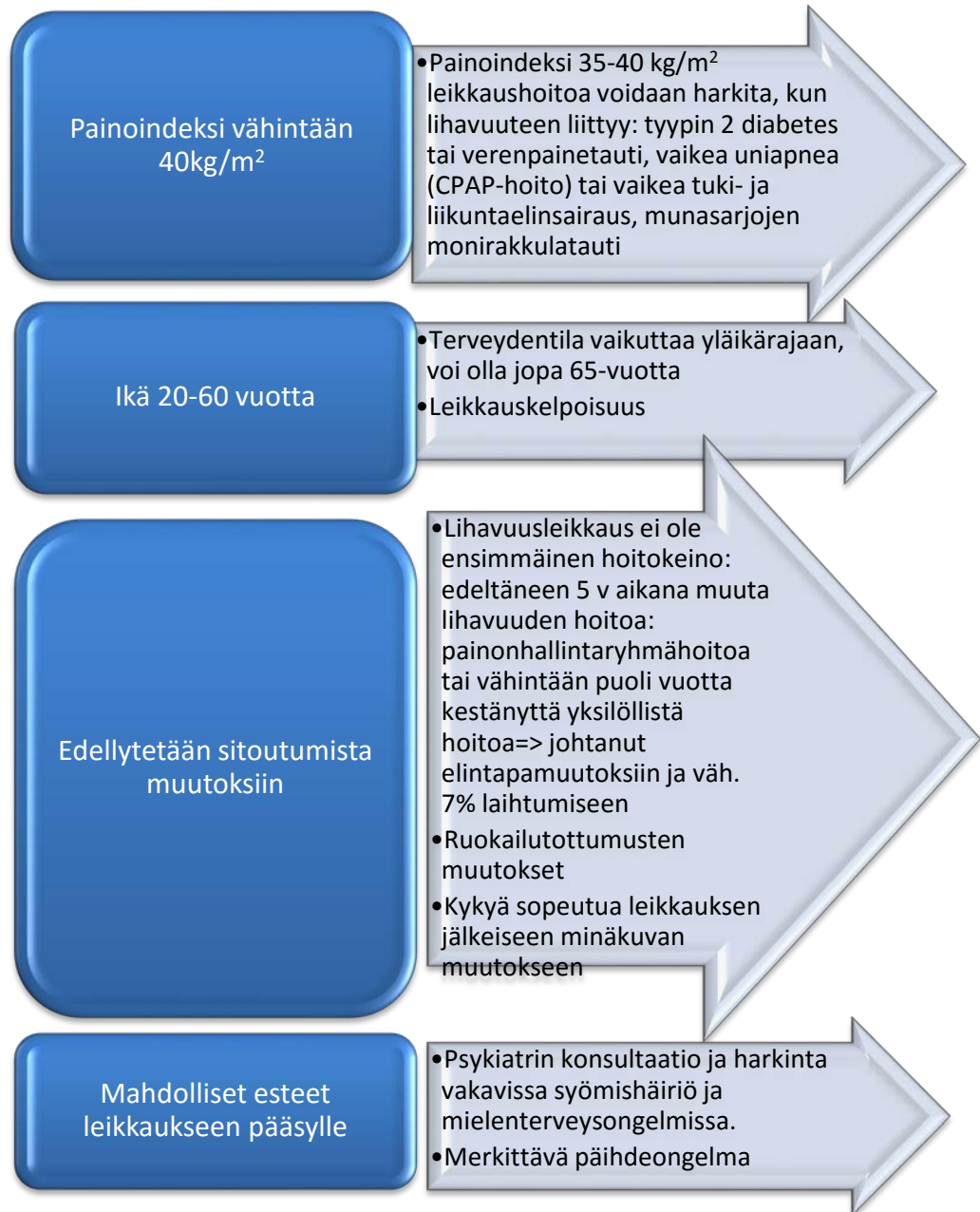
Lihavuusleikkaukseen pääsyä edeltää yksilöllinen arvionti. Leikkaukseen pääsyn edellytyksenä on kriteerien lisäksi (Kuvio 1.) potilaan yhteistyö- sekä sitoutumiskyky tarvittaviin muutoksi syömistottumuksissa jo ennen leikkausta. (Sane 2015, 256.)

Kuviossa 1. on koottuna lihavuuden leikkaushoidon kriteerit. Käypä hoitosuosituksen (2013) mukaan lihavuusleikkaus ei saa olla koskaan lihavuuden ensisijainen hoitokeino. Potilaan tulee sitoutua elämäntapamuutokseen sekä olla valmis muuttamaan ruokailutottumuksiaan radikaalisti leikkauksen jälkeen. Pekkarinen (2016) tuo esiin, että potilaalla tulee olla ennen leikkausta realistinen kuva toimenpiteestä sekä sen mukanaan tuomista minäkuvan muutoksista. Leikkauksia tehdään pääasiassa 20-60 vuotiailla, mutta jopa 65 vuotiaat potilaat voivat päästä leikkaukseen. Merkittävä päihdeongelma tai syömiseen liittyvä vakava ongelmakäyttäytyminen voivat olla esteenä leikkaukseen pääsulle. (Mustajoki 2015).

Lihavuusleikkauksen tulokset ja laihtumisessa onnistuminen perustuu vatsalaukun koon pienenemiseen sekä siten syödyn ruoan määrän vähenemiseen. (Pekkarinen 2016). Lihavuusleikkaus vaikuttaa positiivisesti liitännäissairauksiin, jotka liittyvät lihavuuteen. Esimerkiksi verensokeriarvot paranevat tyyppin 2 diabeteksessa, ja täten sen hoidossa käytettyjen lääkkeiden tarve vähenee. Lihavuuteen liittyvä uniapnea lievittyy suurella osalla potilaista leikkauksen ja sitä seuranneen painon putoamisen johdosta. Naisilla lihavuusleikkaus parantaa hedelmällisyyttä, sekä vähentää raskauden aikaisia komplikaatioita. Muita lihavuusleikkauksen tuomia hyötyjä ovat potilaiden elämänlaadun paraneminen, kokonaisuuskuolleisuuden väheneminen, terveydenhuollon kustannusten aleneminen, sekä potilaiden laadukkaiden elinvuosien lisääntyminen. (Hänninen 2010, 37; Penttinen 2012, 28-29.)

Käypähoito suosituksissa (2013) edellytetään painon pudotusta ennen leikkausta, ja myös Giordano on tutkimuksessaan tullut siihen tulokseen,

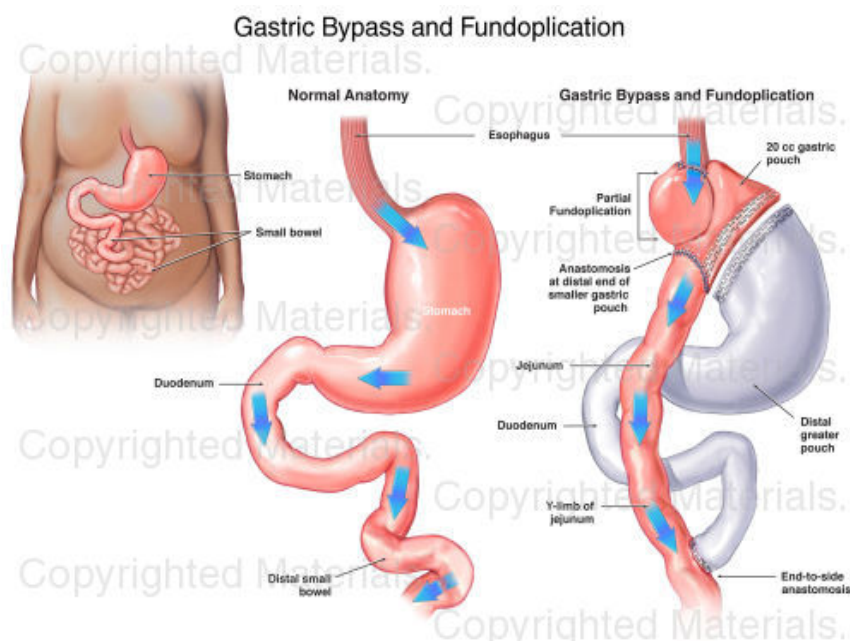
että laihtuminen on suositeltavaa ennen lihavuusleikkausta. Ne potilaat, jotka pystyvät laihtuttamaan yli 5% omasta painostaan ennen leikkausta, saavuttavat parempia tuloksia. Näiden potilaiden leikkausten kesto-aika lyhenee, leikkauksen jälkeiset komplikaatiot vähenevät ja sairaalassaoloaika lyhenee merkittävästi. (Giordano 2011, 64-65.)



Kuvio 1. Lihavuuden leikkaushoidon kriteerit (Muokattu Pekkarinen 2016; Mustajoki 2015; Käypähoito 2013.)

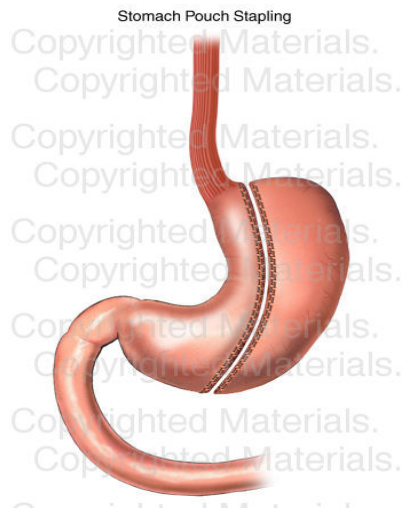
Leikkausmenetelmät ovat kehittyneet viime vuosina. Nykyisin leikkaukset tehdään pääsääntöisesti tähystystoimenpiteinä, ja ravinnon imeytymistä vähentävien toimenpiteiden rinnalle on kehitetty vähemmän kajoavia, ensisijaisesti ravinnon määrää rajoittavia menetelmiä. (Salminen 2015, 254.) Suomessa yleisimmin käytetyt lihavuusleikkausmenetelmät ovat mahalaukun ohitusleikkaus (gastric bypass) sekä mahalaukun kavennusleikkaus (sleeve). (Mustajoki 2015).

Mahalaukun ohitusleikkauksessa (Kuvio 2.) (roux-en-y gastric bypass), mahalaukun yläosasta muotoillaan pieni 20-50ml vetoinen nopeasti täyttyvä mahalaukkusäiliö, josta ruoka kulkee nopeasti suoraan siihen yhdistettyyn ohutsuoleen ja tuottaa kylläisyyden tunteen. Ohutsuolen alkuosan ohittaminen vähentää ravintoaineiden imeytymistä ja voimistaa suolistohormonien erittymistä. Sappi- ja haimanesteet yhdistetään ravintoa kuljettavaan ohutsuolen haaraan yleensä noin 150cm päässä mahalaukun sisällöstä. (Salminen 2015, 254.)



Kuvio 2. Gastric Bypass -leikkausmenetelmä (Smart imagebase 2015)

Mahalaukun kavennusleikkauksessa (sleeve gastrectomy) mahalaukku kavennetaan hihamaiseksi rakenteeksi (Kuvio 3.) ja muu osa mahalaukusta poistetaan. Useimmiten mahalaukun alaosa jätetään jäljelle tehostamaan pitkänmallisen mahalaukun tyhjenemistä. Leikkaustekniikkaan kuuluva mahalaukun pohjukan poistaminen pienentää seerumin greniliinihormoonin pitoisuutta ja vähentää siten ruokahalua. Kavennusleikkauksen olennaiset edut ovat pitkäaikaishyödyt: Leikkauksen seurauksena ei ole imeytymishäiriöitä eikä siten ole tarvetta pysyvään laboratorioarvojen seurantaan. Ruoansulatuskanava säilyy ennallaan, mikä mahdollistaa mahalaukun ja pohjukaissuolen tähystystoimenpiteet. (Salminen 2015, 254-255.)



Kuvio 3. Mahalaukun kavennusleikkaus (Smart imagebase 2015)

Eryisesti mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeen potilailla voi ilmetä ravitsemukseen liittyviä ongelmia, esimerkiksi B12-vitamiinin ja D-vitamiinin puutosta. (Mustajoki 2015). Tämä johtuu siitä, että mahalaukun ohitusleikkauksessa ohitetaan pohjukaissuoli kokonaan sekä ohutsuolet noin 150cm. Mahalaukun kavennusleikkauksessa ei operoida lainkaan ohutsuolta, joten tässä leikkausmenetelmässä ravintoaineiden imeytymisongelmat ovat vähäisiä. (LILE ry 2017.)

3.3 Lihavuusleikatun potilaan puutostilat

Lihavuusleikkaus pienentää ravinnosta saatavaa energiamäärää sekä ravintoaineiden imeytymistä mahalaukun tilavuuden ja imeytymispinta-alan pienennyttyä. (Rantala 2012, 32). Lihavuusleikatun potilaan ruokavalion tulee olla monipuolinen ja terveystta edistäviä ruoka-aineita sisältävä. Rajoittuneen energiansaannin ja imeytymisen vuoksi on erittäin todennäköistä, että lihavuusleikatuilla potilailla esiintyy useamman ravintoaineen puutosta. (Pekkarinen 2016; Hakala 2011; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010).

Lihavuusleikkauksen jälkeen tyypillisimmät puutostilat ovat proteiinin, raudan, kalsiumin, D-vitamiinin ja B12-vitamiinin puutetta, minkä vuoksi säännölliset tutkimukset ovat tarpeelliset. Kuuden kuukauden kuluttua lihavuusleikkauksesta vitamiinien pitoisuudet elimistössä ovat vähentyneet jopa 30%. (Sunil, Santiago, Gougeon, Warwick, Okrainec, Hawa & Sockalingam 2017). Käypä hoito – suositusten (2013) mukaan lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemustilaa on seurattava säännöllisesti esimerkiksi laboratoriokokeiden avulla. Mahdolliset puutostilat tulee havaita riittävän varhain, jotta voidaan ennaltaehkäistä niistä johtuvat vakavat komplikaatiot.

Riittävästä proteiinin saannista tulee huolehtia, koska proteiinin avulla elimistö huolehtii riittävästä ravinnon saannista lihaksissa. Erityisen tärkeää olisi aamupalalla syödä proteiinipitoisia ruokia, jolloin ihmisen elimistö on katabolisessa tilassa yöpaaston jälkeen. Lihaskudoksen uudelleen rakentumisen aloittamiseen tarvitaan vähintään 30 grammaa proteiinia. Liian vähäinen proteiinin saanti aiheuttaa lihas- ja luukatoa sekä proteiinialiravitsemusta. Lihavuusleikatut potilaat tuntevat usein vastenmielisyyttä proteiinipitoisia ruokia kohtaan, mikä aiheuttaa proteiinin liian vähäisen saannin. (Hakala 2010.) Lisäksi proteiinin puutokseen vaikuttaa olennaisesti se, että mahalaukun ohituksessa ruoka kulkee suoraan jejunumiin ohittaen kokonaan duodenumin eli pohjukaissuolen. (Penttinen 2012, 17.)

Lihavuusleikattujen potilaiden, erityisesti naisten, yleisin puutostila on raudanpuute. Sen hoidoksi riittää yleensä suun kautta otettava rautalääke. (Käypä hoito 2013.) Lähes puolella leikatuista ilmenee raudanpuuteanemia hitaasti, vuosien kuluessa leikkauksesta ja riskiryhmä ovat naiset, joilla on runsaat kuukautisvuodot. Kalsiumvalmisteet heikentävät raudan imeytymistä ja myötävaikuttavat raudanpuutteen kehittymiseen, ja siksi on syytä harkita rautavalmisteen käyttöä monivitaminin ohella. (Laboratoriokäsikirja 2017; Sane & Pietiläinen 2015, 263.)

Kalsiumpitoisuus säätelee mm. monia entsyymireaktioita, sähköisten impulssien välittymistä hermostossa ja lihasten supistumista. Elimistö pyrkii ylläpitämään solun sisäisen ja ulkoisen kalsiumpitoisuuden vakiona. Seerumin kokonaiskalsiumpitoisuus (2,2-2,5 mmol/l) vaihtelee hyvin vähän, jos seerumin proteiinipitoisuus pysyy vakiona. Kalsium toimii kaikissa soluissa keskeisenä viestinvälittäjänä. (Aro, Mutanen & Uusitalo. 2012, 192.) Matalien kalsium-arvojen oireita ovat väsymys, ummetus, päänsärky tai kouristukset. Matalia kalsium-arvoja aiheuttavat mm. D-vitamiinin puute, hypoparatyreoosi ja krooninen munuaisten vajaatoiminta. Korkeita kalsium-arvoja puolestaan aiheuttavat mm. lisäkilpirauhasen liikatoiminta, D-vitamiinin liiallinen saanti sekä Pagetin tauti ja luustometastaasit. (Laboratoriokäsikirja 2017.)

D-vitamiinin pääasiallinen tehtävä elimistössä on ylläpitää elimistön kalsium- ja fosfaattitasapainoa (Aro ym. 2012, 157). Lihavilla on lähtökohtaisesti pienempi seerumin D-vitamiinipitoisuus kuin normaalipainoisilla, koska D-vitamiinia kertyy rasvakudokseen. Henkilöt, jotka ovat olleet ruoansulatuskanavan leikkauksessa, kuuluvat ns. riskiryhmään, joiden D-vitamiini-arvoja seurataan säännöllisesti. (Laboratoriokäsikirja 2017). Luuntiheys pienenee mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeen, mutta leikatuilla ei ole havaittu lisääntyntä murtumariskiä. Luuntiheyden tutkiminen on aiheellista, jos on muita osteoporoosille altistavia tekijöitä tai jos luun kunnan huononemista

ehkäisevä hoito ei toteudu asianmukaisesti. (Sane & Pietiläinen 2015, 262.)

Elimistön B12-vitamiinivarastot ovat suuret ja B12-vitamiinin puutos kehittyy yleensä hitaasti, joten puute ilmeneekin usein vasta vuoden kuluttua leikkauksesta. (Sane & Pietiläinen 2015, 263). Pitkäaikainen B12-vitamiinin puutos aiheuttaa neurologisia oireita. Näitä oireita ovat esimerkiksi harhatuntemukset, käsien ja jalkojen puutuminen, motorisen kyvyn ja muistin häiriöt, dementia, masentuneisuus sekä ääreishermoston ja selkäytimen vauriot. (Laboratoriokäsikirja 2017; Aro ym. 2012, 186.) B12-vitamiinin puutoksen hoidoksi käytetään lihakseen pistettävää B12-vitamiinilisää. (Käypähoito 2013).

B1-vitamiini eli tiamiini imeytyy pääosin ohutsuolen alkuosasta happamasta ympäristöstä. Sen puute aiheuttaa solujen toimintojen hidastumista. (Sane & Pietiläinen 2015, 263.) Lievänä B1-vitamiinin puutos saattaa aiheuttaa ruokahaluttomuutta, painon laskua ja ummetusta sekä merkittävä puutos hermostollisia ja lihasten hallinnan häiriöitä jotka ovat sydänlihassairaus (kardiomyopatia), sydämen harvalyöntisyys, mahasuolikanavan tulehdus ja haavaumat, sekä maksan rasvoittuminen. (Aro ym. 2012, 171.)

B1-vitamiinin vaikein puutostila on Wernicken tauti, joka on hengenvaarallinen sairaus. Wernicken taudissa aivorungon, pikkuaivojen sekä isoaivojen ohimolohkojen harmaa aine on tuhoutunut, mikä aiheuttaa silmien liikehäiriöitä, haparointia ja sekavuutta. (Terveyskirjasto 2016.) Tämän taudin riskiryhmään kuuluvat runsaasti alkoholia käyttävät henkilöt, aliravitsemuksesta kärsivät ikääntyneet, syöpäpotilaat, suolistosairaudesta kärsivät henkilöt sekä parenteraalista ravintoa saavat henkilöt. Myös runsas ja jatkuva oksentelu saattaa aiheuttaa tiamiinin puutetta. Jotkut lääkkeet, esimerkiksi diureetit, voivat provosoida tiamiinivajetta. (Laboratoriokäsikirja 2017.)

3.4 Lihavuusleikatun potilaan ravitsemus ja lisäravinteet

Lihavuusleikatun potilaan on tärkeää keskustella ravitsemukseen liittyvistä asioista, lääkärin, ravitsemusterapeutin ja lihavuusleikkauksiin perehtyneen sairaanhoitajan kanssa, ennen ja jälkeen leikkauksen.

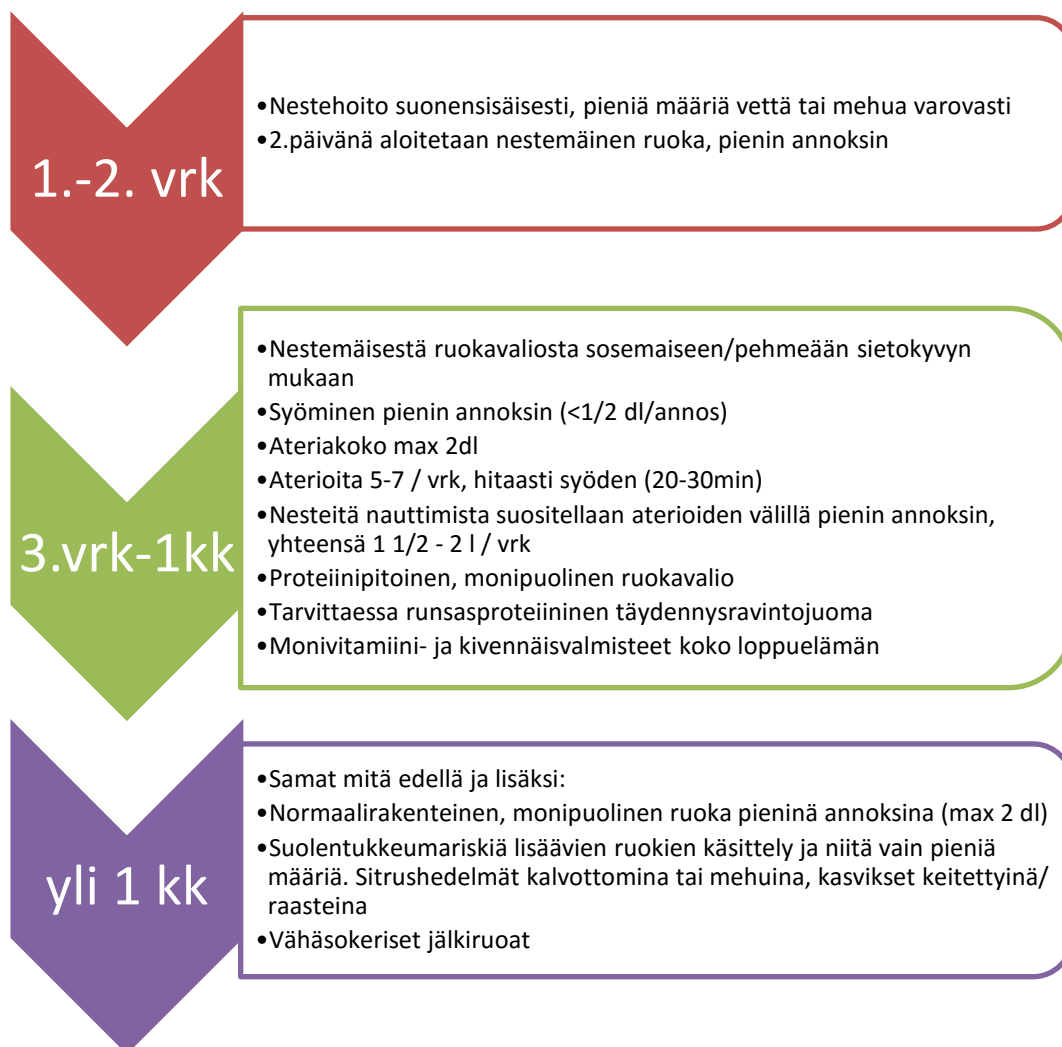
Ravitsemuksesta puhuttaessa, on huomioitava myös ruoansulatusongelmien ennaltaehkäisy. Huomiota tulee kiinnittää ruoka-aineiden valintaan, syömisnopeuteen, sekä annoskokoihin.

Lihavuusleikkauksen jälkeen on todella tärkeää huolehtia oikean ravitsemuksen lisäksi riittävästä nesteen saannista (1 – 1½ vrk). Nestettä on tärkeä juoda aterioiden välillä ruoansulatusvaivojen ennaltaehkäisyä. (Hakala 2011.)

Päivässä tulisi syödä useita pieniä ruoka-annosta kooltaan vain noin ½ - 1dl / ateria. Liian suuret ruoan kerta-annokset aiheuttavat epämiellyttävän tunteen ja jopa oksentamisen. Reilun kuukauden jälkeen lihavuusleikkauksesta voi siirtyä jo normaaliin pureskelua vaativiin ruokiin, vähitellen ja hitaaseen tahtiin. Tällöin on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että ruoka pureskellaan kunnolla. Ruokavaliossa on vältettävä tyhjiä kaloreita, koska mahalaukku venyy helposti uudelleen. (Hakala 2011.)

Lihavuusleikatun potilaan tulee välttää sitkeää lihaa, hedelmien- ja tomaatin kuoria, huonosti sulavia kasviksia, kovakuorisia ja siemenellisiä marjoja sekä leseitä ja siemeniä. Nämä edellä mainitut ruoka-aineet lisäävät suolen tukkeutumisriskiä. Ruokavaliossa tulee välttää vatsavaivoja aiheuttavia ruoka-aineita, kuten kääritettyjä ruokia, ruisleipää, tuoretta vaaleaa leipää, sekä hiilihappopitoisia juomia. Runsaasti sokeria sisältävät ruoat ja juomat saattavat aiheuttaa ruokailun jälkeen ns. dumping-oireita, näitä oireita ovat huono olo ja pahoinvointi, sydämen tykytys, hikoilu, heikotus sekä ripuli. Dumping-oireita voidaan välttää, että ei nautita runsaasti sokeria sisältäviä mehuja, makeisia tai jälkiruokia. (Hakala 2011; Moizé, Pi-Sunyer, Mochari & Vidal 2010.)

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 4.) on kuvattu ruokavalion toteutus leikkauksen jälkeen vaihe vaiheelta erityisvaatimukset ja rajoitukset huomioiden.



Kuvio 4. Lihavuusleikatun potilaan ruokailu leikkauksen jälkeen. (Mustajoki 2015; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010)

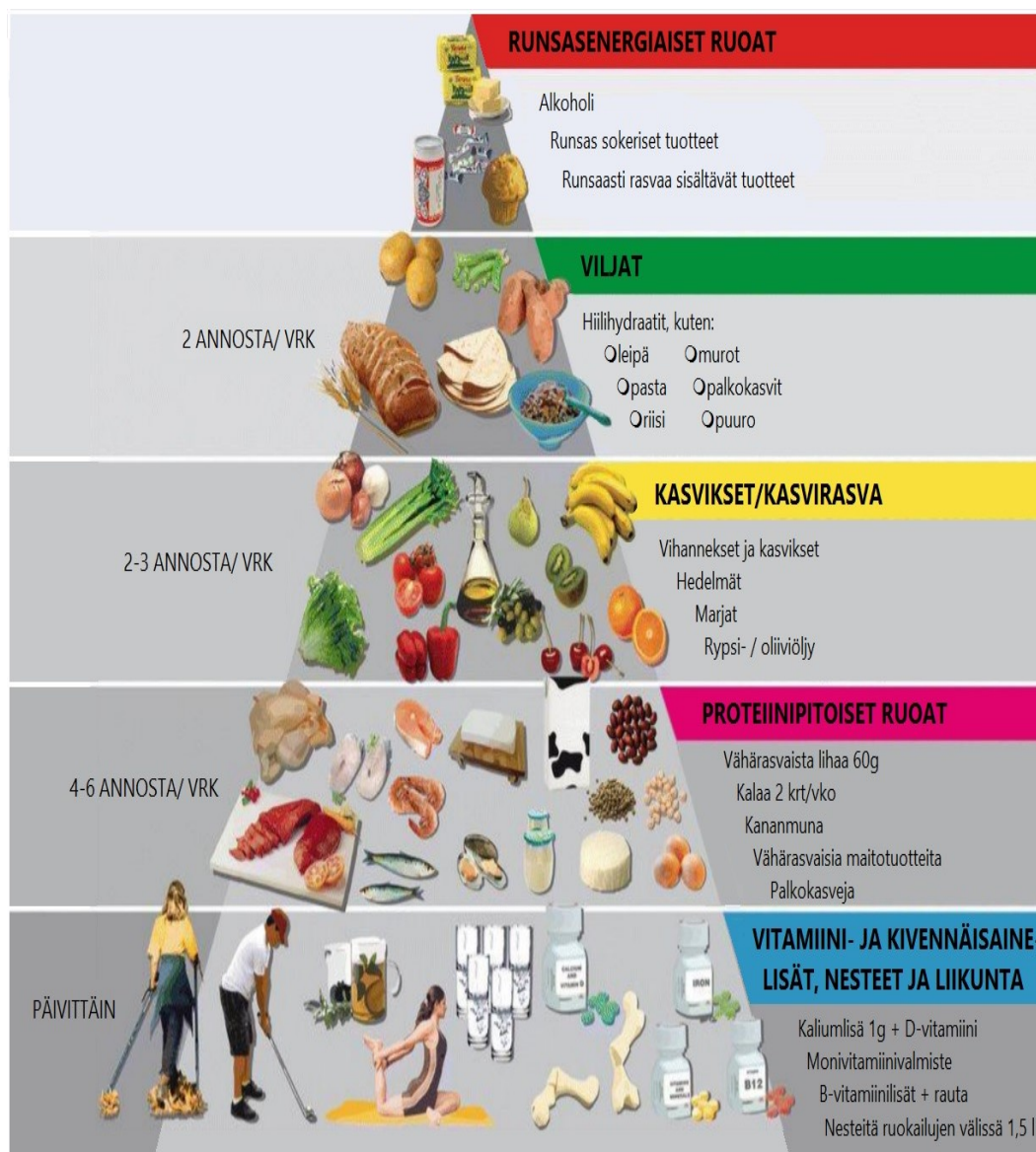
Kun aikaa on kulunut leikkauksesta yli kuukausi, lihavuusleikatun potilaan tulee erityisesti kiinnittää huomiota ruoan laatuun ja koostumukseen. Ruoan tulee olla terveellistä ja monipuolista: kasviksia ja hedelmiä, tummia viljatuotteita, vähärasvaisia maitotuotteita, kalaa ja mureaa lihaa. (Sane & Pietiläinen 2015, 261). Valkuaisen (proteiinin) määrän suositus on 60-120 grammaa vuorokaudessa. Liian pieni valkuaisen saanti johtaa

lihassmassan menetykseen potilaan laihtuessa. (Herber, Greenway, Kaplan, Livingston, Salvador & Still 2010.) Lihasta, kalasta ja kanasta saa valkuaisen (proteiinin) lisäksi rautaa ja B12-vitamiinia, joiden puute on leikkauksen jälkeen mahdollinen. Kalasta saa lisäksi D-vitamiinia ja hyödyllisiä omega-3-rasvahappoja. Pitkäkuituisia ja sitkeitä ruoka-aineita on syytä välttää, samoin suolistossa turpoavia siemeniä. Rasvainen ruoka tuo leikkauksen jälkeen turhaa energiaa. Alkoholit eivät ole kielletty, mutta sen sisältämät kalorit heikentävät laihtumistulosta. (Sane & Pietiläinen 2015, 261; Moizé ym. 2010.)

Lihavuusleikattu potilas tarvitsee lihavuusleikkauksen jälkeen, ruokavalion täydentämiseksi, lisäravinteita läpi loppuelämän. (Moizé ym. 2010.) Kaikille lihavuusleikatuille suositellaan monivitamiinivalmisteen käyttöä, D-vitamiinia 10-20 ug päivässä (leikatun potilaan seerumin D-vitamiinipitoisuus tulisi olla yli 50nmol/l), kalsiumlisää 500-1000 mg päivässä ja tarpeen mukaan B12-vitamiinia joko tablettimuodossa tai pistoksina. (Sane & Pietiläinen 2015, 263.) Lisäksi tarpeen mukaan suositellaan A-vitamiini- ja foolihappolisää. (Käypähoito 2013).

Kun lihavuusleikatun potilaan elimistö on tottunut normaalirakenteiseen ruokaan, voidaan ruokapyramidin (Kuvio 5.) avulla havainnollistaa ravintoaineiden painotukset. Ravintopyramidin perustana on lisäravinteet joita tulisi ottaa päivittäin, lisäksi joka päivä tulee pitää huolta riittävästä nesteiden määrästä sekä liikunnan merkitys on olleellinen pysyvien tuloksien saavuttamiseksi. Ensimmäisellä tasolla löytyy proteiinit, joita tulee nauttia useita kertoja päivässä. Hedelmien ja kasvien osuutta tulee kontrolloida ensimmäisen vuoden kuluessa, mutta myöhemmin niitä tulee syödä 2-3 kertaa päivässä. Lihavuusleikattujen potilaiden tulee syödä päivittäin kontrolloidusti hiilihydraatteja. Ruokavaliosta tulisi karsia runsaasti rasvaa sekä sokeria sisältävät ruoat. (Moizé ym. 2010.)

Ruokapyramidin avulla (Kuvio 5.) potilaiden on helppo hahmottaa, miten ruokavaliota tulisi muuttaa leikkauksen jälkeen.



Kuvio 5. Ruokapyramidi lihavuusleikatuille potilaille (muokattu Moizé ym. 2010)

Lihavuusleikkaus ei takaa varmaa menestystä painon pudotuksessa, onnistumisen tueksi potilas tarvitsee ohjausta ja kannustusta elämäntapamuutokseen moniammatilliselta työryhmältä. Herber ym. (2010) mukaan potilasta tulee ohjata ennen leikkausta ja erityisen tärkeänä pidetään moniammatillista ohjausta leikkauksen jälkeen.

4 POTILASOHJAUS

Sairaanhoitajan antaman sanallisen ja kirjallisen ohjauksen merkitys korostuu lihavuusleikattujen potilaiden jatkohoidon onnistumisessa.

Sairaanhoitajan on tärkeää riittävän tiedon antamisen avulla vahvistaa potilaan oman elämän hallinnan tunnetta. Tämän vuoksi perehdyttämekin tässä kappaleessa potilasohjaukseen käsitteenä sekä kirjallisen oppaan merkitykseen ohjauksen tukena.

4.1 Ohjaus käsitteenä

Hoitotieteessä ohjaus-käsite määritellään ammatilliseksi toiminnaksi tai prosessiksi, jossa kaksi asiantuntijaa toimii aktiivisesti tasavertaisessa yhteistyössä. (Jaakonsaari 2009. 9). Ohjauksessa potilas ja sairaanhoitaja selkeyttävät yhdessä potilaan tilannetta, sekä asettavat tavoitteet. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Potilasohjaus hoitotyössä perustuu lakeihin, ammattikäytänteisiin sekä suosituksiin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus saada hoitoonsa liittyvää tietoa riittävästi. Näiden riittävien tietojen perusteella potilaan hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Terveystieteiden laki (1326/2010) määrittää, että jokaisen kunnan on järjestettävä terveydenhuollon palvelut / sairaanhoitopalvelut. Lain mukaan näihin palveluihin tulee sisältyä mm. potilasohjausta, jonka tarkoituksena on tukea potilaan omahoitoa ja hoitoon sitoutumista. Lakien lisäksi potilasohjauksen tärkeyttä ja merkityksellisyyttä korostaa myös Hoitotyön suositukset v. 2011 ja 2013. (Lipponen 2014, 13-15.)

Hoitotyössä potilasohjaus on yksi keskeisimmistä auttamismenetelmistä, jonka merkitys tulee korostumaan tulevaisuudessa entistä enemmän. Tämä siksi, koska potilaat ovat nykyään entistä tietoisempia omista oikeuksistaan sekä sairaudestaan ja sen hoidosta. (Kääriäinen & Kyngäs 2014; Lipponen 2014, 17.)

Potilasohjauksella pyritään tukemaan potilaan toimintakykyä, itsenäisyyttä sekä lisäämään omatoimisuutta. Jotta voidaan parantaa potilaan hoitoon sitoutumista, tulee sairaanhoitajan arvioida aluksi potilaan hoitoon sitoutumista edistävät ja heikentävät tekijät. (Kyngäs, Henttinen 2009, 109-110.) Ohjaustilanteessa potilas on itse aktiivinen, omiin asioihin ja kysymyksiin ratkaisuja etsivä henkilö. Sairaanhoitajan tehtävänä on motivoivan haastattelun periaatteiden mukaan tukea potilasta hänen päätöksissään, mutta ei antaa valmiita vastauksia. Onnistunut potilasohjaus tuo taloudellisia säästöjä, lyhentää hoitoaikoja sekä lisää potilaiden tietoa ja halua ottaa vastuuta omasta terveydestään. Näiden ansiosta hoitomyönteisyys paranee. (Kääriäinen & Kyngäs 2014; Lipponen 2014, 17; Järvinen 2014.)

Informaatioteknologia ja sen kehittyminen ovat tuoneet mukanaan paljon uusia mahdollisuuksia potilas ohjaukseen. Näitä uusia menetelmiä ovat puhelinohjaus, tekstiviestiohjaus, sekä internet-perustainen potilasohjaus. Esimerkiksi internetin avulla voidaan potilaille antaa tietoa, joka ei ole aikaan tai paikkaan sidottua. Haasteena on tietojen päivittäminen ja niiden ajan tasalla pitäminen. (Vänskä 2012.)

4.2 Opas ohjauksen tukena

Mahdollisimman laadukkaan potilasohjauksen takaamiseksi, tulee hoitohenkilökunnan osata ja hallita monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, demonstraatio eli asioiden havainnollistaminen, sekä audiovisuaalinen ohjaus eli videot, tietokone – ohjelmat, sekä puhelin sovellukset. (Lipponen 2014, 18-20.) Potilasohjauksen laadukkuuden takaa hoitohenkilökunnan riittävä ja monipuolinen teoretinen tieto ja käytännön työkokemus ohjattavasta asiasta. Hoitohenkilökunnan tulee päivittää tietonsa säännöllisin väliajoin. (Vänskä 2012.)

Sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää tietämystä potilaan oppimistyylistä eli miten hän omaksuu asioita. Potilas voi omaksua asioita

kielellisesti, visuaalisesti, tekemällä, musiikin tai rytmin avulla. Potilaan oppimistyylin selvittämiseen tarvitaan taustatekijöitä sekä keskustelua hänen kanssaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Kyngäs & Henttinen (2009, 225-226) mukaan potilasryhmälle suunniteltu ja kohdennettu tieto voi helpottaa sitoutumista muutokseen. Oikean ja oleellisen tiedon antamisen ohella, potilaat tarvitsevat usein terveydenhuoltohenkilöstöltä apua ja tukea. Potilaan löytämä tieto voi olla ristiriidassa terveydenhuoltohenkilökunnalta saadun tiedon kanssa.

Potilasturvallisuus on yksi keskeinen asia hoidon turvallisuuden varmistamiseksi, ja toimiva kommunikaatio sen perusidea. Ajantasalla oleva tieto lisää potilasturvallisuutta. Suullisesti annettava tieto on hyvin herkkä ympäristöstä tuleville häiriöille ja virheitä suullisesti annetun tiedon tulkinnassa tapahtuu yllättävän paljon. Potilasturvallisuuden huomioimiseksi sairaanhoitajan on aina vastaanotolla varmistettava potilaalta, että hän on ymmärtänyt ohjattavan asian oikein. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 189-190.)

4.3 Sairaanhoitaja lihavuusleikatun potilaan ohjaajana

Lihavuusleikkauksessa olleet potilaat tarvitsevat elinikäisen seurannan kansainvälisten suositusten (Herber ym. 2010) sekä Aikuisten lihavuuden - Käypä hoito -suosituksen mukaan. Suosituksista huolimatta, kaikki lihavuusleikatut potilaat (30%) eivät käy lääkärin / sairaanhoitajan seurannassa säännöllisesti. Ravitsemusterapeutin säännölliset seurantakäynnit toteutuvat puutteellisesti jopa yli puolella potilaista. (Käkelä, Torpström, Venesmaa, Ilves, Junnila, Penttilä, Martikainen, Gylling, Pääkkönen & Pihlajamäki 2013.)

Lihavuusleikatun potilaan hyvän ravitsemustilan ylläpitämisessä ja seurannassa sairaanhoitajalla on merkittävä ja keskeinen rooli. Osastolla heti leikkauksen jälkeen, sairaanhoitajan tulee tietää potilaan ravitsemustila ja yleisvointi kokonaisvaltaisesti, sekä seurata niissä tapahtuvia muutoksia säännöllisesti. Sairaanhoitaja on helposti potilaan

saatavilla, ongelmatilanteiden tai kysymysten ilmaantuessa. Hän huolehtii, että lihavuusleikattu potilas saa juuri hänelle sopivaa ruokaa, ja on tarpeen vaatiessa yhteydessä ravintokeskukseen. (Sinisalo 2015, 204.)

Päijät-hämeessä lihavuusleikatut potilaat käyvät erikoissairaanhoidon seurannassa 5 vuotta lihavuusleikkauksen jälkeen. Seuranta toteutetaan kirurgian poliklinikalla Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Kun leikkauksesta on kulunut 5 vuotta, ongelmattomat potilaat siirtyvät seurantaan perusterveydenhuoltoon, omalle terveysasemalleen tai työterveyteen. Näissä organisaatioissa kaikki sairaanhoitajat ottavat vastaan lihavuusleikattuja potilaita ja antavat potilasohjausta. Suositeltavaa olisi, että yhtä potilasta hoitaisi yksi ja sama sairaanhoitaja, mutta tällaista järjestelmää ei ole vielä luotu.

Sairaanhoitajan on tärkeää ohjata lihavuusleikattu potilas sitoutumaan elämäntapa muutokseen, sekä tukea potilasta sopeutumaan oman kehonkuvan muutokseen leikkauksen jälkeen. Potilaalle on kerrottava rehellisesti, ettei pelkkä leikkaus takaa painon pudotusta tai pysyviä tuloksia. (Penttinen 2012, 22-23.) Motivoivan haastattelun keinoin sairaanhoitaja voi ohjata potilasta muutoksessa, mutta ne eivät aina takaa tuloksia heti. Tarkoituksena on herättää potilaassa ajatuksia, joihin voidaan palata seuraavalla tapaamiskerralla. (Järvinen 2014).

Potilaan sitoutuminen elämänmuutokseen vaatii aktiivista työtä päivittäin, jotta onnistuneita tuloksia saavutetaan. Muutokset arjessa ja elämäntavoissa ovat suuria ja punnittavana on hyödyt sekä uhraukset. (Kyngäs & Henttinen 2009, 209.) Sairaanhoitajan on tärkeää ohjata potilaalle oikea tapa toimia ruokailuun liittyvissä repsahduksissa, joita varmasti jokaiselle potilaalle sattuu, jossain hoidon ja seurannan vaiheessa. Potilaalle on hyvä opettaa, miten hallita repsahdukset, ja miten toimia välttääkseen niitä. (Aro ym. 2012, 366-367.)

Sairaanhoitajan vastaanotolla tulee arvioida säännöllisesti ja asianmukaisesti lihavuusleikatun potilaan ravitsemustilaa sekä mahdollisia puutostiloja. Käynnin yhteydessä tulee kartoittaa lisäravinteiden käyttöä ja

tarvetta. (Sinisalo 2015, 204). Lihavuusleikattujen potilaiden ohjauksessa sairaanhoitajan tulee erityisesti painottaa lääkärin määräämien vitamiini- ja lisäravinnevalmisteiden säännöllisen käytön tärkeyttä, koska vitamiini- ja hivenainepuutokset näkyvät usein vasta pitkän ajan kuluttua leikkauksesta. Tärkeää on kertoa, mihin komplikaatioihin ravintoaineiden puutokset voivat johtaa. (Penttinen 2012, 56-57.) Sairaanhoitaja arvioi lisätutkimusten tarpeen esimerkiksi lääkärin tai ravitsemusterapeutin vastaanotolle ja tekee tarvittavat lähetteet. (Sinisalo 2015, 204).

Lihavuusleikattujen potilaiden ohjausta voidaan toteuttaa, yksilöohjauksen lisäksi ryhmäohjauksella. Sairaanhoitaja toteuttaa yksilö-, sekä ryhmäohjausta yhteistyössä ravitsemusterapeutin kanssa. Ryhmäohjauksessa, potilaat saavat vertaistukea muilta lihavuusleikatuilta. Vertaistuki edesauttaa potilaiden hoitoon sitoutumista. Ryhmäohjauksen huonona puolena on kuitenkin potilaiden yksilöllisyyden heikko huomioiminen, sekä tavoitteet ovat yleensä asetettu yleiselle tasolle. Lihavuusleikatuille potilaille on myös omia internet-sivuja, joiden kautta annettavan ja saadun mahdollisuuden vertaistukeen, on informaatioteknologian kehittyminen mahdollistanut. Nämä internet-sivut ovat usein hyviä kanavia vertaistuen saamiselle, mutta niissä piilee myös aina riski tiedon vääristymisestä. Yhden ihmisen kokemus muuttuu yleiseksi totuudeksi asiasta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 113-114.)

Sairaanhoitajan tulee huolehtia, että potilaan hoito toteutuu suositusten mukaisesti ja potilas saa laadukasta ja kokonaisvaltaista hoitoa. (Sinisalo 2015, 204).

5 MENETELMÄ

Opinnäytetyömme on toiminnallinen. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää, ohjeistaa ja järkeistää työelämän toimintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 9.) Tämän työn toiminnallisessa osuudessa tehtiin kirjallinen opas. Toiminnallista osuutta arvioimme tekemällä palautekyselyn Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikan sairaanhoitajille.

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen on prosessi, jonka ensimmäinen vaihe on opinnäytetyön aiheen miettiminen eli ideointivaihe. Opinnäytetyön aiheeksi kannattaa valita aihe, josta on itse kiinnostunut, ja jota työelämä voi hyödyntää. Jotta opinnäytetyön aihe ja sen tavoitteet olisivat tiedostettuja ja perusteltuja, tehdään toimintasuunnitelma. Toiminnallisen opinnäytetyön toimintasuunnitelmassa jäsennetään se, mitä ollaan tekemässä: kartoitetaan lähtötilanne ja kohderyhmä, luodaan tavoitteet, sekä etsitään teoretietoa eli tehdään ns. teoreettinen viitekehys. Toimintasuunnitelmassa pohditaan myös, mitä materiaalia opinnäytetyöhön tarvitaan, sekä kerrotaan myös opinnäytetyön aikataulu. Tutkimuskysymyksiä tai tutkimusongelmaa ei toiminnallisessa opinnäytetyössä esitetä. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 26-30.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotetaan aina jokin konkreettinen tuote, esimerkiksi opas, ohjeistus tai cd / dvd. Toiminnallinen opinnäytetyö jakautuu aina kahteen osaan; toiminnallinen osuus ja opinnäytetyön kirjallinen raportti. Toiminnallisen opinnäytetyön molempien osuuksien tulee aina perustua näyttöön perustuvaan teoretietoon. Toiminnallisella opinnäytetyöllä osoitetaan oman alan tietojen ja taitojen riittävä hallinta. (Pohjannoro & Taijala 2007, 15-16; Vilkkä & Airaksinen 2012, 9-10.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on oltava toimeksiantaja, joka on työelämän edustaja. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen opettaa opiskelijoille vastuuntuntoa ja projektinhallintaa, koska toimeksiantajan

kanssa sovitaan toimintaehdoista, tavoitteista, sekä aikatauluista. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen opettaa myös tiimityöskentelyä, mikä korostuu nykypäivänä työelämässä. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 16-18.)

Opinnäytetyömme on toiminnallinen, koska opas on konkreettinen tuotos. Opinnäytetyömme yhdistää teoreettisen viitekehysten työelämän tarpeisiin. Palautetta pyydettiin palautekyselyllä kirurgian poliklinikan sairaanhoitajilta. Teimme palautekyselyn toiminnallisen osuuden hyödyllisyydestä käytännössä. Palautekyselyn kysymykset muotoiltiin avoimiksi ja niillä pyrittiin saamaan tietoa oppaan riittävästä tietosisällöstä, selkeydestä ja mahdollisista kehityskohdista. (LIITE 1)

5.2 Toiminnallisen työn arviointi ja analysointi

Toiminnallisessa opinnäytetyössä arvioidaan opinnäytetyön idea ja kohderyhmä, opinnäytetyölle asetetut tavoitteet ja niiden saavuttaminen, sekä opinnäytetyön tietoperusta eli teoreettinen viitekehys. Toiminnallisen opinnäytetyön arviointia tehdessä huomioidaan näyttöön perustuvan tietoperustan toimivuus, sekä arvioidaan tehty tuotos ja sen hyödyllisyys käytännön työelämässä. Lisäksi arvioidaan opinnäytetyöprosessin alussa asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi elää koko tekovaiheen ajan. Siksi tuleekin myös pohtia, mitä tavoitteita ei saavutettu ja miksi, sekä mitä tavoitteita muutettiin ja miksi. Tämän jälkeen esitetään tulevaisuudennäkymät sekä esiin nousseet mahdolliset jatkotoimenpiteet. (Pohjannoro & Taijala 2007, 24-27; Vilkkä & Airaksinen 2012, 154-156.)

Toiminnallisen opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta kannattaa pyytää palautetta esimerkiksi toimeksiantajalta ja kohderyhmältä. Palautetta kannattaa pyytää tuotoksen toimivuudesta ja käytettävyydestä. Palautetta pyydetään myös opinnäytetyön ammatillisesta merkittävydestä, sekä opinnäytetyön aiheen kiinnostavuudesta. Saatua palautetta voidaan käyttää oman arvioinnin tukena. Toiminnallisessa opinnäytetyössä

arvioidaan toteutustapa, jolla tarkoitetaan toimintatapoja ja menetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi, sekä teorian tiedon hankinta ja lähteiden löytäminen. Oppaan tekemisessä tämä tarkoittaa kaikkia niitä asioita, mitkä liittyvät oppaan valmistamiseen. Esimerkiksi toteutustavan onnistuminen, materiaalin valinta, sekä muut tekniset elementit. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 157-159.)

Opinnäytetyön prosessin raportointi ja opinnäytetyön kieliasu, sekä oikeinkirjoitus arvioidaan toiminnallisessa opinnäytetyössä. Kieliasua ja oikeinkirjoitusta arvioi yleensä suomen kielen opettaja. Toiminnallisessa opinnäytetyössä arvioidaan myös opinnäytetyön johdonmukaisuus ja luettavuus, sekä lauserakenteiden selkeys. Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa on osoitettava oma ammatillinen kasvu sekä taidot yhdistää käytännön ammatilliset taidot ja teoreettinen tieto. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on hyvä arvioida myös epäonnistumiset ja syyt niihin, ja miten ne voitaisiin jatkossa välttää. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 159-161.)

5.3 Tiedonhankintaprosessi

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kuvattava tiedonhankintaprosessi eli kerrotaan, miten tieto on hankittu. Käytännön toiminnan eli ns. toiminnallinen osuus ja sen eteneminen on myös kuvattava. Lopuksi toiminnallisesta opinnäytetyöstä tehdään raportti, jossa on kerrottu, toiminnallisen osuuden sekä teoreettisen viitekehyksen lisäksi, myös millaisia johtopäätöksiä opinnäytetyön prosessin aikana on tehty. Siinä myös opinnäytetyön tekijät arvioivat omaa oppimistaan. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 53-56, 65.)

Tiedonhankintaprosessi lähti liikkeelle Hoitajankadun kirjastosta, jossa selvitettiin, millaista tutkimusta on aiheesta. Lähdimme rajaamaan aihetta yhdistäen lihavuusleikkaus ja ravitsemus. Tiedonhaussa huomioimme leikkauksen aiheuttamat ravitsemukseen liittyvät puutostilat ja imeytymishäiriöt. Perehdyimme ensin MastoFinnan tiedonhaun tarjontaan, käyttämällä yksinkertaisia hakusanoja: ”lihavuusleikkaus” ja

”lihavuuskirurgia”. Tätä tehdessä, totesimme tietoa löytyvän runsaasti näillä yksittäisillä hakusanoilla. Yhdistäessämme hakuun ravitsemuksen ja vitamiinit, saatavilla oleva tietomäärä väheni huomattavasti.

Opinnäytetyön aihealue rajattiin tietoisesti, ja toimeksiantajan toiveiden mukaisesti, käsittelemään vain ravitsemukseen liittyviä asioita ja erityispiirteitä. Opinnäytetyön prosessin alussa etsittiin näyttöön perustuvaa lähdemateriaalia sekä elektronisista, että kirjallisista lähteistä. Kävimme opinnäytetyöprosessin aikana kahdesti tiedonhakuklinikalla, jossa saimme apua ja ohjausta tiedonhakuun sekä erilaisten tietokantojen käyttöön. Tiedonhaussa käytimme asiasanoja: lihavuus, ylipaino, leikkaushoito, ravitsemus, ravitsemushäiriöt, puutostilat, lisäravinteet, potilasohjaus ja opas. Asiasanojen tarkastuksessa käytimme Tero-tietokantaa. Kävimme myös Päijät-Hämeen keskussairaalan tieteellisessä kirjastossa, jossa saimme apua ja ohjausta kansainväliseen tiedonhakuun ja kansainvälisten tietokantojen käyttöön. Kansainväliset hakusanat tiedonhaussa: obesity, overweight, surgical treatment, nutrition, nutritional disorders, deficiencies, nutrient products, patient information and guidance. Tietoa haimme seuraavista tietokannoista; MASTO-Finnasta, Melindasta, Terosta, Academic Search Elite:sta (EBSCO), Medicistä ja PubMedistä. (Taulukko 2.)

Lähteitä tarkasteltaessa kiinnitimme ensimmäisenä huomiota julkaisuvuoteen ja lähteen luotettavuuteen. Lähdeaineiston rajasimme alle kymmenen vuotta vanhoihin lähteisiin, mutta jouduimme tekemään muutaman poikkeuksen, kun tuoreempaa tietoa ei ollut saatavilla. Lähteiden saatavuuden haasteena oli suomalaisen tutkimustiedon löytäminen erityisesti vitamiinien vaikutuksesta lihavuusleikatuilla potilailla. Näistä kuitenkin löytyi englanninkielisiä lähteitä.

Lähdeaineiston rajasimme niin, että etsimme pääsääntöisesti väitöskirja tasoisia lähteitä, mutta käyttämillämme hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä, ei väitöskirjoja löytynyt. Saatavilla oli tuoretta tietoa vitamiinien vaikutuksesta lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksessa, lähinnä kansainvälisissä artikkeleissa. Näistä otimme tarkasteluun ja

opinnäytetyömme lähteeksi 4 artikkelia. Lähteissä huomioimme myös hoitotieteelliset artikkelit, joiden tekijät olivat yleisesti tunnettuja, useissa koontilähteissä ja kirjoissa mainittuja.

Taulukko 2.

MEDIC			
Hakusana	Rajaukset	Lähteitä löytyi	Lähteitä otettu
Lihavuus	2010-2017, Väitöskirja	7	1
Potilasohjaus	2010-2017, Väitöskirja	14	1
Ohjaus, lihavuus	Väitöskirja	1	1
Vitamiinit, Lihavuusleikkaus	2010-2017	1	1
Vitamiin B12, Bariatric surgery	2010-2017	8	3
MELINDA			
Lihavuus, leikkaushoito	2010-2017	9	1
CINAHL			
Bariatric surgery vitamin	2010-2016	47	-
PUB MED			
Nutrition, Bariatric surgery	2010-2017	178	4

6 OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA JA KOHDERYHMÄ

Toimeksiantajana tässä opinnäytetyössä toimi Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikka ja siellä erityisesti asiantuntijasairaanhoitaja Ritva Kaikkonen. Kirurgian poliklinikalla lihavuusleikatut potilaat käyvät lihavuusleikkausprosessin aikana, ennen ja jälkeen leikkauksen, säännöllisessä seurannassa.

Kohderyhmä kartoitettiin ennakoon sähköpostikyselyllä, joka lähetettiin Lahden ja ympäristökuntien (Heinola, Nastola, Orimattila) terveysasemien sairaanhoitajien esimiehille sekä Lahden keskustan ja Launeen alueen neuvoloihin. Vastausten perusteella sekä keskusteluissa toimeksiantajamme kanssa suurin tiedon tarve oli terveysasemien sairaanhoitajilla ja sen vuoksi kohderyhmäksi valikoitui siellä vastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat. Koska Päijät-Hämeen alueella terveysasemilla ei tällä hetkellä ole kohdennettua omahoitaja-järjestelmää, voi lihavuusleikattu potilas tulla kenen tahansa sairaanhoitajan vastaanotolle.

Kohderyhmästä jätettiin pois neuvoloissa työskentelevät sairaanhoitajat, koska siellä vastaanotoilla käyvät lihavuusleikatut potilaat, nuoret naiset, ovat marginaalisen pieni ryhmä kaikista lihavuusleikatuista potilaista. Toisaalta he ovat myös erityisseurannan kohteena ja siten myös erikoissairanhoidossa järjestettävän hoidon piirissä.

7 OPPAAN SUUNNITTELU

Oppaan suunnittelu aloitettiin keväällä 2016, jolloin oli tapaaminen toimeksian kanssa. Toimeksiantajalla oli omat toiveet ja vaatimukset oppaan sisällöstä. Hän toivoi lyhyttä, ydinasiat sisältävää opasta, joka voidaan myöhemmin laittaa sähköiseen infokanavaan.

Oppaan suunnitteluvaiheessa ideoitiin oppaan ulkoasua ja rakennetta ideakarttaa apuna käyttäen. Huomio kiinnitettiin tekstin selkeyteen ja helppolukuisuuteen sekä oleellisen tiedon tiivistämiseen muutamaa sivuun. Torkkola, Heikkinen & Tiainen (2002, 53-55) ohjeistaa kiinnittämään huomiota oppaan hyvään ulkoasuun, hyvin taitettu ohje parantaa ymmärrettävyyttä sekä houkuttelee lukemaan. Opaan ilmavuus ja tyhjän tilan käyttö tuo selkeyttä. Asettelumallissa on otettava huomioon niin otsikot, tekstit kuin kuvien asettelu.

Oppaan suunnittelussa huomioitiin sairaanhoitajan vastaanottoajan rajallisuus, joka asetti vaatimukset tiedon määrälle. Sen vuoksi oppaassa olevan tiedon tuli olla tiiviissä, lyhyessä ja helppolukuisessa muodossa.

Suunnitteluvaiheessa etsittiin valmista word-pohjaa, johon opas voitaisiin tehdä. Oppaan suunnittelussa pohdittiin luettavuutta. Sitä parantaa se, että tekstissä on selkeät ja lyhyet otsikot, sekä riittävän selkeä ja iso fonttikoko. Mietimme oppaan sivujen määrää, oppaan kokoa sekä tekstin ja sivujen asettelua. Mietimme myös oppaassa käytettäviä kuvia, niiden selkeyttä ja kokoa sekä niiden asiayhteyttä.

8 OPPAAN TOTEUTUS

Kun käytetään kirjallista ohjausmateriaalia, esimerkiksi opasta, potilasohjauksen tukena, on tärkeää kiinnittää huomiota oppaan sisältöön. Oppaan ohjeiden / tiedon tulee olla oikeaa eli virheetöntä ja ajan tasalla olevaa, sekä objektiivista. Oppaan sisällöstä tärkeintä on tieto, joka on olennaista potilaan hoidon kannalta. (Liimatainen, Hautala, Perko 2005, 50.)

Opasta tehdessä tehtiin tietoinen valinta rajata oppaan sisältö tiukasti otsikonmukaisesti. Valinta tehtiin, koska lihavuusleikatun potilaan hoitoon ja potilasohjaukseen liittyy paljon huomioitavia asioita, eikä oppaasta haluttu tehdä liian laajaa ja siten vaikeaa käyttää. Tämä oli yksi toimeksiantajan toiveista.

Oppaan tekoprosessin aikana jouduttiin vaihtamaan käytetyt kuvat. Aluksi oppaaseen valittiin kuvat internetistä, joiden käyttöoikeuksia ei tarkistettu. Kuvien käyttöoikeuksiin liittyvissä asioissa, kysyttiin ohjausta informaattikolta. Hänen antamien ohjeiden mukaisesti, oppaaseen haettiin kuvat luvallisesta kuvapankista.

Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanottokäynti on kestoaltaan yleensä puolesta tunnista tuntiin, joten oppaasta tehtiin riittävän tiivis ja kattava paketti. Tiivistetystä oppaasta sairaanhoitajan on helppo ja nopea etsiä tarvittava tieto vastaanottokäynnin aikana. Esitysseminaarin jälkeen oppaaseen lisättiin Päijät-Hämeen keskussairaalan bariatrisen sairaanhoitajan Ritva Kaikkosen yhteystiedot. Tämä tuli esiin palautekyselyssä, jotta perusterveydenhuollossa työskentelevillä sairaanhoitajilla olisi mahdollisuus konsultoida asiantuntijasairaanhoitajaa, vastaanottokäynnillä esiin tulleiden ongelmatilanteiden johdosta. Esimerkiksi silloin, jos potilaalla ilmenee tarve psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanottokäynnille tai potilaan ravitsemustilassa ilmenee jotain sellaista erityistarvetta, jota ei oppaassa ole mainittu.

Varsinainen opas valmistui tammikuussa 2017, jonka jälkeen sovittiin välitapaaminen toimeksiantajan kanssa. Välitapaamisessa pyydettiin tarkistamaan oppaan asiasisältö, sekä kommentoimaan oppaan ulkoasua ja rakennetta. Välitapaamisen jälkeen pyydetyt korjaukset tehtiin oppaaseen. Toimeksiantajan pyynnöstä yhdistettiin asiasisällöistä kalsium ja d-vitamiini-lisien käyttö, korjattiin vatsansuojälääkkeen käytön tarve, sekä tarkennettiin leikkausmenetelmien kuvia.

Esitysseminaari pidettiin kirurgian poliklinikan osastokokouksessa maaliskuussa 2017. Opas tehtiin sähköiseen muotoon seminaariesitystä varten ja lähetettiin toimeksiantajan käyttöön. Opasta voidaan hyödyntää tulevaisuudessa koulutustilaisuuksissa sekä muokata jatkokäyttöä varten. Oppaan tietojen muuttaminen onnistuu ja näin monikäyttöisyys lisääntyy. Sähköisessä muodossa ohjeiden/oppaiden päivittäminen on nopeampaa ja se on helposti saatavilla. Työyksiköissä tulee sähköisen oppaan lisäksi olla painettu opas/ohje. (Torkkola ym. 2002, 60.)

9 OPPAAN ARVIOINTI

Toiminnallinen opinnäytetyö tulee arvioida, jotta voidaan selvittää opinnäytetyön toteutustavan ja käytettyjen menetelmien onnistuminen, sekä tavoitteiden saavuttaminen. (Vilka & Airaksinen 2012, 154-156.) Opas esitettiin Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikalla osastokokouksessa, johon osallistui 20 sairaanhoitajaa. Osallistujille ei laitettu infokirjettä ennakoon, koska opas esitettiin osastokokouksessa tekijöiden toimesta. Toiminnallisen opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta kannattaa pyytää palautetta tuotoksen toimivuudesta ja käytettävyydestä, sekä sen ammatillisesta merkittävydestä ja aiheen kiinnostavuudesta. (Vilka & Airaksinen 2012, 157-159).

Oppaan toimivuudesta, selkeydestä ja hyödyllisyydestä pyydettiin palautetta palautekyselyn avulla. Palautekyselyssä oli 4 avointa kysymystä. Opas ja palautekysely jaettiin jokaiselle tilaisuuteen osallistuneelle sairaanhoitajalle, sekä palaute pyydettiin heti esityksen jälkeen. Kirjallista palautetta saatiin kaikilta tilaisuuteen osallistuneilta. Näiden avoimien kysymysten perusteella pystyttiin arvioimaan tehdyn oppaan toimivuutta sekä tekemään mahdolliset korjaukset ennen lopullista julkaisuseminaaria. Seuraavaksi kuvataan palautteiden tuloksia kysymyksittäin.

Ensimmäisellä kysymyksellä haluttiin tietää, miten opas tukee sairaanhoitajia lihavuusleikkauksen jälkeisessä potilasohjauksessa. Lähes kaikki tilaisuuteen osallistuneet sairaanhoitajat arvioivat oppaassa olevan ydinasiat, jotka olivat koottu tiiviiksi paketiksi, joka helpottaa potilasohjausta ja toimii hyvänä muistilistana. Useissa vastauksissa tuotiin esiin, että oppaan avulla sairaanhoitaja saa kokonaisvaltaisen käsityksen lihavuusleikatun potilaan hoitopolusta Päijät-Hämeen alueella sekä antaa ymmärrystä tämän potilasryhmän kokonaisvaltaisesta hoidosta. Vastauksissa pidettiin tärkeänä, että lihavuusleikatut potilaat saavat samankaltaista ohjausta riippumatta missä terveyskeskuksessa käyvät hoidossa.

” hyvä tsekkaus-lista, jolloin kaikki asiat tulee huomioitua ohjauksessa, korostuu seurannan merkitys ja tärkeys mm. puutostilat”

”Auttaa ymmärtämään miksi seuranta on tärkeää. Havainnollistaa mitä on leikattu ja miten. Tuo esille ravitsemuksen erityispiirteet ja tarvittavat lisäravinteet. Auttaa ymmärtämään puutostiloja ja antaa konkreettisia esimerkkejä ja ohjeita niiden välttämiseksi.”

”Aihe on itselleni vieras. Opas antaisi minulle tiiviissä muodossa perusasiat, joita kävisin pt:n kanssa läpi. Uskon oppaalle olevan käyttöä pth:ssä, koska marginaalisen ryhmän potilaat osuvat harvoin hoitajan kohdalle”

Seuraavassa kysymyksessä haluttiin selvittää oppaan selkeyden. Kaikissa palautteissa opas kuvattiin selkeäksi ja helppolukuiseksi. Oppaan selkeyttä parantamaan saatiin ehdotuksena suurentaa oppaassa käytettyjä kuvia sekä värien käytöstä.

” kompakti opas, erittäin selkeä. Havainnollistaa hyvin hoitopolun eri vaiheet. Kuvavalinnat ovat informatiivisia. Asiat esitetty todella selkeästi ja tekstiä on helppo ymmärtää.”

”opas todella selkeä. Leikkausmenetelmien kuvat voisivat olla suuremmat – nyt niistä ei tahdo saada selvää.”

”Visuaalinen, selke, helppo- nopea lukea läpi”

Kolmannessa kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan, miten opas lisää sairaanhoitajien osaamista lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksesta ja puutostiloista. Vastauksissa kävi ilmi, että oppaassa on tiivistetyssä muodossa sairaanhoitajan tarvitsemat tiedot liittyen tämän potilasryhmän ravitsemuksen erityispiirteisiin. Oppaan avulla sairaanhoitaja osaa kiinnittää huomiota tarpeellisiin asioihin ja lähettää tarvittaessa eteenpäin jatkotutkimuksia varten. Vastaajien mielestä oppaassa on hyvin kerrottu puutostiloista ja ohjeet puutostilojen korjaamisesta sekä tieto

ravitsemuksesta koettiin riittäviksi. Muutamassa vastauksessa tuotiin esiin oppaan merkitys sairaanhoitajien perehdytyksessä ja sitä kautta osaamisen syventäminen sekä muistilistan tärkeys potilasohjauksessa.

” Oppaassa tuotu esiin ne tärkeät asiat, jotka ohjauksessa tulee ottaa huomioon. Hoitaja oppii ottamaan huomioon tälle potilastyypille tyypilliset mahdolliset puutostilat ja ravitsemuksessa huomioitavat asiat.”

”Tämä opas auttaa sairaanhoitajia erityisryhmän seurannassa ja hoidossa. Asia on varmasti monille outo ja uusi. On ehkä kuullut tällaisesta leikkauksesta, mutta syvempää tietoa asiasta ei ole. Helpottaa varmasti sairaanhoitajan vastaanoton työtä. Pystyy ohjaamaan paremmin potilasta ja ohjaamaan tarvittaessa eteenpäin => lääkärille, mikäli graaveja puutostiloja.”

”Hyvin kerrottu puutostiloista. Lisäksi ohjeet tilan korjaamiseksi on tosi kiva / hyödyllinen juttu! Myös ohjeet ravitsemuksesta kattavat. Oppaan avulla hoitaja osaa kiinnittää huomiota tarpeellisiin asioihin”

Lopuksi pyydettiin kehittämisehdotuksia oppaaseen. Opasta toivottiin sähköiseen muotoon, sillä monesti käy niin, että kirjallisena annetut ohjeet jäävät muiden papereiden joukkoon ja sitten, kun sitä tarvitsee ei se ole käsillä. Oppaaseen toivottiin myös keskussairaalan yhteystiedot, jotta sairaanhoitaja voi tarvittaessa saada yksityiskohtaisempaa tietoa tarvitsemastaan asiasta.

”keskussairaalan yhteystiedot”

”sähköiseksi”

10 POHDINTA

Tässä kappaleessa käydään läpi eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä asioita, sekä arvioidaan opinnäytetyön prosessia ja esitetään mahdolliset jatkoehdotukset.

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa opinnäytetyössä sitä, että teksti on eettisesti hyväksyttävää ja tulokset uskottavia ja luotettavia. Tekstin pohjana käytettävät lähteet on merkitty asianmukaisella tavalla, samoin kuin niihin viittaaminen tekstissä. Tämä tukee opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Opinnäytetyö pyrittiin toteuttamaan noudattaen tutkimukseen liittyviä eettisiä toimintatapoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 122.)

Palautekysely toteutettiin kirurgian poliklinikan sairaanhoitajille. Palautekyselyyn vastanneilta ei pyydetty tunnistettavuudelle altistavia tietoja, joka tukee palautekyselyn eettisyyttä. Täten varmistettiin palautteiden luottamuksellisuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Palautekyselyyn vastanneista osalle asia oli tuttua, mutta suurimmalle osalle aihe oli vieras. Näin saatiin toinen näkökulma, joka parantaa saatujen palautteiden luotettavuutta. Palautekyselyt säilytettiin huolellisesti, sekä hävitettiin asianmukaisesti heti niiden analysoinnin jälkeen. Palautekyselyn vastaukset käytiin huolellisesti läpi, ottaen huomioon kehittämissuhteet oppaan toimivuuden parantamiseksi. Palautteiden luotettavuutta saattoi heikentää vastausten kirjoittamiseen käytettävissä ollut aika. Palautetta pyydettiin heti esityksen jälkeen. Vastausten kirjoittamiseen olisi pitänyt varata enemmän aikaa. Riittävä vastausaika olisi mahdollisesti antanut laajemmat vastaukset ja luotettavamman kuvan vastaajien kokonaisvaltaisesta mielipiteestä sekä kehittämissuhteista oppaaseen. Palautekyselyn vastauksia sekä niiden laajuutta arvioitiin kriittisestä näkökulmasta. Koska osa vastauksista oli

hyvin lyhyitä ja yksisanaisia pohdittiin, olivatko kysymykset oikein aseteltuja.

Opinnäytetyön raportin teossa noudatettiin Lahden Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeita. Lähteiden luotettavuus huomioitiin opinnäytetyössä niin, että teoriaosuudessa käytettiin useampaa lähdeä, joista löytyy sama asia. Tekstissä käytetyt lähdeviitteet ja lähdemerkinnät, sekä lähdeluettelo tarkastettiin sekä merkittiin asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyössä ei ole suoraan kopioitu toisten tekijöiden tekstiä, eikä tekstin asiasisältöä ole muutettu alkuperäisestä. Täten opinnäytetyössä käytetyn tiedon varmuusaste on säilynyt. Tällä tavalla opinnäytetyössä on huomioitu ja kunnioitettu lähteenä käytetyn tekstin alkuperäistä tekijää. (Hirsijärvi, ym. 2009, 23-24.)

Oppassa käytetyt kuvat valittiin huomioiden tekijänoikeudet sekä lähteen luotettavuus. Heli Vilja-Sarromaa ohjasi meitä hakemaan kuvia EBSCO.SMARTIMAGEBASE tietokannasta, jonka kuvia käyttävät myös opettajat opetusmateriaalina.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää, opinnäytetyön eri vaiheiden raportointi toimeksiantajalle, sekä säännöllisesti pidetyt yhteistyöpalaverit. Luotettavuutta haluttiin lisätä, pyytämällä toimeksiantajaa tarkastamaan asiasisältö. Opas pohjautuu täysin työelämän tarpeisiin, joten toimeksiantajan rooli on ollut merkittävä sisällön suunnittelussa ja arvioinnissa.

Toiminnallisen opinnäytetyön teoreettista viitekehystä tehdessä, on tärkeää huomioida lähteiden luotettavuus ja kriittisyys. Opinnäytetyössä käytettävän tiedon on oltava oikeellista ja luotettavaa, sekä ajanmukaista, ja nämä asiat on aina varmistettava. Yleensä varma lähdevalinta on tunnetun asiantuntijan tuore, ajantasainen lähde. Lähteissä kannattaa aina suosia alkuperäisiä lähteitä. (Vilkkä & Airaksinen 2012, 72-73.)

Lähdemateriaalia ja kirjallisuushakua arvioitiin kriittisesti. Käytettyjä hakusanoja ja niiden toimivuutta arvioitiin aktiivisesti koko prosessin aikana. Esimerkiksi sanoilla lihavuus tai obesity, löytyi todella paljon tietoa

eri tietokannoista, joista kaikki eivät kuitenkaan olleet käyttökelpoisia juuri tätä opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön prosessin aikana havaittiin, että suomenkielisistä tietokannoista tietoa etsiessä, hakusanoilla lihavuus ja ravitsemus tai lihavuus ja vitamiinit ei tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa löytynytäkään kovinkaan paljon. Kansainvälisistä tietokannoista, hakusanoilla obesity and nutrition tai obesity and vitamins löytyi tietoa huomattavasti enemmän. Huomattiin kuitenkin eroja tiedoissa suomenkielisten ja kansainvälisten lähteiden kohdalla, esimerkiksi vitamiinien saantisuosituksista vuorokaudessa.

Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantosopimukseen ja tutkimuslupaun pohjaten, ja sen merkitys perusteltiin. Toimeksiantosopimus (LIITE 2) laadittiin opinnäytetyöprosessin alussa, jolla haluttiin tarkentaa ja varmentaa osapuolten vastuut ja velvollisuudet opinnäytetyöprosessissa. Päijät-Hämeen keskussairaala velvoittaa toimeksiantosopimusta työelämälähtöisissä opinnäytetyöissä. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2016).

10.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Palautekyselyssä esiin tulleiden asioiden perusteella koottiin ydinasiat tiiviiseen muotoon. Vastaaajien mielestä opas yhdenmukaistaa ja auttaa sairaanhoitajia huomioimaan tämän potilasryhmän erityispiirteitä ja toimii hyvänä muistilistana ohjauksen tukena. Palautekyselyn vastausten analysoinnin yhteydessä, todella vähäisten kehittämisehdotusten ja kriittisten palautteiden puuttuessa pohdittiin, olivatko palautekyselyyn laaditut kysymykset kuitenkaan oikeinaseteltuja ja tarkoituksenmukaisia.

Opinnäytetyöprosessin aikana havaittiin suuriakin eroavaisuuksia lihavuusleikattujen potilaiden hoitopoluissa (ravitsemusterapeutin tapaamiset), sekä ohjauksikäytännöissä eri puolilla Suomea. Esimerkiksi Päijät-Hämeen alueella lihavuusleikattuja potilaita seurataan erikoissairaanhoidossa 5 vuoden ajan leikkauksen jälkeen, kun taas esimerkiksi Kuopiossa ja Tampereella seuranta erikoissairaanhoidossa jatkuu vain 2 vuotta leikkauksen jälkeen. Huomattiin moniammatillisen

yhteistyön merkitys tämän potilasryhmän hoidossa ja ohjauksessa, jotta saavutettaisiin haluttuja tuloksia ja pysyvää muutosta painonhallinnassa.

Lähdemateriaalissa tuli esiin lihavuusleikattujen potilaiden psyykkiset haasteet, minäkuvan muutoksen yhteydessä leikkauksen ja painonpudotuksen jälkeen. Erityisesti psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamiset muutosprosessin eri vaiheissa olisivat tarpeen. Minäkuvan hallitsematon muutos saattaa aiheuttaa muuta riskikäyttäytymistä, aiemman tunnesyömisen tilalle. Näitä ovat mm. alkoholin liikakäyttö, ja siitä osittain johtuva sosiaalinen estottomuus.

Teoriatietopohjaa kootessa huomattiin aiheen rajaamisen tärkeys sekä sen vaikeus. Tietoa lihavuusleikkauksiin liittyen löytyi paljon, mutta ajantasaisen ja tuoreen tiedon kokoaminen koettiin ajoittain hyvinkin haasteelliseksi. Lihavuusleikattujen ravitsemuksesta tietoa on runsaasti, mutta tutkittua tietoa ravitsemuksen vaikutuksesta pitkällä aikavälillä on niukasti. Erityisesti väitöskirjatasoista tietoa lihavuusleikatun potilaan pitkäaikaisseurannasta sekä potilaiden ravitsemustilasta ei Suomesta löydy. Haasteena koettiin, että löydetyissä suomalaisissa ja kansainvälisissä ravitsemus- ja lisäravintesuosituksissa oli eriävää tietoa, esimerkiksi d-vitamiinin päivittäisestä tarpeesta ja suositusannoksesta.

Opinnäytetyö toteutettiin suunnitelman mukaisesti, aikataulut huomioon ottaen. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli opinnäytetyöprosessin aikana helppoa ja yhteydenpito vaivatonta. Vastaukset haluamiimme kysymyksiin saatiin toimeksiantajalta lähes poikkeuksetta saman päivän kuluessa, joka helpotti työskentelyä. Aikatauluja jouduttiin hieman muuttamaan opinnäytetyön prosessin aikana, sen hetkisten olosuhteiden mukaan. Ajallisesti käytettiin liikaa aikaa teoriatiedon hakemiseen ja tutkimiseen. Opinnäytetyön prosessin analysointiin ja aukikirjoittamiseen varattiin liian vähän aikaa ja mielestämme se jäi nyt hieman pinnalliseksi. Opinnäytetyö valmistui kuitenkin alkuperäisten aikataulusuunnitelmien mukaan.

10.3 Kehittämisehdotuksia

Pohdimme, että tulevaisuudessa oppaat tulisi tehdä entistä enemmän sähköiseen muotoon, jolloin ne olisivat kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten ulottuvilla ja helposti / nopeammin saatavilla. Tässä opinnäytetyössä opas tehtiin paperiversion lisäksi myös pdf-muotoisena, joka lähetettiin toimeksiantajan sähköpostiin ja täten hänen käyttöönsä. Sähköiseen sairaanhoitajien käyttöön tulevaan versioon olisi hyvä lisätä asiayhteyksiin internetlinkkejä, jotka ohjaavat tarkemman tiedon lähteelle kuten käypähoito sivustolle.

Mielestämme, tulevaisuudessa lihavuusleikattujen potilaiden hoitoon liittyvissä opinnäytetöissä tulisi huomioida erityisryhmät ja painon pudotuksen merkitys niiden kohdalla. Esimerkiksi nuoret perheen perustamista suunnittelevat, sekä raskaana olevat naiset, ja pitkäaikaissairaat, esimerkiksi diabeetikot ja Tules-vaivoista sekä uniapneasta kärsivät henkilöt.

Pohdimme, miten jatkossa opinnäytetöissä voisi hyödyntää moniammatillista yhteistyötä ja osaamista. Seurantakäyntien puutteellisuus puolestaan aiheuttaa sen, että potilaille tulee ravitsemusongelmia, sekä paino nousee uudelleen, jopa suuremmaksi, kuin ennen leikkausta. (Penttinen 2012, 58). Juuti tuo esiin huolensa lihavuusleikattujen potilaiden säännöllisestä seurannasta terveyskeskuksissa. Juutin mukaan hoitopolku erikoissairaanhoidossa alkaa olla selkeä, mutta potilaiden hoidon siirtyessä terveyskeskuksiin jää usein vuosittainen kontrollikäynti varaamatta. Säännöllisesti seurannassa käyvien potilaiden painon kehitys on parempi kuin niiden jotka laiminlyövät seurannan. Seurantakäynneillä tarkastellaan ravitsemusta, imeytymiseen liittyviä puutostiloja sekä liitännäissairauksia. (Sairaanhoitajalehti 2016)

Esimerkiksi lihavuusleikattujen potilaiden hoitoprosessissa tällä hetkellä fysioterapeuttien osuus Päijät-Hämeen alueella on olematonta. Liikunnan merkitys on kuitenkin yhtä merkittävä osa lihavuusleikattujen potilaiden hoidon onnistumisessa ja pysyvien tulosten saavuttamisessa, kuin

ravitsemus lisäravinteinen. Käypä hoito suosituksen (2013) mukaan lihavuusleikattujen potilaiden hyvään hoitoon kuuluu aina liikuntaohjaus, leikkauksen jälkeisen painonhallinnan yhtenä menetelmänä.

Lihavuusleikatun potilaan hoidon tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista, sekä siinä pitää pyrkiä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen ja saavutettujen tavoitteiden ylläpitämiseen. Yhtenäinen potilasohjaus, joka perustuu yhdenmukaisiin ohjeisiin ja käytäntöihin, takaa lihavuusleikattujen potilaiden tasavertaisen ja laadukkaan jatkoseurannan.

LÄHTEET

Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) 2012. Ravitsemustiede. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Giordano, S. 2011. Bariatric and post-bariatric surgery From Metabolic Surgery to Plastic Surgery Indications. Turun yliopisto. [viitattu 18.3.2017] Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/102273/AnnalesD1153.pdf?sequence=2>

Haapakoski, M. 2009. Ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä psykologista ohjausta sisältävän laitostuntoutuksen vaikutus koettuun terveydentilaan, terveyskäyttäytymiseen ja ilmoitettuun painonkehitykseen.

Seurantatutkimus ylipainoisten TULE-sairaiden kuntoutuskursseista.

Väitöskirja. Kuopion yliopisto. [viitattu 23.2.2017] Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1386-8/urn_isbn_978-951-27-1386-8.pdf

Hakala, P. 2011. Ruokavalio lihavuusleikkauksen jälkeen. Käypä hoito.

[viitattu 21.9.2016] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01694>

Hakala, P. 2010. Lihavuusleikkauksen vaikutus potilaan ravitsemustilaan ja lisäravinteiden tarpeeseen. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Käypä hoito -suositukset. [viitattu 21.9.2016] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=1705428FBB8346D6774E248785F40ADD?id=nix01693>

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.painos.

Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012.

Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Herber, D., Greenway, F., Kaplan, L., Livingston, E., Salvador, J. & Still, C. 2010. Endocrine and Nutritional Management of the Post-Bariatric Surgery Patient: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab (2010) 95 (11): 4823-4843. [viitattu 16.2.2017]

Saatavissa: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jc.2009-2128>

Hänninen, S. 2010. Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihaviin ihmisten kokemana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. [viitattu 27.2.2017] Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66679/978-951-44-8240-3.pdf?sequence=1>

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa -hoitotyön opettajan käsityksiä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. [viitattu 01.10.2016] Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1>

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Duodecim. [viitattu 22.4.2017] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109>

Kyngäs, H., Henttinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Käkelä, P., Torpström, J., Venesmaa, S., Ilves, I., Junnila, E., Penttilä, K., Martikainen, T., Gylling, H., Pääkkönen, M & Pihlajamäki, J. 2013.

Mahalaukun ohitus lihavuusleikkauksena: yhden keskuksen kymmenen vuoden kokemukset ja seurannan haasteet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129(7):756-64. [viitattu 31.3.2017] Saatavissa:

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo10906>

Käypähoito. 2013. Lihavuus (aikuiset). [viitattu 28.2.2017] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoidaja – lehti. [viitattu 21.9.2016]
Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Laboratoriokäsikirja. 2017. Tutkimukset. Yhtyneet Medix laboratoriot.
[viitattu 3.3.2017] Saatavissa:
http://www.yml.fi/tuotekuvaus_show.php?m1=2

Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistys. 2016. Lihavuuden hoitomuodot.
[viitattu 10.1.2017] Saatavissa:
<http://www.limery.fi/index.php?mid=8&pid=34>

Liimatainen, L., Hautala, P., Perko, U.(toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä – innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto paino.

LILE ry. 2017. Tietopankki. Suomen lihavuusleikatut. [viitattu 10.3.2017]
Saatavissa: <http://www.lile.fi/tietopankki#leikkaustavat>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. [viitattu 23.2.2017] Saatavissa:
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Moize, V. Pi-Sunyer, X, Mochari, H. & Vidal, J. 2010. Nutritional pyramid for post-gastric bypass patients. *Obes Surg* 2010; 20: 1133-1141.

Mustajoki, P. 2017. Lihavuus. Duodecim. Terveyskirjasto. [viitattu 27.3.2017] Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042

Mustajoki, P. 2015. Lihavuusleikkaus. Duodecim. Terveyskirjasto. [viitattu 11.9.2016] Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845

- Pekkarinen, T. 2016. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärin käsikirja. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [viitattu 16.2.2017] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01408&p_haku=lihavuusleikkaus
- Penttinen, K. 2012. Kokemuksia mahalaukun ohitusleikkauksista KYS:ssä. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. [viitattu 20.3.2017] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120567/urn_nbn_fi_uef-20120567.pdf
- Pietiläinen, K., Mustajoki, P., Borg, P. (toim). 2015. Lihavuus. Helsinki: Duodecim.
- Pohjannoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulu. [viitattu 21.9.2016] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/8232/Pohjannoro.Hannu.Taijala.Beata.pdf?sequence=2>
- Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2016. Opinnäyte- ja tutkimustyöohjeet. [viitattu 26.4.2017] Saatavissa: <http://www.phhyky.fi/fi/ammattilaisille/opiskelijat-ja-perehdytys/terveysalan-opiskelijat/opinnayte-ja-tutkimustyohjeet/>
- Rantala, M. 2012. Lihavuusleikattujen painonkehityksen yhteys ravinnonsaantiin sekä ennen leikkausta selvitettyyn ahmimiskäyttäytymiseen ja mielialaan. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos ravitsemustiede. [viitattu 19.2.2017] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120105/urn_nbn_fi_uef-20120105.pdf
- Sairaanhoitaja-lehti. Uutiset. 8.8.2016 viitattu 13.3.2017] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/2016/jaako-lihavuusleikattu-heitteille/>

Salminen, P. 2015. Lihavuusleikkaukset. Kirjassa: Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. Porvoo: Bookwell Oy.

Sane, T. 2015. Lihavuusleikkauksen tarpeen arviointi ja hoidon edellytykset. Kirjassa: Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. Porvoo: Bookwell Oy.

Sane, T & Pietiläinen, K. 2015. Seuranta lihavuusleikkauksen jälkeen. Kirjassa: Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. Porvoo: Bookwell Oy.

Sinisalo, L. 2015. Ravitseminen hoitotyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Smart Imagebase. 2015. Scientific and Medical art. [viitattu 19.2.2017]
Saatavissa: <http://ebSCO.smartimagebase.com/gastric-bypass-and-fundoplication/view-item?ItemID=40439>

Smart Imagebase. 2015. Scientific and Medical art. [viitattu 19.2.2017]
Saatavissa: <http://ebSCO.smartimagebase.com/stomach-pouch-stapling/view-item?ItemID=76323>

Sunil, S., Santiago, V., Gougeon, L., Warwick, K., Okrainec, A., Hawa, R., Sockalingam, S. 2017. Predictors of vitamin adherence after bariatric surgery. Obesity surgery 27/2017: 416-423. [viitattu 19.2.2017]
Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-016-2306-x>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2017. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2018. [viitattu 27.2.2017] Saatavissa: <https://www.thl.fi/hankkeet-ja-ohjelmat>

Terveyskirjasto. 2016. Wernicken oireyhtymä. Duodecim. [viitattu 4.3.2017] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt03792

Torkkola, S., Heikkinen, H & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [viitattu 22.3.2017]

Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito eri ikäryhmissä ja tilanteissa: Sairaalloinen lihavuus. Kirjassa: Nuutinen O, toim.

Ravitsemushoito Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vilkkä, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Väitöskirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä. [viitattu 18.3.2017] Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47224/JAMKJULKAISUJA1322012_web.pdf?sequence=1

WHO. 2017. Facts on obesity. [viitattu 27.3.2017] Saatavissa:

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>

WHO. 2016. Obesity and overweight. [viitattu 27.3.2017] Saatavissa:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

LIITTEET

Liite1 Palautekysely sairaanhoitajille

PALAUTEKYSELY:

Kuvaile, miten opas mielestäsi tukee sairaanhoitajia lihavuusleikattujen potilaiden leikkauksen jälkeisessä potilasohjauksessa?

Mitä mieltä olet oppaan selkeydestä?

Kuvaile, miten opas lisää sairaanhoitajien osaamista lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemuksesta ja puutostiloista?

Kehittämisehdotuksia oppaaseen?

Kiitos palautteestasi, sekä kehittämisehdotuksista!

Liite 2 Toimeksiantosopimus

LAMK Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS (TKI opintopisteet)

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen keskussairaala
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Kirurgian poliklinikka / Ritva Kaikkonen
Lähiosoite	Keskussairaalankatu 7
Postinumero ja -toimipaikka	15850 Lahti
Y-tunnus	
Toimipisteen kotikunta	Lahti
Puhelin	03-81911
Sähköposti	Ritva.kaikkonen@phsotey.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄT	
Nimi/nimet ja tunnuksset/tunnukset	Tiina Turunen 1500344 Satu Nevalainen 1500347
Ryhmätunnus/-tunnukset	08SH15KM
Koulutusala ja koulutus tai pääaine	Sairaanhoitaja AMK
Puhelin/puhelimet	050 5344186 Tiina Turunen / 044 0207785 Satu Nevalainen
Sähköposti/postit	Tiina.turunen2@student.lamk.fi satu.nevalainen@student.lamk.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	Heli Oksanen
Puhelin	044 7080795
Sähköposti	Heli.oksanen@lamk.fi
Koulutusala	Hoitotyö

OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Lihavuusleikatun potilaan ravitsemus, puutostilat ja lisäravinteet
Opinnäytetyön tavoite	Lisätä sairaanhoitajan osaamista lihavuusleikatun potilaan ravitsemuksesta ja puutostiloista. Opas ohjauksen tueksi.

SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA	
<input type="checkbox"/> Työelämä maksaa opinnäytetyön tekemisestä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle <input type="checkbox"/> Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti opinnäytetyön tekemistä <input checked="" type="checkbox"/> Tämä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa opinnäytetyöksi määrättyyn <input type="checkbox"/> tutkimuksen tai kehittämistyön toimeksiantajalle.	
ALLEKIRJOITUKSET	
OPISKELIJA	Tiina Turunen
Paikka ja päiväys	15/11/2016
Allekirjoitus ja nimenselvennys	<i>Tiina Turunen</i> TIINA TURUNEN
OPISKELIJA	Satu Nevalainen
Paikka ja päiväys	15/11/2016
Allekirjoitus ja nimenselvennys	<i>Satu Nevalainen</i> SATU NEVALAINEN
OHJAAJA	Heli Oksanen
Paikka ja päiväys	15/11/2016
Allekirjoitus ja nimenselvennys	<i>Heli Oksanen</i> HELI OKSANEN
TOIMEKSIANTAJA	Ritva Kaikkonen
Paikka ja päiväys	9/11/2016
Allekirjoitus ja nimenselvennys	<i>Ritva Kaikkonen</i> RITVA KAIKKONEN

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimiston tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä/tekijät.

Päivitetty 21.4.2015

8. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä		
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty		
Perustelut :		
Aika ja paikka <i>Kallio 1.12.2016</i>		
Allekirjoitus <i>Eja Immonen</i>	Nimen selvennys EJA IMMONEN	Arvo/tehtävänimike <i>myöntäjä, vs.</i>

9. Liitteet päivättyinä

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus- tai hankesuunnitelma
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyönsä tekijänoikeus. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttö- ja päivitysoikeuden omaan toimintaansa. Käyttöoikeudesta ei suorieta palkkiona.
<input type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta /tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
<input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä ?

Tutkimuskoordinaattori lähettää kopiot myönnetystä tutkimusluvasta sähköpostitse:
1) tutkimusluvun hakijalle 2) opetusyhtiölle 3) osastonhoitajalle tai vastaavalle

AMMATTIKORKEAKOULUJEN JA TOISEN ASTEEN SEKÄ HOITOTIETEELISTEN TUTKIMUSLUPIEN PROSESSIKAAVIO PHSOTEY:ssä.





PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

LUPAHAKEMUS Opinnäytetyö tai kehittämishanke Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen tutkimuskoordinaattorille	Saapumispäivä 201116
--	-------------------------

PHSOTEY Dnro: (tutkimuskoordinaattori täyttää) 100/2016	PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi: H 236
---	---

Opiskelija täyttää lomakkeen ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosityksikkö

<input type="checkbox"/> Ensihoito- ja päivystyskeskus	<input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala	<input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus
<input type="checkbox"/> Päijät-Hämeen laboratorion palvelujen liikelaitos, Laboratorion keskus	<input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus	<input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus
<input type="checkbox"/> Yhtymähallinto	<input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus	<input type="checkbox"/> Sosiaalialan osaamiskeskus VERSO

Yksikkö, jossa opinnäytetyö toteutetaan: Kirurgian poliklinikka

2. Tiedot opinnäytetyöstä

Opinnäytetyön nimi	Lihavuusleikatun potilaan ravitsemus, puutostilat ja lisäravinteet
Oppilaitos	Lahden ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksella puhelin ja sähköposti	Heidi Oksanen gsm 044 708 0795 heidi.oksanen@jamk.fi
Opinnäytetyön yhdyshenkilöt/yhdyshenkilöt PHSOTEY:ssä	Riitta Kaikkonen
Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	Tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien osaamista ja tietoa lihavuusleikkattujen potilaiden ravitsemuksesta ja puutostiloista Tarkoituksena on tuottaa kirjallinen opas sairaanhoitajille potilasohjauksen tueksi
Lyhyt kuvaus toteuttamisesta ja menetelmästä	Opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä joka tarkoittaa kirjallista opasta.
Opinnäytetyön aikataulu	Opas valmiina 3/2017 ja julkaisuseminaari 4/2017

3. Opinnäytetyön tekijä / tekijät

Nimi	Satu Nevalainen	Koulutusohjelma	Sairaanholtaja
Osoite	Kyröläinkatu 7 a 7	Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Puhelin	044 0207 785	Sähköposti	satu.nevalainen@student.lamk.fi
Nimi	Tiina Turunen	Koulutusohjelma	Sairaanholtaja
Osoite	Veljestentie 1, 17200 Vääkky	Suuntautumisvaihtoehto	hoitotyö
Puhelin	050 5344 166	Sähköposti	tiina.turunen2@student.lamk.fi

4. Opinnäytetyön kustannuksista vastaa

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija/tutkija	jokin muu, mikä ?
<input type="checkbox"/> PHSOTEY:n tulosyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)	

5. Opinnäytetyön raportoinnista sopiminen

<input type="checkbox"/> Opinnäytetyön raportti toimitetaan luvan myöntäjälle sekä tutkimuskoordinaattoreille
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä järjestetään osastokokous/-koulutus
<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä?

6. Opiskelijan/ opiskelijoiden allekirjoitukset

Päiväys 9.11.2016	
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys
<i>Satu Nevalainen</i>	Satu Nevalainen
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys
<i>Tiina Turunen</i>	Tiina Turunen
Opiskelijan allekirjoitus	Nimen selvennys

7. Ohjaavan opettajan / ohjaavien opettajien allekirjoitukset

Päiväys 9.11.2016	
Ohjaavan opettajan allekirjoitus	Nimen selvennys
<i>Heli Oksanen</i>	Heli Oksanen
Ohjaavan opettajan allekirjoitus	Nimen selvennys

Lihavuusleikatun potilaan ravitseminen, puutostilat ja lisäravinteet

**Opas potilasohjauksen
tueksi**

Sisällys

Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku Päijät-Hämeessä **1**

Leikkausmenetelmät **2**

Lihavuusleikattujen ravitseminen **3**

Lihavuusleikattujen puutostilat ja lisäravinteet **4-5**

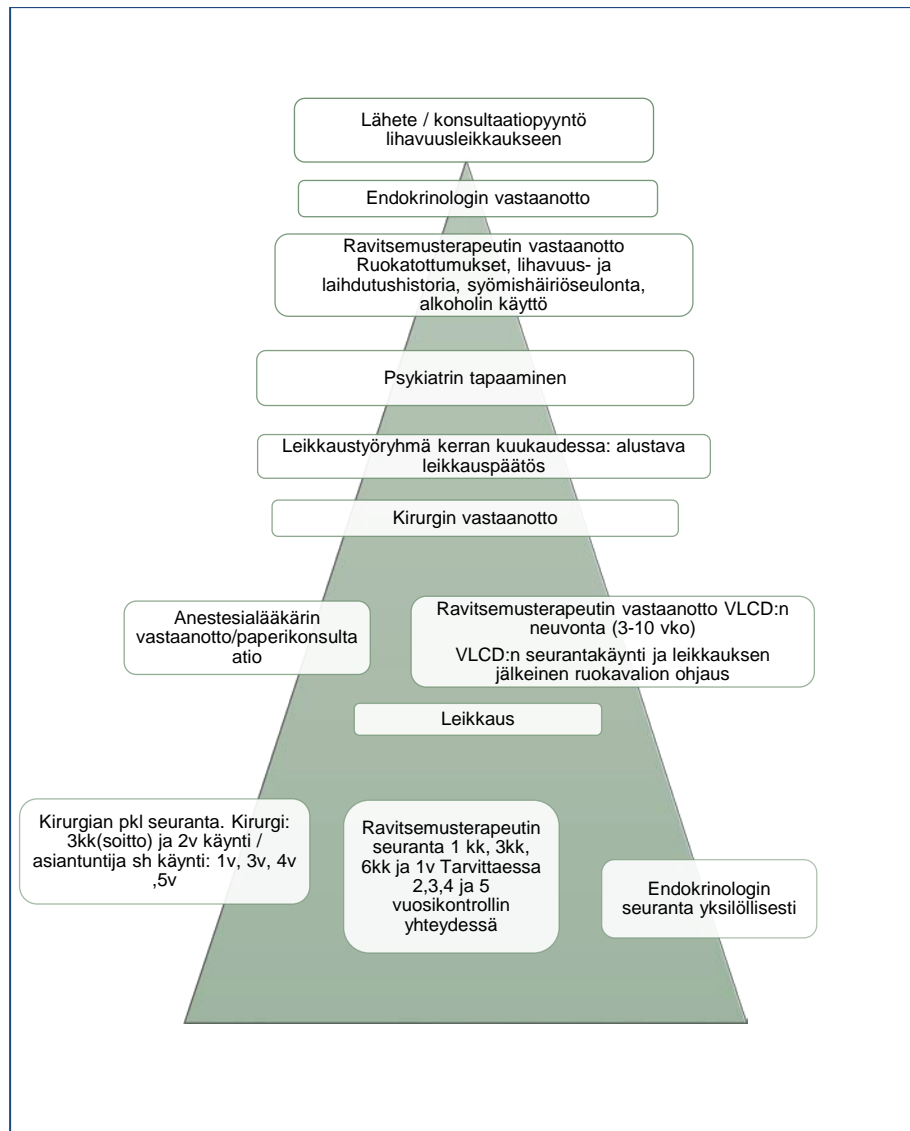
Tarvittaessa voit ottaa yhteyttä:

Ritva Kaikkonen

Asiantuntijasairaanhoitaja, PHKS, kirurgian poliklinikka

044-7195714 // ritva.kaikkonen@phtey.fi

Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku Päijät-Hämeessä

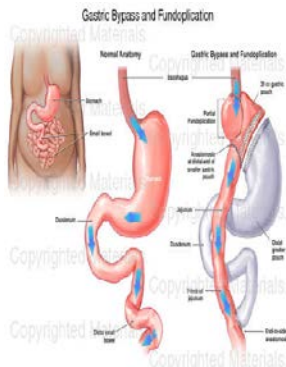


Leikkausmenetelmät

Kriteerit leikkaukseen:

- ➔ BMI vähintään 40 tai 35, jos potilaalla liitännäissairauksia
- ➔ Potilaan ikä 20-60v (65v)
- ➔ Leikkaus ei ole ensimmäinen hoitokeino
- ➔ Potilas sitoutuu elintapojen ja ruokailutottumusten muutokseen

Mahalaukun ohitusleikkaus eli roux-en-y gastric bypass, rygb



- Suomessa käytetyin menetelmä
- Mahalaukusta tehdään 20-50ml:n pussi, johon yhdistetään ohutsuoli
- Leikkaus tehdään tähystysmenetelmällä

Mahalaukun kavennusleikkaus eli sleeve gastrectomy, SG



- Mahalaukun runko-osa poistetaan, jäljelle jää kapea mahalaukkuputki sekä mahalaukun loppuosa
- Mahalaukusta poistetaan n. 2/3
- Leikkaus tehdään tähystysmenetelmällä

Lihavuusleikatun potilaan ravitsemus

Lihavuusleikkauksen tulokset ja onnistuminen laihduttamisessa perustuvat vatsalaukun koon pienenemiseen -> syödyn ruoan määrä pienenee.

Lihavuusleikatun potilaan ruokavalio sisältää:

- Monipuolista terveyttä edistäviä ruoka-aineita
- Proteiinipitoisia valmisteita
- Maitotaloustuotteita
- Kasviksia ja hedelmiä
- Tyhjiä kaloreita sisältävät ruokavalmisteet pois

Ravitsemuksessa kiinnitetään huomiota:

- Pienet annoskoot
- Hidas syömisnopeus
- 5-6 pientä annosta vuorokaudessa
- Riittävä nesteiden saanti (1-1½litraa / vrk)
- Nesteiden nauttiminen ruokailujen välissä
- Ruoansulatusongelmien ennaltaehkäisy
- Suolen tukkeutumisriskiä lisäävien ruoka-aineiden välttäminen: sitkeä liha, hedelmien ja tomaatin kuoret, kovakuoriset ja siemenelliset marjat, leseet, siemenet.
- Vältetään myös: kääritettyjä ruokavalmisteita, ruisleipää, tuoretta vaaleaa leipää, hiilihappopitoisia juomia

Lihavuusleikatun potilaan puutostilat ja lisäravinteet

Lihavuusleikattujen potilaiden ravitsemustilaa seurataan säännöllisesti:

- Mahdollisten puutostilojen havaitsemiseksi
- Vakavien komplikaatioiden ennaltaehkäisy
- B-PVK+T, Ferrit, B-12-vit, D25-vit, P-Ca, P-Alb, P-gluc, HbA1C, kolesterolikokeet (1 x vuodessa)

Puutostilat:

- Yleisin puutostila on raudanpuute.
 - erityisesti naisilla
- 2/3 lihavuusleikatuista potilaista on B12-vitamiinin puutetta.
 - saattaa aiheuttaa muistiongelmia
- Harvinainen puutos on B1-vitamiinin puutos
 - saattaa johtaa Wernicken enkefalopatiaan
 - hengenvaarallinen
 - oireet: silmien liikehäiriöt, haparointi, sekavuus
 - liittyy yleensä pitkäaikaiseen alkoholinkäyttöön

Lisäravinteet:

→ Rauta

- rautalääke, esim. Obsidan
- tarvittaessa rautatiputukset

→ B12-vitamiini

- po. B12-vitamiinilisä (Betolvex), im. B12-vitamiinilisä (Cohemin depot inj.)

→ Monivitamiinivalmiste

- ravintoaineiden saanti vähentyy sekä niiden imeytyminen heikentyy leikkauksen jälkeen
- aloitetaan heti leikkauksen jälkeen

→ Kalkki-D

- kalsium 1 g + D-vitamiini 20mikrog / vrk
- aloitetaan heti leikkauksen jälkeen
- osteoporoosin ehkäisy

→ D-vitamiini:

- lisätarve määritellään yksilöllisesti
- vaikeissa puutostiloissa injektiona

→ Foolihappo:

- harvinainen puutostila
- megaloblastinen anemia -> oireet: väsymys,

Tekijät:

Satu Nevalainen

Tiina Turunen

Opinnäytetyönä toteutettu, kevät 2017

Lahden ammattikorkeakoulu

Lähteet:

Hakala,P. 2011. Ruokavalio lihavuusleikkauksen jälkeen. Käypä hoito. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01694>

Käypä hoito. 2010. Lihavuusleikkauksen vaikutus potilaan ravitsemustilaan ja lisäravinteiden tarpeeseen. Duodecim. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=1705428FBB8346D6774E248785F40ADD?id=nix01693>

Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistys. 2016. Lihavuusleikkausten nykytilanne Suomessa. Saatavissa:
<http://www.limery.fi/index.php?mid=8&pid=31>

Käytetyt kuvat:

<http://ebSCO.smartimagebase.com/gastric-bypass-and->