



**LIHAVUUSLEIKATTUJEN
POTILAIEN KOKEMUKSIA
SAAMASTAAN TUESTA JA SEN
TARPEESTA**

Katri Karhunen
Jukka-Pekka Lummaa

Opinnäytetyö
Lokakuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
 Hoitotyön koulutusohjelma
 Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KARHUNEN, KATRI & LUMMAA, JUKKA-PEKKA:

Lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja sen tarpeesta

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 8 sivua
 Lokakuu 2014

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja tuen tarpeista. Tarkoituksena oli myös tuottaa tietoa lihavuuden leikkaushoidosta alan opiskelijoille. Työmme tehtävinä oli selvittää, mitä on lihavuusleikkauspotilaan tukeminen, millaisena lihavuusleikatut potilaat kokevat saamansa tuen ja sen riittävyyden sekä miten hoitohenkilökunta voi edistää lihavuusleikatun potilaan tukemista. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa tietoa saadusta hoidosta ja tuesta, mitä voidaan hyödyntää lihavuusleikkauspotilaiden hoidon kehittämisessä.

Toteutimme opinnäytetyön kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Sen avulla voidaan tarkastella merkityksiä, ajatuksia sekä ihmisten kokemuksia omasta todellisuudestaan. Laadullisella menetelmällä toteutetulla tutkimuksella on myös mahdollista saada tietoa yksilön merkityksellisiksi kokemistaan tapahtumaketjuista. Opinnäytetyömme aineistonkeruuseen käytetty kysely toteutettiin sähköisesti Suomen lihavuusleikatut LI-LE ry:n keskustelufoorumilla, jonka kautta saimme seitsemän vastaajaa. Kyselylomake pohjautui opinnäytetyömme teorian tietoon ja sisälsi sekä monivalintakysymyksiä vastaajien taustojen selvittämiseksi että avoimia kysymyksiä itse tiedonkeruuseen.

Tulosten mukaan lihavuusleikattujen potilaiden tukeminen oli onnistunut tiedollisella tuen osa-alueella hyvin, mutta emotionaalisen ja instrumentaalisen tuen osa-alueella löytyi vastausten mukaan selkeitä puutteita. Erityisesti emotionaalisen tuen osalta nousi vastauksissa esiin tarve paremmasta kuin mitä oli tarjottu. Vastaajat kokivat kaipaavansa empaattisempaa suhtautumista sekä suoraan lihavuusleikatuille suunnattua tukea. Vastauksissa korostui potilaiden oma aktiivisuus tuen ja vastausten saamisessa. Vastauksissa nousi esiin myös tuen jatkuvuuden puute sairaalan ulkopuolella: osa vastaajista koki jääneensä tyhjän päälle ja kaivanneensa parempaa jälkihoitoa tulosten varmistamiseksi. Samoin kehonkuvan ja minäkuvan muutoksiin olisi haluttu enemmän tukea. Vertais-tuesta vastaajat kokivat saaneensa runsaasti hyötyä ja apua tuen eri osa-alueilla.

Lihavuusleikatuille potilaille tarjotun tuen tulisi olla johdonmukaista ja jatkuvaa. Hoitohenkilökunnan tulisi ottaa paremmin huomioon lihavuusleikatun henkisen tuen tarpeet. Myös vertaistuen piiriin ohjaaminen olisi heti prosessin alkuvaiheessa tärkeää. Aiheen tutkimista voisi jatkaa esimerkiksi samanlaisella tutkimuksella hoitohenkilökunnan näkökulmasta, haastattelututkimuksella samasta aiheesta tai tutkimalla, mitä konkreettisia muutoksia lihavuusleikkaus potilaan elämään tuo. Tällöin tukiprosessia voisi paremmin kohdentaa kokonaisuutena ja selvittää mahdollisia puutteita.

Asiasanat: lihavuus, lihavuusleikkaus, lihavuuskirurgia, lihavuuden hoito, tuki, emotionaalinen, tiedollinen, instrumentaalinen, vertaistuki

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KARHUNEN, KATRI & LUMMAA, JUKKA-PEKKA:

Bariatric Surgery Patients' Experiences on Support – What They Received and What They Felt They Needed.

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 8 pages
October 2014

The purpose of this study was to describe the experiences of bariatric surgery patients on the support they got and what they felt they needed. Another purpose was to provide our student colleagues with information on surgical approach to treat obesity. The study was carried out as a qualitative research in association with Suomen Lihavuusleikatut LILE ry, which is the national patient organization for bariatric patients. An electronic questionnaire was used to collect data. The questionnaire was open on LILE ry's internet forum from April 2014 to June 2014 and resulted in seven responses.

The responses stated that the support bariatric patients got related to informational section was good and sufficient, but fell short when it came to emotional and instrumental support. The responses emphasized the significance of patients own activity when it came to getting answers and support. The responses also showed the lack of continuity on support outside the hospital. The respondents found that they benefitted substantially from peer support.

The results indicate that the support given to bariatric surgery patients should be more consistent and continuous. Nursing staff should take into better consideration the needs for emotional support. Also the guidance towards peer support should be taken into better consideration. Further research is needed to make more permanent conclusions, for example a similar study from the perspective of the nursing staff.

Keywords: obesity, bariatric surgery, treatment for obesity, support, informational, emotional, instrumental, peer support

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Lihavuus.....	7
3.1.1	Lihavuuden määrittelyä.....	7
3.1.2	Lihavuuden syyt.....	8
3.1.3	Lihavuus yhteiskunnassa.....	10
3.1.4	Haittavaikutukset.....	11
3.1.5	Lihavuuden konservatiivinen hoito.....	12
3.1.6	Lihavuuden operatiivinen hoito	13
3.2	Tuki.....	17
3.2.1	Potilaan tukeminen hoitotyössä.....	17
3.2.2	Lihavuusleikattujen potilaiden tukeminen	20
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
5.1	Aineistonkeruu.....	26
5.2	Aineiston analyysi.....	26
6	TULOKSET	29
6.1	Leikkausta edeltävä tuki	29
6.2	Sairaalassaoloaikana saatu tuki.....	31
6.3	Leikkaushoidon jälkeen saatu tuki.....	33
6.4	Missä tukeminen erityisesti onnistui ja missä olisi kaivattu lisää tukea.....	35
7	POHDINTA.....	37
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua	37
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	41
7.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	43
7.4	Opinnäytetyöprosessin kuvaus	44
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	53
	Liite 1. Saatekirje	53
	Liite 2. Kyselylomake	55

1 JOHDANTO

Lihavuus liitännäissairauksineen on merkittävä terveydellinen riski (Mustajoki, 2008) ja sitä kohtaa jokainen terveydenhuollon työntekijä työssään lähes päivittäin. Lihavuuden liitännäisongelmat ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma - ja myös runsaasti mediassa käsitelty ongelma. Vuonna 2010 arvioitiin noin 3,4 miljoonan kuolleen lihavuudesta ja ylipainosta johtuviin syihin (Ng, Fleming & Robinson ym. 2014, 1). Lihavuus on myös kasvava ongelma yhteiskunnassa: ihmisten paino on ollut nousussa jo useamman vuosikymmenen ajan ja tänä päivänä Suomen väestöstä jopa puolet aikuisista on ylipainoisia (Männistö, Laatikainen, Vartiainen 2012, 1; Ng ym. 2014, 9).

Lihavuusleikkaukset ovat yksi ratkaisukeino ongelmaan niille, joilla perinteiset painonhallintakeinot eivät ole onnistuneet ja BMI on yli 40 sekä niille, joilla BMI on yli 35 ja lisäksi jokin merkittävä sairaus (Victorzon 2010, 578; Peltonen 2013, 17). Ensimmäiset mahalaukun pantaleikkaukset tehtiin Suomessa 1990-luvun puolivälissä. Nykypäivänä yleisin leikkausmuoto, mahalaukun ohitusleikkaus, otettiin käyttöön 2000-luvun puolivälissä (Ikonen, Anttila, Gylling, Isojärvi, Koivukangas, Kumpulainen, Mustajoki, Mäkinen, Saarni, Saarni, Sintonen, Victorzon & Malmivaara 2009, 3). Nykyään Suomessa tehdään vuosittain yli 1000 lihavuusleikkausta (Mustajoki 2013a).

Hoitomuotona lihavuusleikkaukset ovat verrattain uusi, joten tietoa hoitoprosessin kehittämiseksi tarvitaan. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa erityisesti lihavuusleikattujen potilaiden saamasta tuesta hyödyntämällä heidän kokemuksiaan saamastaan tuesta ja sen tarpeesta.

Aihe opinnäytetyöhön syntyi tekijöiden omasta ajatuksesta ja on varmasti tuore. Työelämäyhteydeksi saimme Suomen lihavuusleikatut LILE ry:n, joka on lihavuusleikattujen oma potilasjärjestö. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena sähköisellä kyselylomakkeella LILE ry:n keskustelupalstan kautta.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja tuen tarpeista. Opinnäytetyön tarkoituksena on osaltaan myös tuoda alan opiskelijoille tietoa lihavuuden leikkaushoidosta.

Tehtävät:

1. Mitä on lihavuusleikkauspotilaan tukeminen?
2. Millaisena lihavuusleikatut potilaat kokevat saamansa tuen ja sen riittävyyden?
3. Miten hoitohenkilökunta voi edistää lihavuusleikatun potilaan tukemista?

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa saadusta hoidosta ja tuesta, mitä voidaan hyödyntää lihavuusleikkauspotilaiden hoidon kehittämisessä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Lihavuus

3.1.1 Lihavuuden määrittelyä

Maailman terveysjärjestö WHO (2013) määrittää lihavuuden tarkoittavan epänormaalia tai liiallista rasvan kertymistä kehoon siten, että se aiheuttaa merkittävän terveydellisen haitan. Normaalipainoisessa ihmisessä on rasvakudosta varsin paljon: naisella 22-26 % ja miehellä 16-20 %. Naisten suurempi rasvamäärä selittyy muodoilla: rinnat ja lantion muodot ovat pääasiassa rasvakudoksen ansiota. (Mustajoki 2008, 80.)

Lihavuuden astetta voidaan mitata painoindeksillä (BMI), joka on laskettavissa kaavalla: paino (kg) jaettuna pituuden neliöllä (m). Indeksien mukaiset painoluokat on jaettu vaikeusasteittain seuraavasti (Mustajoki 2012a; Käypä hoito 2013):

BMI	Painoluokka
alle 18,5	Alipaino
18,5-24,9	Normaalipaino
25-29,9	Lievä lihavuus eli ylipaino
30-34,9	Merkittävä lihavuus
35-39,9	Vaikea lihavuus
40 tai yli	Sairaalloinen lihavuus

Kuvio 1. Painoluokat

Sisätautien erikoislääkäri Pertti Mustajoki (2008, 81) kirjoittaa niin sanotun normaalipainon alueen olevan leveä, mikä kuvastaa sitä, ettei ole olemassa tarkasti määriteltävää ihannepainoa, vaan laajemmissa rajoissa katsottuna paino voi olla täysin sopiva. Käypä hoito –suositusten (2013) mukaan lihavuutta voidaan mitata myös vyötärön ympäryksen avulla. Aikuisten lihavuus –työryhmä (2010) määrittelee vyötärön ympärysrajat seuraavasti:

Vyötärön ympäryys (cm)			
	Tavoitearvo	Lievä terveyshaitta	Huomattava terveyshaitta
Miehet	< 94	94-101	>102
Naiset	< 80	80-87	>88

Kuvio 2. Vyötärön ympäryys

Vyötärön ympärystä käytetään kuvaamaan keskivartalon alueelle kertyvää ylimääräistä rasvaa, joka on haitallisempaa kuin lantiolle ja reisiin kertyvä rasva. Tämä selittyy sillä, että rasva kertyy vatsaontelon alueelle ja sisäelinten ympärille. Vyötärön ympäryys mitataan seisten paljaalta iholta, alimman kylkiluun ja suoliluun harjan puolivälistä. (Aikuisien lihavuus –työryhmä 2010.) Olemme rajanneet tässä opinnäytteessä selkeyden vuoksi mittariksi BMI:n.

3.1.2 Lihavuuden syyt

Lihavuus johtuu aina siitä, että energiansaanti on pitkään suurempaa kuin energiankulutus (Mustajoki 2013b). Lihavuuden yleistymisen syiksi Ikonen (2009, 37) kumppaneineen esittävät muun muassa elintason nousua ja tekniikan kehittymistä; autoistuminen ja elintapojen muutos yhdessä ruokailutottumuksissa tapahtuneen muutoksen kanssa suosivat liiallista energiansaantia. Ikonen ym. (2009, 36) kirjoittavat ihmisten elinympäristön ja -tottumusten muuttuneen niin sanotusti obesogeeniseksi, eli lihavuutta edistäviksi. Ruumiillinen työ ja arkiliikunta ovat vähentyneet ja niin sanottu istuva elämäntapa – esimerkiksi autossa, tietokoneen ääressä tai television ääressä ajan viettäminen – on lisääntynyt. Lihavuuden syntyyn myötävaikuttavia tekijöitä on useita, kuten esimerkiksi stressi, vähäiset yöunet ja erilaiset mielenterveyden häiriöt. Lihominen ei yleensä ole tasaista, vaan se voi tapahtua herkemmin erilaisissa elämäntilanteissa, esimerkiksi naimisiinmenon, avioeron, raskauden, tupakoinnin lopettamisen tai aktiiviurheilun lopettamisen yhteydessä. (Mustajoki 2013b.)

Lihavat ihmiset selittävät itse omaa lihavuuttaan monin eri tavoin. Hännisen, Kaukuan ja Sarlio-Lähteenkorvan (2006, 1626-1627) tutkimuksessa selitykset on jaettu neljään eri kategoriaan: elintapaselitykseen, lääketieteelliseen selitykseen, psyykkis-emotionaaliseen selitykseen ja sosiokulttuuriseen selitykseen. Elintapaselityksen mu-

kaan lihavuus aiheutuu syömiseen ja liikkumiseen kohdistuvista valinnoista: elintapojen muuttaminen on hankalaa mukavuudenhalun vuoksi. Lihavat kokivat tarvitsevansa tähän ammattiapua. Elintapaselitys on yleisin selitys lihavuuden syyksi. Lääketieteellisessä selityksessä lihavuutta pidetään seurauksena jostakin somaattisesta ongelmasta, kuten esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminnasta. Tuki- ja liikuntaelinvaivat voivat myös olla joko lihavuuden aiheuttaja tai sen ylläpitäjä, koska liikkuminen nähdään hankalana tai kivuliaana. Toisaalta lihavuutta pyrittiin selittämään lähes millä tahansa lääkkeellä, sairaudella tai hoidolla. (Hänninen ym. 2006, 1626-1627.)

Psyykkis-emotionaalinen selitys yhdistää lihavuuden psyykkisiin tai emotionaalisiin ongelmiin. Lihavuutta käsitellään toissijaisena ongelmana, ja ensisijaisena ongelmana pidetään esimerkiksi matalaa mielialaa, ahdistusta, unihäiriöitä tai stressiä. Nämä tekijät estävät painonhallintaan keskittymisen. Psykkisen oireilun helpottaessa tai poistuessa jaksettaisiin panostaa enemmän terveyden edistämiseen. Sosiokulttuurisessa selityksessä lihavuutta pidetään yhteiskunnallisista, sosiaalisista tai kulttuurisista tekijöistä aiheutuvana. Ne ovat siis osittain oman hallinnan ulkopuolella olevia tekijöitä. Syitä voi olla esimerkiksi huono sää, jonka vuoksi ulkoilu tai liikunta on hankalaa, tai työolosuhteet, jotka rajoittavat terveellistä syömistä työpäivien aikana. Samaan kategoriaan kuuluvat myös herkkujen mainonta ja napostelukulttuuri, mitkä koetaan hankalana vastustaa etenkin nälkäisenä. Rahatilannetta voidaan myös pitää esteenä terveellisille elämäntavoille: terveellinen ruoka voi maksaa enemmän, joten joudutaan ostamaan halpaa ruokaa, joka lihottaa. Toisaalta myös liiallista varallisuutta pidetään hankaloittavana tekijänä: silloin kaikki mielihalut ja -teot on mahdollista toteuttaa. (Hänninen ym. 2006, 1626-1627.) Jo syöminen itsessään on sosiaalinen tapa. Ruokailu ei ole pelkästään fysiologisten tarpeiden täyttämistä, vaan siihen liittyy olennaisesti myös sosiaalisuus. Ruoan laittaminen yhdessä ja kokoontuminen yhteiseen pöytään ilmentää jakamista, sosiaalisuutta ja yhteisöllisyyttä. (Maavirta 2009, 121-123.) On tutkittu, että ruokailtaessa toisen seurassa voi nautitun ruoan määrä kasvaa jopa 28 % - ruokailijoiden lukumäärän kasvaessa voi nautitun ruoan määrä kasvaa jopa 71 %. (de Castro & Brewer 1992, 123.)

3.1.3 Lihavuus yhteiskunnassa

Lihavien ihmisten määrä on noussut paitsi Suomessa, myös muualla länsimaissa merkittävästi viimeisten 30 vuoden aikana. Maailman terveysjärjestö (WHO) arvioi, että maailmassa on tällä hetkellä yli miljardi ylipainoista ihmistä. Näistä noin kolmannes on vähintään merkittävästi lihavia. (WHO 2014.) THL:n raportissa Männistön ym. (2012, 1) mukaan lihavuus on tällä hetkellä yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista Suomessa. FINRISKI 2012 -tutkimuksen mukaan pelkästään suomalaisista 25-64-vuotiaista miehistä jopa 20,4 %:lla on BMI 30 tai enemmän, kun vuonna 2007 luku oli 18,8 %. Naisilla vastaavat luvut olivat 19,0 % (2012) ja 18,3 (2007). Männistö (2012, 1) kumppaneineen esittää lihavuuden yksinään aiheuttavan vuosittain noin 330 miljoonan euron kokonaiskustannukset terveydenhuollossa. Merkittävien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksien lisäksi lihavuus aiheuttaa niin sanottuja tuottavuuskustannuksia. Ne koostuvat lisääntyneistä sairauspoissaoloista, heikentyneestä psyykkisestä ja fyysisestä toimintakyvystä sekä työkyvyttömyyseläkkeistä. (Ikonen ym. 2009, 41.)

Median antama kuva ihannevirtalosta on hyvin hoikka ja se välittyy ihmisten asenteisiin omaa vartaloaan sekä muita ihmisiä kohtaan. Samoin media tarjoaa jatkuvasti erilaisia uusia keinoja hallita painoa, laihtua ja näyttää paremmalta. Lihavuus on nykyään myös vahvasti medikalisoitu käsite: ihmisiä valistetaan lihavuuden vaaroista ja ohjataan terveelliseen elämään ja painonhallintaan. Medikalisaation ja median antaman kuvan yhteisvaikutuksesta jo pienikin ylipainoa saatetaan alkaa käsitellä ongelmana ja siihen pyritään vaikuttamaan. Tämän hoikkuutta ihannoivan kulttuurin myötä lihavia on alettu käsitellä ongelmatapauksina, mikä näkyy lihavien heikompana asemana yhteiskunnassa. (Harjunen 2004, 412-417; Harjunen 2009, 19.)

Lihaviin ihmisiin suhtaudutaan usein kielteisesti, heidän ajatellaan olevan laiskoja, heikkotahtoisia ja jopa tyhmiä. Merkittävästi lihavista ihmisistä lähes kaikki ovat joutuneet kohtaamaan nimittelyä ja suoranaista pilkkaamista. Tutkimusten mukaan lihavien syrjiminen on johtanut jopa niin pitkälle, että lihavien on vaikeampi saada töitä verrattuna saman koulutuksen saaneisiin normaalipainoisiin. Sama ilmiö on havaittavissa opiskelupaikkoja hakiessa sekä jopa terveydenhuollossa - terveydenhuollon henkilökunnan on havaittu suhtautuvan negatiivisemmin lihaviin potilaisiin, mikä voi pahimmillaan vaikuttaa heikentävästi hoitopäätöksiin. Ympäristön suhtautuminen voi johtaa ruumiinkuvan vääristymiseen, sosiaalisen elämän kaventumiseen, eristäytymiseen ja

yksinäisyyteen. (Gilmartin 2013, 1303-1304; Mustajoki 2008, 102-104.) Lihavuuteen liittyy siis paljon vahvoja ennakko-olettamuksia ja käsityksiä. Harjunen (2009, 31) mainitsee tutkimuksessaan, että lihavat ihmiset kategorisoidaan helposti ”epänormaaleiksi” ruumiinrakenteeltaan. Lihava vartalo on stigmatisoitu, eikä ihmisten asenteiden vuoksi ole sosiaalisesti hyväksyttävä. (Harjunen 2009, 31.)

3.1.4 Haittavaikutukset

Lihavuuteen liittyy paljon merkittäviä riskejä ja haittoja. Pääasiallisesti lihavuus aiheuttaa sairauksia aineenvaihdunnan kautta, mutta merkittävä tekijä sairauksien synnyssä – ja syntymättömyydessä – on perintötekijät. Koska aineenvaihdunta muuttuu hitaasti vuosien kuluessa, on myös sairauksien syntyminen yleensä pidemmän ajan prosessi, joskin sitä nopeampi mitä enemmän painoa on. (Mustajoki 2008, 92.) Lihavuuden liittämissairauksia ovat tyypillisimmin tyypin 2 diabetes, metabolinen oireyhtymä, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, aivoverenkierron häiriöt, sappikivet, obstruktiivinen uniapnea, tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat, refluksiongelmat sekä lapsettomuus. Myös riski syöpään sairastumiseen on lihavilla kohonnut. (Mustajoki 2008, 92-98; Ikonen ym. 2009, 36-39.)

Lihavuus on riskitekijä monille sairauksille, mutta lievä lihavuus ei sinänsä ole vielä terveyshaitta, ellei siihen jo liity oheissairauksia. Samoin lievä lihavuus ei itsessään aiheuta vielä sairauksia, vaan usein kasvanut riski sairauksiin johtuu epäterveellisistä elintavoista, kuten epäterveellisestä ruokavaliosta ja liikunnan puutteesta. Lihavuuden haitat alkavat lisääntyä selvästi vasta painoindeksi ylittäessä 30. Ihmiset, joiden painoindeksi on alle 20, ovat myös yhtä lailla riskissä erilaisiin terveysongelmiin. Tutkimusten mukaan ikäihmiset, joiden paino on BMI-asteikolla lievän lihavuuden puolella, ovat parhaimmin selviytyviä. (Freudenrich 2013; Palssa 2010.) Yhteiskunnassa vallitseva laihuuksihanne ei siis ole terveyden kannalta tavoiteltava asia, vaikka painonhallinta ja terveelliset elämäntavat ovatkin tavoiteltavia asioita.

Lihavuus vaikuttaa fyysisen terveyden lisäksi myös henkilön psyykkiseen terveyteen. Fyysinen paino voidaan kokea henkisenä taakkana. On tutkittu, että lihavilla (BMI yli 30) ihmisillä ilmenee masennusta enemmän kuin normaalipainoisilla – ja mitä enemmän painoa on, sitä herkemmin myös masennusta esiintyy. Sairaalloisen lihavalla (BMI

yli 40) voi olla masentuneisuutta jopa viisi kertaa enemmän kuin normaalipainoisella. (Mustajoki 2008, 103-105; Ikonen ym. 2009, 39-41.)

3.1.5 Lihavuuden konservatiivinen hoito

Käypä hoito –suositusten (2013) mukaan konservatiivisen hoidon tulee olla ensisijainen hoitomuoto lihavuuden hoidossa. Tutkimusten mukaan lihavuuden konservatiivisella hoidolla saavutetaan yleensä noin 5-8 % painonpudotus ja hyvin järjestetty painonpudotusohjelma parantaa konservatiivisen hoidon tuloksia (HYKS 2011). Hoitoa tulisi järjestää joko yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena, jolloin hoitoon sitoutuminen ja hoidon jatkuvuus olisi mahdollisimman tehokasta. Ohjauksessa pyritään ruokavalio- ja elämäntapainterventioon ja pysyvän muutoksen aikaansaamiseen. (Käypä hoito 2013.)

Tärkeimmät tavat hoitaa lihavuutta konservatiivisesti ovat ruokavaliomuutokset ja liikunnan muutokset. Ruokavalioon pyritään tekemään sellaisia muutoksia, joilla ruokavaliosta saatu energiamäärä pienenee. Tärkeää on myös se, että ruokavaliomuutoksista huolimatta ruuasta saadaan riittävä määrä tarpeellisia ravintoaineita. (Käypä hoito 2013; Mustajoki 2008, 131-133.) Mustajoen (2013) mukaan laihtumista ja pysyvää alempaa painoa ei voida saavuttaa ilman pysyviä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuksissa.

Säännöllinen ateriaritmi on tärkeässä roolissa. Ruuan energiapitoisuutta pienennetään erityisesti kovaa rasvaa vähentämällä ja ylipäänsä ruoka-annosten pienentäminen on usein tarpeen. Ruokavalioon lisätään kasviksia, hedelmiä ja marjoja, jolloin energiamäärä pienenee suhteessa enemmän kuin annoksen koko. Viljatuotteet muutetaan kokojyvätuotteiksi. Edellä mainituilla ruokavaliomuutoksilla saadaan lisättyä ruuan kuitupitoisuutta, mikä voi auttaa painonhallinnassa. Naposteluja ja välipaloja pyritään välttämään. (Mustajoki 2008, 132, 166.) Kokonaisuudessaan ruokavaliota pyritään siis muuttamaan energiapitoisuuden vähentämisen lisäksi myös terveellisempään suuntaan.

Ruokavaliomuutoksen lisäksi tarvitaan yleensä liikuntaa painon pudottamiseksi. Ruokavaliomuutoksen ohella harrastettu liikunta lisää laihtutustulosta. Liikunnalla on myös tärkeä rooli sisäelinten ympärille kertyneen, eli viskeraalisen rasvan vähentämisessä. Kestävyysliikuntaa suositetaan yleisesti liikuntamuotona, mutta toisaalta terveysliikuntasuositukseen kuuluu myös lihaskuntoharjoittelua, jota voidaan hyödyntää yhtenä lii-

kuntamuotona. Se vähentää myös lihaskatoa laihduttamisen aikana. Liikunnalla voidaan parantaa yleiskuntoa ja kestävyyskuntoa, mikä laskee sydän- ja verisuonitautien ja tyyppin 2 diabeteksen riskiä. Liikuntamuodolla ei sinänsä ole väliä, vaan tärkeintä on se, että liikunta on helposti toteutettavissa, mahdollisimman miellyttävää ja säännöllistä. Erityisesti painonhallintavaiheessa liikunnan merkitys korostuu: painonhallintavaiheessa ruokavalion energiamäärä usein lisääntyy laihdutusruokavalioon verrattuna, jolloin säännöllinen liikunta auttaa pitämään saadun ja kulutetun energiamäärän tasapainossa. Liikunta- ja ruokavaliomuutoksella on painonpudotuksen ohella positiivinen vaikutus sokeeriaineenvaihduntaan, rasva-arvoihin, verenpaineeseen, niveloireisiin ja hengitysvaikeuksiin, kuten uniapneaan. (Käypä hoito 2013; Mustajoki 2008, 170-180.)

3.1.6 Lihavuuden operatiivinen hoito

Leikkaushoito ei Mustajoen (2012) mukaan voi olla ensimmäinen hoitokeino lihavuuteen. Ennen leikkausta lihavuutta tulee yrittää hoitaa laihduttamalla oikeaoppisella liikunnalla ja ruokavaliolla ammattilaisen ohjauksessa. Leikkaushoitoa harkitaan, jos BMI on yli 40 tai BMI on yli 35 ja potilaalla on merkittävä lihavuuteen liittyvä sairaus, jonka hoito edellyttää painonpudotusta. Lisäksi ennen leikkausta tarkasti toteutetut konservatiiviset hoitokeinot painon pudottamiseksi ovat epäonnistuneet tai eivät ole tuottaneet tulosta ja lihavuuden tulee olla kestänyt vähintään viisi vuotta. (Victorzon 2010, 578; Peltonen 2013, 17.)

Ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen omahoito on suuressa roolissa. Ennen leikkausta potilaan tulee noudattaa erittäin niukkaenergistä ruokavaliota eli ENE-dieettiä muutaman viikon ajan painoa pudottaakseen, jotta maksan rasvoittumista ja vatsaontelon sisäisen rasvan määrää saadaan vähennettyä. ENE-dieetillä energiansaanti on vuorokaudessa alle 800 kilokaloria, hyvänlaatuista proteiinia tulee saada vähintään 50 grammaa, hiilihydraattia 10-80 grammaa tilanteesta riippuen, välttämättömiä rasvahappoja vähintään 3 grammaa ja päivittäiset vitamiini- ja hivenainetarpeet joko ravinnosta tai erillisinä pillereinä. ENE-dieetin noudattaminen osoittaa myös potilaan hyvää elämänhallintaa ja valmiuksia kurinalaiseen elämään leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeen ruokavalio- ja liikuntaohjeet ovat tärkeitä toipumisen varmistamiseksi ja painon pudottamiseksi. Lisäksi omahoidon tulee onnistua, jotta leikkauksesta saadaan ajateltu hyöty ja paino lähtee putoamaan suunnitellusti. Vaaditun kurinalaisuuden vuoksi vasta-

aiheita leikkaushoidolle ovat alkoholin liikakäyttö, vaikea syömishäiriö, vaikea psyykinen sairaus ja potilaan yleinen yhteistyökyvyttömyys. (Käypä hoito 2013; Victorzon 2010, 578.)

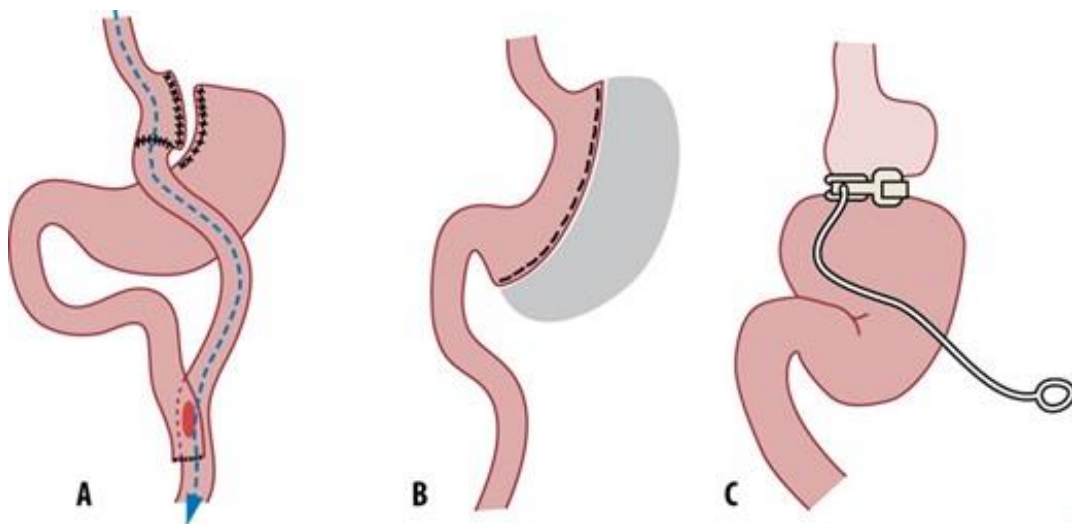
Lihavuuskirurgialla pyritään merkittävään ja pysyvään painonlaskuun, liitännäissairauksien parantamiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Painonlaskuun pyritään vaikuttamalla ravinnon määrään, ravintoaineiden imeytymiseen suolistossa tai molempiin. (Victorzon 2010, 578; Peltonen 2013, 17.) Vuonna 2011 Suomessa tehtiin noin 1000 lihavuusleikkausta. Määrä on muihin maihin verrattuna vielä vähäinen ja se tulee kasvamaan tulevina vuosina. (Mustajoki 2012b; Peltonen 2013, 17.) Ikonen ym. (2009, 46) mukaan Suomessa yleisimmin käytettävät leikkaukset ovat mahalaukun ohitusleikkaus, mahalaukun pantaleikkaus ja mahalaukun kavennus. Leikkauksella voidaan tutkimusten mukaan vähentää yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia: leikkaamattomat potilaat aiheuttavat yhteiskunnalle pidemmällä aikavälillä 1,4-kertaiset kustannukset leikattuihin verrattuna (Ikonen ym. 2009, 119).

Erilaisia leikkausmenetelmiä on useita. Mahalaukun ohitusleikkauksessa mahalaukku katkaistaan yläosastaan ja se yhdistetään ohutsuoleen. Mahalaukun toinen pää liitetään pohjukaissuoleen eli ohutsuolen alkupäähän. Leikkauksella on sekä restriktiivinen eli ruoan määrää ja sen pääsyä ruoansulatuskanavaan vähentävä vaikutus, että malabsorptiivinen eli ruoan imeytymistä vähentävä vaikutus. (Mustajoki 2012b; Victorzon 2010 574.) Leikkauksen periaatteena on pienentyneen mahalaukun nopeampi täyttyminen ja ravinnon kulkeutuminen suoraan tyhjäsuoleen, mikä aiheuttaa kylläisyyden tunteen. Lisäksi leikkaus vaikuttaa suoliston kylläisyshormonien erittymiseen, mikä auttaa painonpudotuksessa. (Ikonen ym. 2009, 48.) Laparoskooppisesti tehtävä mahalaukun ohitusleikkaus on Victorzonin (2010, 576) mukaan yleisin nykyisin käytössä olevista tekniikoista.

Mahalaukun pantaleikkauksessa mahalaukun tilavuutta pienennetään kuromalla sitä säädettävällä mahalaukun yläosaan asetettavalla silikonipannalla, jolloin ruoalle jää vähemmän tilaa mahalaukussa. Pantaa voidaan säätää yksilöllisen tarpeen mukaan muuttamalla pannan sisällä olevan nesteiden määrää. Täyttäminen ja sitä kautta ruuan kulkemisen vähentäminen ja hidastaminen tapahtuu ruiskuttamalla keittosuolaa pannan kiristämiseksi ihon alle asetetun portin kautta. Pannan tyhjentäminen ja ruuan kulkemisen nopeuttaminen ja lisääminen tehdään poistamalla keittosuolaa pannasta. Maha-

laukun kavennuksessa mahalaukku typistetään putkimaiseksi ja se on lyhyellä aikavälillä tehokkaampi kuin mahapantaleikkaus. Kavennusleikkauksen komplikaatioriski on myös pienempi. Erityisen lihaville (BMI yli 50) kavennusleikkausta suositellaan ensimmäiseksi leikkaukseksi, josta voidaan tarvittaessa jatkaa myöhemmin mahalaukun ohitusleikkaukseen painon pudottua ja leikkausriskien pienentyttyä. (Koivukangas ym. 2008; Victorzon 2010, 577-578.)

Alla on vielä havainnollistettu leikkaustyyppiä yksinkertaistetusti kuvina. Kuvassa A-tyyppi on mahalaukun ohitusleikkaus (gastric bypass), B-tyyppi mahalaukun kavennusleikkaus (gastric sleeve) ja C-tyyppi mahalaukun pantaleikkaus (gastric band).



Kuva 1. Leikkaustyyppit (Aikakauskirja Duodecim 2009).

Lihavuusleikkausten suurin hyöty on laihtumisen myötä oheissairauksien väheneminen ja koetun elämänlaadun parantuminen. Lisäksi pitkäaikaiset laihtumistulokset ovat yleensä selvästi paremmat kuin konservatiivisella hoidolla. Leikkauksen aiheuttama laihtuminen edesauttaa rasva-arvojen normalistumista, verenpaineongelmien vähentymistä, uniapnean korjaantumista ja mielialan kohentumista. (Sane 2006a, 258-259; Victorzon ym. 2010.) Ruotsissa vuonna 2007 julkaistun tutkimuksen mukaan lihavuusleikkauksella voidaan saada aikaan pysyvä painonmuutos. Suurin laihtumistulos on tapahtunut vuoden jälkeen leikkauksesta, mutta vielä 15 vuoden seurantajakson jälkeenkin painon muutos alkuperäiseen oli leikkaustyyppistä riippuen 13-27 %. Saman tutkimuksen mukaan lihavuusleikkaus vähensi myös kuolleisuutta. (Sjöström, Narbro, Sjöström,

Karason, Larsson, Wedel, Lystig, Sullivan, Bouchard, Carlsson, Bengtsson, Dahlgren, Gummertsson, Jacobson, Karlsson, Lindroos, Lönroth, Näslund, Olbers, Stenlöf, Torgerson, Ågren & Carlsson 2007, 743.) Lihavuusleikkaus vähentää tyyppin 2 diabeteksen ilmaantumista ja vähentää lääkehoidon tarvetta. Suurella osalla lihavuusleikatuista käytössä ollut diabeteslääkitys voidaan jopa purkaa. Tulokset ovat olleet samansuuntaisia sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. (Koivukangas 2010; Koivukangas & Pekkarinen 2010; Sane, Pekkarinen, Jaser, Juuti, Virtanen, Leivonen 2013, 1570.) Kustannustehokkuudeltaan leikkaushoito on pidemmällä tähtäimellä myös parempi kuin muut hoitomuodot sairaalloisen lihavuuden hoidossa (Ikonen ym. 2009, 119).

Leikkaukseen liittyy aina riskejä ja lihavuus nostaa leikkauskomplikaatioiden riskiä. Välitön leikkauskuolleisuus on lihavuusleikatuilla ollut alle 1 % ja vuoden kuluttua leikkauksesta on kuollut 1-4 % potilaista. Yleiset leikkauksiin liittyvät riskit pätevät myös lihavuuskirurgiaan. Lihavat ovat suuremmassa riskissä leikkauksen jälkeisten laskimotukosten ja keuhkoveritulppien suhteen kuin normaalipainoiset. Lisäksi haavojen paraneminen lihavilla on hitaampaa kuin normaalipainoisilla ja infektioriski on lihavilla potilailla kohonnut. Leikkauskomplikaatioita esiintyy 1-10 %:lla potilaista. Riskejä leikkaukseen liittyen ovat leikkaussaumojen pettäminen, vuodot ja infektiot. Leikkauksen jälkeen lihavuusleikatuilla yleisimpiä komplikaatioita ovat oksentelu, B12-vitamiinin ja D-vitamiinin puute. Syöminen ohjeiden vastaisesti voi aiheuttaa aineenvaihdon ongelmia, oksentelua ja dumping-oireyhtymää, jossa ruoka kulkeutuu liian nopeasti ohutsuoleen ja aiheuttaa sydämentykytystä ja hikoilua. Väärää ruokavaliota noudattamalla mahalaukusta muodostettu pussukka saattaa myös alkaa venyä takaisin entisiin mittoihinsa, jolloin leikkauksella aikaansaatu tulos mitätöityy. (Mustajoki 2012b; Sane 2006a, 259-260; Sane 2006b.)

Merkittävän painonpudotuksen jälkeen useat potilaat kärsivät ylimääräisistä ihopoimuista johtuvista haitoista. Erityisesti alavatsalle jäävät ihopoimut voivat aiheuttaa esteettistä, toiminnallista tai terveydellistä haittaa: potilailla on suurentunut riski haavaimille ja infektiolle, vaatetuksen löytäminen voi olla ongelmallista ja liikkuminen voi vaikeutua. Haittaa aiheuttavia ihopoimuja on mahdollista poistaa kirurgisesti ja on arvioitu, että lihavuusleikatuista 20-50 % tarvitsee plastiikkakirurgiaa laihtumisen jälkeen poimuista aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. Leikkauksia tehdään sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Julkisella sektorilla leikkausindikaatiot perustuvat toiminnallisen haitan vähentämiseen: jos ihopoimut vaikeuttavat oleellisesti päivittäisiä

toimintoja tai normaalia elämää tai tuottavat sellaista haittaa, joka vaatii jatkuvaa terveyspalvelujen käyttöä, leikkaus voidaan suorittaa julkisella sektorilla. Plastiikkakirurgiaa harkitaan, jos leikkauksen riskit arvioidaan pienemmiksi saavutettavaan hyötyyn nähden. Painon tulisi olla myös vakiintunut tai painonpudotuksen enää minimaalista, jotta leikkauksesta saadaan paras mahdollinen hyöty. Komplikaatioina plastiikkakirurgiasta on eriasteisia haavan paranemisiongelmiä 2-30 %:lla leikatuista ja haava-alueen infektiota 4-15 %:lla leikatuista. Myös muita leikkauskomplikaatioita voi ilmetä, lisäriskinä niille vielä usein edelleen korkeahko paino. (Setälä ym. 2012; Setälä & Kaarela 2013.)

3.2 Tuki

Tuki on käsitteenä monimuotoinen ja se voidaan tutkijasta ja tieteenalasta riippuen määritellä eri tavoin. Leena Mikkola (2006) esittää väitöskirjassaan tuen kuvaavan ihmisen ja sosiaalisen ympäristön välisiä suhteita. Tuella voidaan viitata myös vuorovaikutuksen kautta syntyviin ja välittyviin välineisiin, joiden tarkoituksena on yksilön hyvinvoinnin edistäminen (Mikkola 2006, 183-184.) Tukea on mahdollista lähestyä myös tavoitteellisuuden ja tarkoituksellisuuden käsitteiden kautta. Tuki ilmenee toimintana, käyttäytymisenä tai resurssina, jonka tavoitteena on yksilön hyvinvoinnin ja voimavarojen edistäminen, sekä elämänmuutostilanteissa selviytymisen auttaminen. (Schaffer 2009, 163-188.)

3.2.1 Potilaan tukeminen hoitotyössä

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoitajan tulee työssään pyrkiä lisäämään ja tukemaan potilaiden ja perheiden omia voimavaroja sekä parantamaan heidän elämänsä laatua (Sairaanhoitajaliitto 1996). Tukeminen voidaan ymmärtää potilaan, hänen perheenjäsentensä ja hoitajan välisenä vuorovaikutussuhteena, johon sisältyy tuen tarpeiden tunnistaminen, arvioiminen, tuen antaminen ja vastaanottaminen sekä annetun tuen vaikutusten arviointi. (Schaffer 2009, 163-188). Elina Mattila esittää vuoden 2011 väitöskirjassaan tuesta teoreettisen prosessinomaisen mallin, joka sisältää edellä mainitut vaiheet. Tuen tarpeen tunnistamisen keinoja ovat muun muassa yksilöllisen elämäntilanteen selvittäminen, henkisen hyvinvoinnin arvioiminen, keskustelussa rivien välistä lukeminen, hiljaisuuden lukeminen sekä avoimen, vastavuoroisen hoitosuhteen raken-

taminen. Lisäksi omahoitajana toimiminen, hoitajan oma intuitio, tutkimustiedon hyödyntäminen sekä kollegoiden välinen yhteistyö ovat välineitä tuen tarpeiden tunnistamisessa. Mattilan tutkimuksen mukaan tuen tarpeiden tunnistaminen ja arviointi kulkevat tosielämässä tiiviisti päällekkäin, arvioinnin tapahtuessa sitä mukaa kun tarpeita havaitaan. Jotta tukemisella saadaan aikaan muutoksia, yksilöllisten tuen tarpeiden tunnistamisen jälkeen voidaan asettaa tavoitteita tai päämääriä, joihin pyritään. Tuen vaikutusten arvioinnissa voidaan verrata näitä asetettuja tavoitteita ja saavutettuja tuloksia keskenään. (Mattila 2011, 83-85.)

Tuen saamisella on tärkeä merkitys esimerkiksi vuorovaikutussuhteen sekä turvallisuudentunteen luomisessa ja ylläpidossa (Mattila 2011, 76). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (1996) sanotaan sairaanhoidajan ja hänen potilaansa suhteen perustuvan avoimeen vuorovaikutukseen sekä keskinäiseen luottamukseen. Potilaan tukeminen on merkittävä osa hoitotyötä ja sairaanhoidajan ammattitaitoa. Tuki liittyy ihmisen osaksi omaa hoitoaan ja vahvistaa päätöksentekotaitoja. Lisäksi se lisää tyytyväisyyttä hoitoon sekä onnistuneen yhteistyön kokemuksia eri hoitoon osallistuvien tahojen välillä. (Mitchell, Caboyer, Burmeister & Foster 2009, 543-552.) Tuki voi vahvistaa tai horjuttaa potilaan henkistä tasapainoa. Onnistunut tukeminen ja tuen vastaanottaminen liittyvät olennaisesti hoitoon sitoutumiseen ja koherenssin kokemukseen. (Mattila 2011, 76-77.) Koherenssilla tarkoitetaan niin sanotun elämäneheyden tai elämänhallinnan tunnetta (Antonovsky 1979). Hoito voi edellyttää potilaalta elämän uudelleenjäsentämistä, uuden oppimista, elämäntapojen merkittävää muuttamista, vaivannäköä sekä ajan ja jopa taloudellisten asioiden uhraamista. Terveystieteiden ja alan työntekijöiden kannalta hoitoon sitoutuvuuden suurin merkitys on hoidon vaikuttavuudessa – jotta hoidosta olisi jotain apua, on siihen sitouduttava. (Kynäs & Hentinen 2008, 22-24.) Potilaan kokema tyytyväisyys saadusta hoidosta, positiivisen, ymmärtävän ja hyväksyvän ilmapiirin kokeminen sekä kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta vaikuttavat tutkitusti positiivisesti hoitoon sitoutumiseen (Kynäs & Hentinen 2008, 31).

Tuen eri muodot muodostavat tuen sisällön. Näitä eri muotoja ovat tiedollinen, emotionaalinen ja instrumentaalinen tuki. (Mikkola 2006, 46.) Tiedollinen tuki liittyy enemmän hoitajan kliiniseen asiantuntemukseen ja emotionaalinen tuki ammatillisuuteen. (Mattila 2011, 103.) Tiedollisella tuella tarkoitetaan yksilöllisen tilanteen vaatimia tukea ja neuvoja sekä oman tilanteen ymmärtämisen auttamista. (Ofstedal, Karlsen & Bru 2010, 1500-1509; Mikkola 2006, 45). Mikkola puhuu merkityksellisestä tiedosta, jossa

hoitavan tahon ja potilaan välistä tietoa rakennetaan ja jäsenellään. Potilaalle annettavaa tietoa suhteutetaan ilmaistavaksi potilaan tarpeille sopivasti, mutta rehellisesti. Kysymys ei niinkään ole tiedosta itsestään, vaan siitä tiedon osasta, joka auttaa potilasta saamaan jonkinlaisen tulkintakehyksen omalle tilanteelleen. Tiedollinen tuki ei siis ole vain informaatiota, vaan myös ymmärtämistä. (Mikkola 2006, 184-185.)

Emotionaalinen tuki liittyy olennaisesti vuorovaikutukseen, potilaan lukemiseen, saatavilla olemiseen, läsnäoloon, tunteissa mukana elämiseen, turvana olemiseen, henkisen tilanteen käsittelyyn, perheen sisäiseen läheisyyteen rohkaisuun sekä hoitosuhteen molemminpuolisen luottamuksen syntymiseen. Emotionaalisen tuen piiriin kuuluvaan jakamisen tukemisessa on olennaista kannustaminen ja positiivisuus – positiivinen palaute ja positiivisten asioiden tunnistaminen. Emotionaalinen tuki liittyy tunteiden huomioimiseen ja käsittelemiseen, tiedollinen puolestaan informaation vaihtoon. (Mattila 2011, 83-84; Mikkola 2006, 195-208.)

Instrumentaalisella eli konkreettisella tuella tarkoitetaan erilaisten apujen, palveluiden ja resurssien tarjoamista tai niiden piiriin ohjaamista. Konkreettisella tuella voidaan tarkoittaa myös konkreettisia hoidon aikana tapahtuvia apuja, esimerkiksi pukeutumisessa tai peseytymisessä avustamista. Konkreettinen tuki kulkee tukiprosessissa yhdessä emotionaalisen ja tiedollisen tuen kanssa sekä itsenäisenä tuen osa-alueena niiden rinnalla. (Mikkola 2006, 65 & 190-197.)

Yksi tärkeä eri tukimuotoja yhdistävä tuen tyyppi on vertaistuki, jossa vaihdetaan kokemuksellista tietoa. (Mikkola 2006, 65 & 190-197.) Vertaistuki perustuu jakamisen ja yhteisen kokemuksen tunteisiin ja se tarjoaa potilaalle tai omaiselle mahdollisuuden työstyä itseään. Vertaistuen avulla yksilö voi purkaa ongelmiaan ja saada niihin ratkaisuja ryhmässä tai kahdenkeskisessä vertaisten välisessä keskustelussa. Vertaistuki on yksi emotionaalisen ja sosiaalisen tuen muoto: jakaessaan kokemuksiaan yksilö pääsee pois omasta eristäytyneisyydestään. (Palojärvi 2010, 48-73.) Vertaistuen kautta voi tuen saaja saavuttaa tunteen siitä, että hänet hyväksytään ja häntä arvostetaan juuri sellaisena kuin hän on. Vertaistuki kohottaa itsetuntoa ja antaa rohkeutta olla oma itsensä ja se on myös merkittävä voimaantumisen väline. (Kosonen 2010, 49-52.) Ongelmista ääneen puhuminen luo pohjaa oman itsen tarkastelulle. Yhdessä voidaan käydä läpi erilaisia tunteita, saada terapeuttista tukea, ja kehittää erilaisia ratkaisumalleja. (Palojärvi 2010, 48-73.) Vertaistuki voi toimia myös yhtenä tiedollisen ja instrumentaalisen tuen muoto-

na. Vertaisista koulutetut vertaistukihenkilöt ja muut vertaiset osaavat antaa tarvittaessa ohjausta ja neuvoja oman kokemuksensa perusteella. Saamansa tiedon avulla yksilö voi arvioida omaa tilannettaan realistisemmin peilattaessaan sitä vertaistensa kokemuksiin ja tilanteisiin. Vertaistuen kautta voi saada neuvoja arjen ongelmiin ja opastusta käytännön tilanteisiin. Vertaistuesta puhuttaessa on kuitenkin muistettava rajanveto ammatillisen tuen ja tiedon sekä vertaiselta saatavan kokemuksellisen tiedon välillä. (Kosonen 2010, 52-59.)

3.2.2 Lihavuusleikkattujen potilaiden tukeminen

Lihavuusleikkauspotilaiden tukiprosessi alkaa jo ennen leikkausta vastaanottokäynnillä. Käynneillä kartoitetaan potilaiden tilanne ja pyritään tunnistamaan elämäntapamuutoksia tukevat ja uhkaavat tekijät, jolloin riski leikkauksen jälkeiseen elämäntapamuutoksen epäonnistumiseen on pienempi. Ohjauksessa pyritään kartoittamaan ne osa-alueet, joilla potilas erityisesti tukea tarvitsee. Ohjauksessa käydään läpi syömistottumukset, ruokavalio ja sen energiamäärän vähentäminen, tarvittavien ravintoaineiden riittävän saannin turvaaminen sekä fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Ohjaus ja tukeminen on moniammatillista; hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi sekä mahdollisesti myös sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. (Grindel & Grindel 2006, 134-135; Mattila, Rekola & Häggman-Laitila 2012, 247-248.) Preoperatiiviset käynnit ovat merkityksellisiä erityisesti tiedon sisäistämisen varmistamiseksi ennen leikkausta. On todettu, että useimmat potilaat eivät leikkauspäätöksen vaiheessa vielä tiedosta täysin sitä, että elämäntapoihin tulee pysyviä ja suuria muutoksia leikkauksen jälkeen. Ohjauksella pyritään varmistamaan, että potilailla on riittävästi tietoa leikkauksenjälkeisen omahoidon mahdollistamiseen. Samalla saatetaan potilaan tietoisuuteen se, että hänen omia ponnistelujaan tarvitaan leikkauksen jälkeen elämäntapamuutoksen ja laihtumistuloksen mahdollistamiseksi. Leikkaus itsessään on pelkkä apuväline painon putoamiselle. (Grindel & Grindel 2006, 135; Mattila ym. 2012, 247-248; Seidl 2012, 5.) Lihavien hoidossa hankalaksi onkin todettu motivaation ylläpitäminen ja hoitoon sitoutumisen varmistaminen (Rongonen, Karpakka, Mustajoki, Sane, Pietiläinen 2014, 1640-1641). On myös tutkittu, että kaikkien lihavuusleikkattujen kohdalla leikkauksenjälkeinen seuranta ei toteudu (Käkelä ym. 2013, 762-763).

Tutkimusten mukaan oman vastuun ottaminen on tärkeä edellytys pysyvälle hoitotulokselle. Tähän potilaita tulee valmistaa jo ennen leikkausta, ja jatkaa tukemista leikkauksen jälkeen. Potilaat saattavat luottaa leikkauksen estävän ylenmääräisen syömisen eikä omaa ponnistelua painon putoamiselle vaadita. Potilaan oman motivaation ja sitoutumisen aikaansaaminen ja ylläpitäminen on keskeinen osa tukiprosessia. Tukiprosessin tulee alkaa ennen leikkausta ja jatkua leikkauksen jälkeen. Tavoitteiden laatiminen tulee suorittaa yhteistyössä potilaan ja henkilökunnan kanssa. Luottamuksellinen hoitosuhde edesauttaa sitä, että potilas kokee voivansa uskoutua muille ihmisille sekä sitä, että muut ihmiset voivat auttaa tavoitteiden saavuttamisessa ja ongelmatilanteissa. Pysyvä hoitosuhde parantaa todistetusti myös tuloksia ja tavoitteiden saavuttamista. Erityisesti painon putoamisen hidastuttua oman työn merkitys kasvaa ja tässä vaiheessa potilaan oma motivaatio nousee tärkeään rooliin, jotta tuloksia voidaan edelleen saavuttaa. (Mattiila ym. 2012, 256; Seidl 2012, 3-4.)

Lihavuusleikkaus koetaan käännteentekeväksi elämänmuutokseksi ja tapahtuvat muutokset leikkauksen jälkeen – niin elämäntavoissa, kehossa kuin ajatuksissakin – ovat nopeita. Muutosvaiheessa saatu tuki edesauttaa toipumista, muutosten hyväksymistä ja oman elämän hallinnan tunnetta. Lihavuusleikatut potilaat ovat kokeneet tarvitsevansa tukea syömisen kontrollin saavuttamiseen, tunteiden käsittelyyn, uuden minäkuvan hyväksymiseen, sosiaalisen vuorovaikutuksen uudelleen oppimiseen, oman vastuun ottamiseen tuloksista ja leikkauksen jälkeiseen aikaan valmentautumiseen. (Mattiila ym. 2012, 254-255; Seidl 2012, 3-4.) Hyödyllisiksi tukikeinoiksi lihavuusleikatuille potilaille on ajateltu mielekkään syömisen oppimista terapiaistunnoissa, preoperatiivista opetusta, erilaisissa oppimiskeskuksissa annettua opetusta ja tukiryhmiin osallistumista (Mattiila ym. 2012, 257). Tutkimuksissa onkin osoitettu, että ryhmähoidolla voidaan saavuttaa hyviä tuloksia lihaviin hoidossa, jos osallistujat saadaan motivoitua ryhmähoitoon ilman keskeytyksiä (Rongonen ym. 2014, 1640-1641). Pre- ja postoperatiiviset käynnit ja seurannat ovat myös tärkeitä tuen ja ohjauksen näkökulmasta. On todettu, että vähäinen osallistuminen leikkauksen jälkeiseen seurantaan tai sen kokonaan väliin jättäminen on yhteydessä pienempään painonpudotukseen ja lisääntyneisiin komplikaatioihin. (Seidl 2012, 3.)

Potilaan tuen tarpeita tarkastellessa tiedollisen tuen tarve nousee ensimmäisenä omaksi selkeäksi kokonaisuudekseen. Ennen leikkausta potilaat ovat tutkimusten mukaan toivoneet saavansa yksityiskohtaista tietoa leikkauksen jälkeisistä oireista, sivuvaikutuk-

sista ja niiden hoidosta. Erityisesti leikkauspelko, kipu ja kivunhoito, nukkuminen, lisäsairauksien hoito sekä ylösnousu ja liikkuminen leikkauksen jälkeen koettiin keskeisiksi tuen ja ohjauksen tarpeiksi. Tietoa haluttiin myös ruokavaliosta, välipalojen nauttimisista ja väärän ruokavaliion aiheuttamista vaivoista ja riskeistä. Oleelliseksi koettiin tieto siitä, mitkä ovat normaaleja oireita leikkauksen jälkeen, milloin pitää ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon ja mihin yhteyttä voi ottaa tarvittaessa. (Rekola, Häggman-Laitila, Mattila, Palomaa, Ruskomaa & Leivonen 2013, 35-36.)

Ennen leikkausta haluttiin tietoa ruokamääristä, sopivista ruoka-aineista ja ateriarytmistä. Samoin kodin ulkopuolella syömisestä kontrollointiin kaivattiin tukea. (Rekola ym. 2013, 36.) Leikkauksen jälkeen syömisestä kontrollin saavuttaminen on tärkeää, jotta painonpudotus leikkauksen jälkeen alkaa suunnitellusti ja leikkauksesta saavutetaan paras mahdollinen hyöty. Tähän potilas tarvitsee riittävästi tietoa syömisestä ja sen vaikutuksesta. Ohjeiden kurinalainen noudattaminen ja syöminen niiden mukaisesti on yksi tuen alue, johon ammattihenkilöt voivat potilasta valmistaa jo ennen leikkausta. Syömisestä kontrollin tulee olla leikkauksen jälkeen selkeänä potilaan mielessä. Potilaat ovat yllättyneet erityisesti nälän tunteen puuttumisesta ja ruokahaluttomuudesta, koska ne ovat useille uusilla kokemuksilla. Tukeminen syömisestä kontrollointiin jatkuu myös leikkauksen jälkeen. (Mattila ym. 2012, 255.) Tiedollinen tuki on siis tärkeässä roolissa koko hoitoprosessin ajan ja tiedon tarpeet muuttuvat hoidon eri vaiheissa.

Emotionaalinen tukeminen muodostaa oman, ison kokonaisuutensa lihavuusleikatun potilaan tukemisessa. Tiedollisen tuen lisäksi myös emotionaalisen tuen merkitys ja sen tarjoaminen tulee ottaa huomioon: on todettu, että tiedollisen tuen ohessa riittävästi emotionaalista tukea saavat potilaat onnistuvat paremmin tavoitteiden saavuttamisessa ja niissä pysymisessä (Boutin-Foster 2005, 23, 27-28). Tunneperäisiä reaktioita leikkauksen jälkeen voi herättää esimerkiksi uuden minän hyväksyminen. Muutokset tapahtuvat nopeasti, ja niiden tiedostaminen ja ymmärtäminen on useille potilaille haastavaa. Vaikka muutokset koetaan positiiviseksi, niiden käsittely ja niihin sopeutuminen ovat osa-alueita, johon potilaat ovat kaivanneet tukea. Uuden minän hyväksymiseen liittyvät usein sosiaaliset vuorovaikutustilanteet; ennen leikkausta potilaat ovat saattaneet vältellä sosiaalisia tilanteita häpeän tunteiden tai omien sairauksiensa vuoksi. Leikkauksen jälkeen sosiaalisiin tilanteisiin hakeutuminen on koettu haasteena, johon on potilaat toivoneet saavansa tukea. (Mattila ym. 2012, 255.) Potilaat ovat kokeneet epävarmuutta laihtumisen onnistumisesta, ulkonäön muutoksesta ja ihmisten suhtautumisesta sekä

omasta passiivisuudesta laihtumistuloksen saavuttamiseksi (Rekola ym. 2013, 36). Mi-näkuvan muutos tapahtuu usein kehon muutosta hitaammin, joten omassa mielessään potilaat saattavat nähdä tai kuvitella itsensä edelleen sairaalloisen lihavana, vaikka ul-komuoto onkin jo muuttunut runsaasti aiemmasta. Erityisesti seurustelusuhteen aloitta-minen on koettu haastavana, koska potilas voi nähdä itsensä edelleen lihavana. (Mattila ym. 2012, 255.) Häpeän tunteet ja masennus ovat yleisiä lihavuuskirurgisilla potilailla esiintyviä tunteita. Potilaat voivat kokea lihavuuskirurgiasta häpeää valitessaan ”hel-pon” ratkaisun lihavuuden hoitoon. Lihavuuskirurgiaa saatetaan salailta myös muilta ihmisiltä, jopa läheisiltäkin. Nämä vaikuttavat potilaan jaksamiseen ja potilaat voivat kokea omat voimansa ajoittain riittämättömiksi. Näihin tunteisiin ja niiden käsittelyyn potilasta voidaan valmistaa jo etukäteen ja saattaa potilaat tarvittaessa oikean tuen pii-riin. (Mattila ym. 2012, 255; Rekola ym. 2013, 36.)

Perheenjäsenten mukaan ottaminen hoitoon ja leikkauksenjälkeiseen aikaan valmenta-miseen koettiin tärkeänä, jotta tukiverkosto olisi sairaalan ulkopuolellakin mahdल्लीsimman kattava. Perheenjäseniltä vaaditaan myös sopeutumista muuttuneeseen tilantee-seen leikkauksen jälkeen. Kattavalla ohjauksella saadaan aikaan kotioloihinkin kannus-tava ja myönteinen ilmapiiri. Ilman ohjausta perheenjäsenet tai ystävät saattavat esimer-kiksi syödä kiellettyjä ruokia potilaan nähden tai jopa kannustaa potilasta syömään vää-ränlaista ravintoa. Perheenjäsenten kommentit leikkauksesta voivat olla joko kannusta-via tai lannistavia. Painonpudotus voi jäädä suunniteltua vähäisemmäksi, jos potilaan tukiverkosto ei ole muutokseen kannustava. Toisaalta perhe on myös tärkeä voimavara, joka voi fyysisen avun lisäksi tarjota runsaasti myös henkistä apua ja tukea jaksamiseen. (Mattila ym. 2012, 254-255; Seidl 2012, 5, 8-9.) Ammattihenkilöltä saadun tuen tarvetta lisäävät potilaan omien tukiverkostojen puuttuminen ja tuen puute perheenjäseniltä ja ystäviltä. Tähän tulisi kiinnittää huomiota myös hoidon aikana (Rekola ym. 2013, 36). Omaisilta ja ystäviltä saatava tuki painottuu erityisesti emotionaaliseen ja konkreetti-seen tukeen.

Leikkaus aiheuttaa potilaalle sairauslomapäiviä työelämästä. Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset ovat useilla potilailla heikosti tiedossa. Potilaat ovat toivoneet enemmän tietoa leikkauskustannuksista, sairausloma-ajasta ja Kela-korvausten hakemisesta. Sa-moin tulevat mahdolliset ihopoimujen korjausleikkaukset ovat aihe, josta halutaan tietoa jo lihavuusleikkausprosessin aikana. Myös kotiapujen tarve voi tulla kyseeseen. (Rekola

ym. 2013, 39.) Konkreettisen tuen tarjoaminen potilaalle mahdollistaa näiden asioiden käsittelyn ja lisää hoidon kokonaisvaltaisuutta.

Koska leikkaus aiheuttaa fyysisten muutosten lisäksi paljon psyykkisiä muutoksia, myös vertaistuki voi tarjota paljon apua. Monet potilaat käyttävät nykypäivänä esimerkiksi internetiä vertaistukiryhmien ja tuen etsimiseen. Vertaistuen avulla voidaan saada erityisesti sellaista emotionaalista tukea, konkreettista tukea ja kokemustietoa, jota muut kuin vastaavassa tilanteessa olevat ihmiset eivät tiedä. Kokemustiedon vaihtamisen on todettu lisäävän potilaan motivaatiota ja ymmärrystä omiin ongelmatilanteisiinsa ja vaikeuksiinsa. Myös sairauksiin liittyvät vaikeat asiat voi olla helpompi jakaa hyväksyvässä ja ymmärtävässä ympäristössä. Internetin kautta saatava vertaistuki onkin lisääntynyt erityisesti terveysongelmiin liittyvien asioiden saralla. (White & Dorman 2001, 693-707; Coulson 2013, 2.)

Lihavuusleikatuille on oma maanlaajuinen yhdistyksensä, Suomen Lihavuusleikatut LILE ry, joka on suurin Suomessa lihavuusleikatuille vertaistukea tarjoava taho. LILE ry on valtakunnallinen vuonna 2011 perustettu lihavuusleikattujen ja leikkausta tarvitsevien potilasyhdistys. Nuoresta iästään huolimatta yhdistys on jo 700-jäseninen ja kasvaa koko ajan. Yhdistyksen tarkoituksena on valvoa ja edistää lihavuuskirurgisten eli bariatristen potilaiden etuja. Yhdistys pyrkii lisäämään tietoisuutta lihavuusleikkauksista sekä hoitohenkilökunnan että leikkausta tarvitsevien keskuudessa. Yhdistys toimii vapaaehtoisperiaatteella ja sen toiminta rahoitetaan jäsenmaksu- sekä lahjoitusvaroin. (LILE ry 2013.) Yhdistys ohjaa ja neuvoo jäseniään, järjestää vertaistukitoimintaa ja toimii yhteistyössä eri tahojen kanssa. Yhdistyksellä on aktiivinen keskustelufoorumi internetissä ja se on tällä hetkellä tärkein vertaistuen kanava. Yhdistys myös järjestää alueellista toimintaa, kuten tapaamisia, tapahtumia, luentoja ja koulutuksia. (LILE ry 2013.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullinen tutkimus mittaa asioita, joita ei ole yksinkertaisella tavalla mahdollista mitata määrällisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkittavan kohteen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimiseen, jottei kokemuksista syntyneitä todellisuutta lähettäisi pirstomaan mielivaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin vahvistaa jo olemassa olevia väittämiä. Tämän vuoksi peruslähtökohtana ei ole olemassa olevan teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan aineiston kokonaisvaltainen ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161-164.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan tarkastella merkityksiä, ajatuksia ja ihmisten kokemuksia omasta todellisuudestaan; laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetulla tutkimuksella on myös mahdollista saada tietoa yksilön merkitykselliseksi kokemista tapahtumaketjuista ja otannan kautta tutkia samaa yhteisön näkökulmasta (Vilka 2005, 97-98).

Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui hyvin selkeästi kvalitatiivinen tutkimustyyppi. Lähinnä siksi, että tutkimme kokemusten kautta saatavaa, inhimillistä tietoa. Tutkimustyyppi valikoitui myös siksi, että tutkimalla asiaa kokemusten kautta pystymme arvioimaan potilaiden saaman hoidon laatua ja mahdollisuuksia parantaa sitä nimenomaan tutkimamme näkökulman suhteen.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Aineistonkeruu

Laadullista tutkimusta voi tehdä monesta erityyppisestä aineistosta. Tuomi & Sarajärvi (2009, 71) esittävät, että laadullisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetyt aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto; näitä menetelmiä voidaan käyttää joko yksinään, rinnakkain tai eri tavoin yhdistettynä resurssien ja tutkittavan ongelman mukaan. Kysely on aineistonkeruun muoto, jossa kysymysten muoto ja järjestys on vakioitu – kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Kyselylomaketta voidaan käyttää, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja häneen liittyvät tai häntä koskevat asiat, kuten asenteet, kokemukset, ominaisuudet ja mielipiteet. Kysely on mahdollista toteuttaa postitse ja nykyisin myös internetissä. (Vilka 2007, 28.)

Valitsimme sähköisellä kyselylomakkeella toteutettavan kyselyn ryhmähaastattelun sijaan, koska halusimme saada kattavammin tietoa maanlaajuisesti, emmekä vain paikallisesti. Koska haluamme selvittää, mitä ihminen ajattelee tietystä ilmiöstä, on järkevää käyttää kyselyä aineistonkeruun menetelmänä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 72). Menetelmän valintaan vaikutti myös se, että työelämäyhdyskuntamme kertoman mukaan on suuri osa järjestön jäsenistä hyvin aktiivisia, joten olimme toiveikkaita runsaslukuisten laadukkaiden vastausten suhteen. Lisäksi vaikuttavana tekijänä oli se, että jäsenet ovat hajallaan ympäri Suomen. Aineisto kerättiin LILE ry:n jäsenfoorumien kautta sähköisellä lomakkeella avoimin kysymyksin.

5.2 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen analyysivaiheessa on paljon vaihtoehtoja tarjolla. Näitä valintoja ohjaavat ennalta asetetut tutkimusongelmat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221). Tämän opinnäytetyön aineistot analysoidaan sisällönanalyysia hyödyntäen. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää laajasti kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysilla tarkoitetaan sitä, että kerätty aineisto tiivistetään lyhyesti ja yleistävästi kuvailevaksi materiaaliksi (Lat-

vala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Sisällönanalyysissä on neljä perusvaihetta: kiinnostusalueen rajaaminen, aineiston läpikäynti, teemoittelu ja yhteenvedon kirjoittaminen. Aineiston läpikäynnissä erotellaan saadusta aineistosta ne, jotka sisältyvät omaan kiinnostusalaan. Samalla jätetään pois kaikki, mikä ei juuri tähän tutkimukseen kuulu. Valitut osat aineistosta kerätään yhteen ja eriytetään muista tuloksista, jotta pysytään selkeästi omien tutkimusongelmien sisällä, eikä lähdetä raportoimaan kaikesta mikä mieltä kiehtoo. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Teemoittelussa on kyse saadun laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Perusideana on etsiä aineistosta tiettyä havaittua teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Tärkeintä on löytää aineistosta tekeillä olevan tutkimuksen kannalta olennaiset sisällöt (Vilka 2005, 139-142). Teemoittelua apuna käyttäen siirrytään konkreettisesta aineistosta käsitteelliseen kuvaukseen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin perusteorian mukaan prosessi etenee seuraavasti: Ensimmäinen valittu aineisto redusoidaan eli pelkistetään; alkuperäisistä ilmaisuista siirrytään pelkistettyihin, muutaman sanan mittaisiin ilmaisiin. Tämän jälkeen on vuorossa aineiston klusterointi eli ryhmittely, jossa pelkistetyistä ilmaisuista luodaan alaluokkia. Tässä vaiheessa aineisto käydään läpi tarkasti ja pyritään löytämään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Alaluokista luodaan yläluokkia abstrahoimalla, mikä tarkoittaa käytännössä teoreettisten käsitteiden luomista saadun aineiston pohjalta. Yläluokan luominen vastaa käytännössä ryhmittelemällä saadun aineiston otsikointia ja niinpä klusterointi on olennainen osa abstrahointiprosessia. Samansisältöiset yläluokat yhdistämällä luodaan pääluokkia, jotka yhdistämällä voidaan luoda pääluokkia yhdistävä luokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.) Aineiston pitäisi tulla tiivistetyksi kokonaisuutena siten, että se vastaa tutkimuksen tehtäviin ja tarkoitukseen. Analyysin avulla tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä voidaan kuvata pelkistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2012, 113.)

Oma analyysimme oli hyvin teemoittelupainoinen ja pyrimme noudattamaan teemoittelun perussääntöjä. Kävimme ensin saamamme aineiston läpi lukemalla ja aloimme sitten kerätä tekstistä ilmaisuja, jotka pelkistimme taulukkoon (ks. Kuvio 3, alla) listaksi pelkistettyjä ilmaisuja. Taulukossa ryhmittelimme ilmaisut kyselylomakkeen rakenteen mukaisesti. Tämän jälkeen aloitimme klusterointivaiheen, jossa tiivistimme pelkistetyistä ilmaisuista alaluokkia. Alaluokista loimme lopulta yläluokkia, päätyen keräämämme teoriaosuuden mukaisiin yläluokkiin: tiedollinen tukeminen, emotionaalinen tukeminen

ja instrumentaalinen tukeminen. Näistä pääsimme pääluokkaan, joka kuvaa työmme tarkoitusta hyvin: potilaan kokonaisvaltainen tukeminen. Alla vielä esimerkkinä osa analyysimme taulukointia.

Leikkausta edeltävä tuki			
<i>Koettu tuen tarve</i>			
Leikkausprosessi Leikkauksen valmistautuminen Komplikaatiot Tietoa leikkauksesta Elämä leikkauksen jälkeen Painon putoaminen Muutokset Tieto lääkityksistä leikkauksen jälkeen Miten vaikuttaa loppuelämään Rajoitteet leikkauksen jälkeen Ruoka-aineiden vaikutus Syömisestä opettelu Ravitsemuksen toteutus Rajoitteet leikkauksen jälkeen	Itse leikkaukseen liittyvä tieto Leikkauksen jälkeiseen aikaan liittyvä tieto Tuki ja tieto ravitsemusasioissa	Tiedollinen tuki	Potilaan kokonaisvaltainen tukeminen
Psyykinen tuki valmistautumiseen Tukea leikkauksen päätöksen tekoon Tukea uskaltamiseen Kuinka raskasta henkisesti Halu löytää ihmisiä, jotka jo leikattu	Leikkaukseen valmistava tuki Henkinen tuki Vertaistuki	Emotionaalinen tuki	
Rajoitteet leikkauksen jälkeen Syömisestä opettelu	Konkreettinen tieto	Instrumentaalinen tuki	

Kuvio 3. Esimerkki teemoittelusta

6 TULOKSET

Kysely toteutettiin sähköisenä kyselynä LILE ry:n keskustelupalstan kautta. Kyselyyn vastasi seitsemän ihmistä. Vastaajista kuusi oli naisia ja yksi mies. Vastaajilla leikkauksesta oli lyhimmillään kulunut 11 kuukautta ja pisimmillään noin 15 vuotta. Vastaajien ikäjakauma oli laaja: nuorimmat leikatut olivat 26-35 -vuotiaita leikkaushetkellä ja vanhimmat 55-65 -vuotiaita. Vastauksia saatiin kattavasti eri puolilta Suomea. Keskimäärin vastaajien BMI oli laskenut vuodessa 16,8 yksikköä.

6.1 Leikkausta edeltävä tuki

Leikkausta edeltävälle ajalle nousivat suurimmiksi koetuiksi tuen tarpeiksi vastauksissa selvästi tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarpeet. Myös instrumentaalisen tuen osalta löytyi tarpeita. Tiedollisen tuen osalta vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa itse leikkauksesta: leikkausprosessista, leikkauksesta, leikkaukseen valmistautumisesta ja komplikaatioista. He kaipasivat tietoa myös leikkauksen jälkeisestä elämästä. Tietoa kaivattiin myös leikkauksen jälkeisistä rajoitteista, painon putoamisesta, leikkauksen mukanaan tuomista muutoksista sekä muun muassa lääkityksistä leikkauksen jälkeen – miten olemassa olevat lääkitykset muuttuisivat, mitä mahdollisesti tulisi lisää ja mitä jäisi pois. Tietoa ja tukea kaivattiin myös ravitsemuksellisissa asioissa: leikkausta edeltävästä ruokavaliosta, mitä rajoitteita tulisi leikkauksen jälkeen, miten ravitsemus käytännössä toteutuisi leikkauksen jälkeen. Emotionaalisen tuen osalta vastaajat kokivat tarvitseensa tukea leikkauspäätöksen tekemiseen ja uskaltamiseen prosessiin lähtemisessä. He kokivat myös tarvitseensa tietoa siitä, kuinka raskas prosessi on henkisesti. Vastaajilla oli myös halu löytää ihmisiä, jotka jo oli leikattu ja saada heiltä vertaistukea. Instrumentaalisen tuen osalta vastaajat kokivat, että olisivat tarvitseet konkreettista tietoa rajoituksista leikkauksen jälkeen esimerkiksi syömisen ja liikkumisen suhteen sekä apua uudenlaisen syömisen opettelussa.

Kaipasin tietoa leikkauksesta ja olin kiinnostunut kuulemaan leikattujen kokemuksia hyvin tai huonosti menneistä leikkauksista ja elämästä leikkauksen jälkeen.

Henkisessä tsemmissä uskaltaa leikattavaksi.

Kuinka raskasta se on henkisesti.

Toteutunut tuki oli vastaajien mukaan melko hyvin linjassa heidän kokemiensa tarpeiden kanssa. Tiedollista tukea oli tarjolla itse leikkauksesta, leikkauksen vaikutuksista sekä ravitsemusasioista. Vastaajille oli kerrottu esimerkiksi leikkauksen teknisestä toteutuksesta, mahdollisista komplikaatioista, imeytymisongelmista leikkauksen jälkeen, syömisestä leikkauksen jälkeen ja he olivat saaneet ohjausta ruokavalion suhteen koskien aikaa sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Toisaalta annetusta tuesta jäi puuttumaan esimerkiksi pidemmän aikavälin vaikutukset ja kokonaisvaikutukset loppuelämään, joista vastaajat kokivat kaipaavansa tietoa. Tiedollinen tuki keskittyi lähinnä vain välittömään leikkauksenjälkeiseen aikaan. Emotionaalista tukea vastausten pohjalta oli tarjottu niukasti, vain osa vastaajista kertoi saaneensa henkistä tukea – yksi vastaaja yksiyteiseltä terapeutilta ja yksi ravitsemussuunnittelijalta. Vastaajat olivat hakeneet ja saaneet vertaistukea LILE ry:n kautta ja sitä kautta heille tarjottiin paitsi tietoa, myös henkistä tukea ja käytännön neuvoja leikkausprosessiin.

Käytännön kokemuksista sain tietoa LILEläisiltä.

Tieto/tuki olivat vähäisiä.

Vastaajat olivat saaneet tukea leikkausta edeltävästi paitsi terveydenhuollon henkilöstöltä – kirurgi, sisätautilääkäri, työterveyshuolto, ravitsemusterapeutti, terapeutti – myös muualta. Suurena tuen tarjoajana oli Lile ry, jonka tapahtumien, keskustelufoorumien ja tukihenkilöiden kautta vastaajat kokivat saaneensa paljon ja laaja-alaista tukea. Vastaajat kokivat saaneensa tukea myös lähipiiriltään: puolisolta, muulta perheeltä sekä ystäviltä.

Lile rystä ja heidän tukihenkilöiltään ja jäseniltä.

Liityin heti LILEen heti kun lähete leikkaukseen oli tehty.

Puolisoni tuki oli myös alusta asti tärkeä.

Ystävien tuki oli tärkeintä valmistautumisessa ennen leikkausta.

Kysyttäessä vastaajilta missä tuki oli riittävää tai riittämätöntä olivat vastaukset melko yhdenmukaisia: tuki oli riittävää. Kuitenkin vastauksissa nousi selvästi esille eri teemoja, joissa tukea olisi kaivattu lisää. Myös leikkaukseen menijän omaa aktiivisuutta korostettiin:

Tuki oli riittävää, kun itse oli aktiivinen.

Sain vastaukset kaikkeen tarpeelliseen, kunhan vain olin itse aktiivinen.

Tukea olisi kaivattu lisää paitsi tiedollisella osa-alueella esim. tietona hormonaalisista haittavaikutuksista, imeytymishäiriöistä, mahdollisesta leikkauksenjälkeisestä hyperinsulinemiasta myös tukena konkreettisissa asioissa, kuten kotiapujen järjestämisessä leikkauksen jälkeen. Emotionaalisella osa-alueella tukea olisi kaivattu siinä, miten kohdata ihmiset joille ei halua kertoa leikkauksesta. Henkinen tuki itsessään oli mainittu riittämättömänä omana osa-alueenaan useammassa vastauksessa. Myös vertaistuen esittelyä ja tuen piiriin ohjaamista olisi kaivattu heti leikkausprosessin alkuun.

Sellaista töks töks tietoa sai riittämiin, mutta ei konkreettista vertaistukea mitä kaipasi.

Imeytymishäiriöistä ja hyperinsulinemiasta olisin toivonut sisätautilääkärin/endokrinologin antamaa tietoa.

6.2 Sairaalassaoloaikana saatu tuki

Sairaalassaoloaikana suurimmaksi koetuksi tuen tarpeeksi vastaajilla nousi emotionaalisen tuen tarve. Tukea olisi kaivattu ongelmanratkaisuun sekä alkuun pääsyssä uusissa tavoissa. Henkinen tuki itsessään toistui useassa vastauksessa omana kokonaisuutenaan. Tiedollisen tuen osalta vastaajat kokivat tarvitsevansa tukea lähinnä ravitsemusasioissa; uusien ruokailutapojen toteutuksessa sekä tietona kotona alkavasta uudesta ruokavalios-
ta. Instrumentaalista tukea vastaajat kokivat tarvitsevansa paitsi edellä mainituissa ravitsemuksellisissa asioissa, myös sairaanhoidollisissa asioissa, kuten kivunhoidossa, perushoidossa ja yleisessä leikkauksesta toipumisessa.

Uusien ruokailutapojen toteuttamisessa.

Kivunlievityksessä ja ehkä henkisen puolen asioissa enemmän olisi pitänyt olla. Ongelmanratkaisussa siinä, miten kohdata ihmiset keille ei halua kertoa leikkauksesta.

Vastaajat kokivat sairaalassaoloajan tuen painottuneen voimakkaasti tiedolliseen ja instrumentaaliseen tukeen. Heille oli tarjottu tietoa sekä sanallisesti että kirjallisesti liikku-

misesta, syömisestä ja ravitsemuksellisista asioista, kivunhoidosta sekä siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Emotionaalista tukea heille ei juuri ollut tarjottu. Vastaajat kokivat tuen ja tukemisen jääneen kokonaisuutena melko niukaksi.

Ravitsemusterapeutillisia eniten ja ainoastaan.

Lääkäreiltä ja ravitsemusterapeutilta sai vaan sitä ns. ”kirjatietoa”. Kaikkea muuta olisi kaivannut.

Olisin luonnollisesti toivonut normaalia leikkauksen jälkeistä hoitoa ja hoivaa ja empaattista suhtautumista.

Vastaajat olivat saaneet tukea sairaalassaoloaikana leikkaavalta lääkäriltä, sairaanhoitajilta, lähi- ja perushoitajilta sekä ravitsemusterapeutilta. Ravitsemusterapeutin roolia korostettiin ja arvostettiin vastauksissa korkealle. Vastaajat olivat saaneet tukea myös ystäviltä, perheeltä, samaan aikaan leikkauksessa olleilta potilailta sekä Lile ry:n keskustelupalstalta.

Motivoitunut ja avulias ravintoterppa!

Hoitajilta ja ystäviltä. Myös samaan aikaan leikkauksessa olleilta sai vertaistukea.

Hoitsuilta ja lääkäriltä. Tärkeää oli myös viestittely keskustelupalstan tutujen kanssa että kaikki on mennyt hyvin.

Riittävää vastaajat kokivat tuen olleen niin sanotussa kirjatiedossa, mutta emotionaalisen tuen puolesta puutteellista. Vastaajat kokivat yleisen huomioon ottamisen puutteelliseksi ja olonsa turvattomaksi. He olisivat kaivanneet empaattisempaa suhtautumista, henkilökohtaista tukemista, suoraan lihavuusleikatulle suunnattua tukea sekä enemmän vertaistukea. Vastauksissa korostettiin edelleen oman aktiivisuuden merkitystä tuen ja tiedon saannille – kaikkea sai riittävästi, kun itse jaksoi ja pystyi olemaan aktiivinen.

Heräämön jälkeen koin jääväni osastolla heitteille.

Riittävä perushoito puuttui, puhumattakaan siitä että olisin saanut jonkinlaista erityistä tukea lihavuusleikatulle.

Itse oli osattava kysyä, jos jotain mieleen tuli.

6.3 Leikkaushoidon jälkeen saatu tuki

Leikkauksen jälkeiselle ajalle vastaajat kokivat suurimmaksi tuen tarpeeksi edelleen emotionaalisen tuen. He kokivat tarvitsevansa tukea muutoksessa ja muutoksen seurauksissa. Vastaajat nostivat esiin muun muassa seuraavanlaisia asioita: kehon rajut muutokset, muutoksen sisäistäminen, uusien toimintatapojen sisäistäminen sekä muutoksen loppuun vieminen. Muutoksen seurauksista oli mainittu ihmisten uudelleen huomioon suhtautuminen sekä vastakkaisen sukupuolen huomioon suhtautuminen. Lisäksi vastaajat olisivat kaivanneet henkistä tukea yleensä, niin sanottua tsemppihenkeä. Tiedollisen tuen suhteen vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa itse leikkauksen kulusta – mitä leikkauksessa tapahtui ja menikö kaikki suunnitellusti. He kokivat myös kaipaavansa tietoa ja tukea ravitsemusasioissa, käytännön syömisissä ja juomisissa sekä tukea uudelleen ruokavalion noudattamiseen. Instrumentaalisen tuen tarpeet olivat vastaajilla niukat: tukea kaivattiin lähinnä kivunhoidossa sekä selkeinä ohjeina siinä, minne ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee.

Miten leikkaus vaikuttaa henkisesti kun et voi enää syödä samanlailla kuin ennen.

Kehon muutoksen kanssa oli tekemistä. Ihmisten huomio oli hämmentävää, samoin miesten kiinnostus.

Kuka ja mikä taho osaa antaa parhaiten neuvoja leikatulle. Ja minne saa ja uskaltaa soittaa kysyäksään asioita.

Jossain vaiheessa olisi tarvinnut tukea ammattilaiselta, jotta pää olisi pysynyt muutosten mukana. Itse on vaikea alkaa muuttamaan sellaisia asioita ja asenteita, jotka on opittu jo pienestä pitäen. Uusia näkökulmia ja toimintatapoja ei tule tyhjästä.

Saatu tuki oli vastaajien mukaan keskusteluun painottuvaa. Vastaajien mukaan tuen saaminen oli haastavaa, se oli etsittävä ja vaadittava itse. He kokivat saaneensa pääasiassa vertaistukea, mitä kautta he saivat käytännön vinkkejä arkeen, keskusteluapua sekä tiedollista ja henkistä tukea sovellettavaksi omaan tilanteeseen. Muuten vastaajat kokivat saaneensa tukea lähinnä leikkauksenjälkeisten seurantojen kautta.

En osaa sanoa, sainko minkäänlaista tukea.

Tuki oli haettava itse.

Itse hain netistä vertaistukea.

Leikkauksen jälkeisenä aikana vastaajat saivat tukea sairaalasta, työterveyshuollosta ja terveyskeskuksesta leikkauksenjälkeisten kontrollikäyntien kautta. Lisäksi vastaajat saivat tukea terapeutilta, puolisoiltaan ja omaisiltaan. Myös vertaistuki nousi vastauksissa suureen rooliin: internet yleensä, LILE ry:n keskustelupalsta ja tapahtumat, niiden kautta löytyneet saman läpikäyneet ihmiset tarjosivat vastaajille paljon tukea.

Henkistä tukea tuli nettikeskusteluista ja leikattujen tapaamisista.

Terapeutilta, ravitsemussuunnittelijalta, lääkäriltä, puolisoilta, LILE ry:n foorumilta ja vertaistukitapaamisista.

Vastaajat kokivat tuen olleen leikkauksen jälkeen riittävää ravinto-opastuksessa ja ravitsemukseen liittyvässä tiedossa. Myös LILE ry:n kautta saatu emotionaalinen tuki koettiin riittäväksi. Jälleen oman aktiivisuuden katsottiin olevan avainasemassa.

Kun olin itse löytänyt oikeat ihmiset ja ryhmät, niin melkein kaikkeen löyty vastaus.

Ravitsemusasioissa tuki oli hyvää ja riittävää.

Riittämättömäksi koettiin emotionaalisen ja instrumentaalisen tuen kokonaisuudet. Henkinen tuki, jaksamisen tukeminen ja ruumiinkuvan muutoksen tukeminen koettiin riittämättömiksi. Tukea ja neuvoja olisi kaivattu myös konkreettisissa avuissa kotiin välittömälle leikkauksenjälkeiselle ajalle, esimerkiksi kaupassakäyntiin tai lemmikkien hoitamiseen.

Eniten kenties olisin tarvinnut ihan fyysistä apua selvitäkseni, kun ei vielä saanut nostella eikä kannella mitään.

Riittävää ravinto opastuksessa ja fyysisissä mittauksissa, riittämätöntä henkisellä puolella.

Emotionaalista tukea ei tullut sairaalan taholta, mutta LILEn vertaistukena kyllä.

6.4 Missä tukeminen erityisesti onnistui ja missä olisi kaivattu lisää tukea

Vastaajat kokivat tuen ja tukemisen onnistuneen erityisesti ravitsemuksellisissa asioissa. Vertaistukea LILE ry:n keskustelupalstan, tapaamisten ja yhdistyksen muun toiminnan kautta korostettiin ja myös internetin muut keskustelukanavat nostettiin esiin tärkeinä. Valtaosa vastaajista vastasi kuitenkin muun vastauksen ohella ”en osaa sanoa”, osa jätti vastauskentän täysin tyhjäksi.

Asialleen omistautunut ja hyvä ravitsemusterapeutti, jolla on kokemusta lihavuusleikattujen kanssa.

Ravitsemusapua saanut hienosti ja riittävästi.

Itselleni oli avainasemassa nettikeskustelut, vertaistuki.

Lisää tukea olisi kaivattu kaikilla kolmella suurella osa-alueella. Osa vastaajista koki jääneensä tyhjän päälle leikkauksen jälkeen. Oma aktiivisuus nousi edelleen vastauksissa esille.

Oma aktiivisuus on olennaista, olla yhteydessä sellaiseen tahoon, josta saa vastauksia.

Tiedollisen tuen osalta tukea olisi kaivattu lisää jälkihoidossa ja tietona jälkiseurauksista, tietona hormonaalisista ongelmista sekä lisätietona itse leikkauksesta. Paremman ja laajemman emotionaalisen tuen osalta tarve oli vastaajilla merkittävästi suurempi. Emotionaalisen tuen tarve sairaalassaoloaikana toistui useammassa vastauksessa, samoin psyykkinen tukeminen ennen ja jälkeen leikkauksen. Tukea olisi kaivattu henkisen jaksamisen kanssa, muutoksen mukanaan tuomien asioiden käsittelyssä ja niistä selviämisessä, ruumiinkuvan muutoksen käsittelyssä, minäkuvan muutoksen käsittelyssä, ajatus- ja toimintamallien muokkauksessa sekä liikkumisen aloittamisen tukemisessa ja liikkumistapojen ylläpitämisen tukemisessa. Käytännön tukea olisi kaivattu enemmän esimerkiksi fysioterapeutilta, erityisesti kehonkuvan muutokseen sopeutumisessa ja sopivien liikuntamuotojen ja -tapojen löytämisessä.

Jos kaikki muutosenergia pitää tulla omasta itsestä, niin muutos voi jäädä puolitiehen.

Tukea ruumiinkuvan muutokseen. Emotionaalista tukea nimenomaan sairaalahenkilökunnan taholta.

Vuosi-pari leikkauksen jälkeen olisin kaivannut jotain ulkopuolista tukea ajatuksien ja toimintatapojen muokkaukseen.

Henkinen jaksaminen on noussut isoksi asiaksi. Minäkuvan muuttuminen ja sitä myötä tulleet ongelmat.

Osassa vastauksista nostettiin esille myös paino-ongelman ennaltaehkäisyn merkitys prosessissa – olisiko riittävällä ennaltaehkäisyllä leikkaus kenties ollut tarpeeton? Tukea olisi kaivattu esimerkiksi liikunnan aloittamiseen ja rutiinien löytämiseen. Yksi vastaajista ehdotti, että lääkereseptien ohella voitaisiin sijoittaa niin sanottuihin liikuntaresepteihin, joiden kautta saisi apua liikunnan aloittamiseen esimerkiksi fysioterapeutilta. Apua olisi kaivattu muun muassa liikuntavälineiden oikeanlaisessa käytössä sekä oikeanlaisten, mielekkäiden liikuntamuotojen löytämisessä.

jos ne [terveydenhuolto] olisi puuttunut ajoissa paino-ongelmaani esim. antamalla apua liikunnan aloittamiseen, olisi leikkaus kenties ollut tarpeeton.

Opastusta oikeaan liikuntaan.

En olisi aloittanut liikuntaa edes leikkauksen jälkeen, jos ei olisi ollut varaa palkata personal traineria.

Fysioterapeutin palveluita enemmän.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Lihavuusleikkauspotilaan tukeminen osoittautui teoriaa kirjoittaessamme monimutkaiseksi ja monitahoiseksi prosessiksi. Saamamme vastaukset tukevat syntynyttä käsitystä. Ajatus monitahoisuudesta pätee potilaan tukemiseen yleensä, mutta lihavuusleikkauspotilaan kohdalla on huomioitava tietyt erityispiirteet. Kuten esimerkiksi ravitsemuksellisen ohjauksen erityislaatuisuus kyseisen potilasryhmän kohdalla sekä se, että leikkaus ei ole vielä ratkaisu ongelmaan, vaan tärkein osuus alkaa vasta leikkauksen jälkeen kotioloissa. Tukeminen kokonaisuutena olisi ajateltava osana prosessia ja huolehdittava sen riittävydestä sekä jatkuvuudesta.

Saamiemme tulosten mukaan lihavuusleikatut kokevat saamansa tuen riittävyden kokonaisuutena kohtalaisena. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että tiedollinen tuki on iso osa tukiprosessia (Rekola ym. 2013, 35-36). Vastauksista nousi selkeästi esiin tuen keskittyminen tiedolliseen puoleen. Tiedollinen tuki oli tulosten mukaan pääasiassa hyvää ja riittävää prosessin eri vaiheissa. Tiedollisen tuen osalta vastaajat kokivat, että leikkauksen kulusta ja sen vaikutuksista kerrottiin hyvin. Erityisesti ravitsemusterapeutin antamaa ohjausta syömisessä ja uudessa ruokavaliossa kiiteltiin paljon kaikissa prosessin vaiheissa. Ravitsemukselliset asiat ovat yksi iso kokonaisuus potilaan omahoidossa leikkauksen jälkeen ja siihen on tutkitusti kaivattu tietoa ja tukea (Rekola ym. 2013, 36). Tuki ravitsemuksellisissa asioissa on siis tulosten valossa hyvällä tasolla.

Potilaat kokivat, että tiedollinen tuki on tärkeää jo ennen leikkausta. Erityisesti se, miten leikkaus vaikuttaa loppuelämään, koettiin suureksi asiaksi jo ennen leikkausta. Tulokset ovat linjassa aiempien tutkimusten kanssa (Rekola ym. 2013, 35-36; Mattila ym. 2012, 247-248). Aiemmin on tutkittu, että potilaan tietoisuuteen tulee saattaa se, että leikkaus aiheuttaa pysyviä elämäntapamuutoksia koko loppuelämän ajaksi ja että leikkaus ei itsessään vielä ole ratkaisu paino-ongelmaan (Grindel & Grindel 2006, 135; Mattila ym. 2012, 247-248; Seidl 2012, 5). Tuloksissa tuli ilmi, että potilaat myös haluavat tietoa leikkauksenjälkeisestä elämästä jo ennen leikkausta ja lopullista leikkauspäätöstä. Pääpiirteissään tuen tarpeet ja saatu tuki tiedolliselta puolelta kohtasivat toisensa melko hyvin ja tulokset vastasivat aiempaa tutkimustietoa. Yllättävää toisaalta oli se, että tu-

loksissa ei tullut esiin sitä, että koko prosessia olisi käsitelty kokonaisuutena ennen leikkausta. Itse leikkauksesta, sen vaikutuksista ja ravitsemuksesta leikkauksen jälkeen keskusteltiin, mutta esimerkiksi siitä, miten suuresti se vaikuttaa koko loppuelämään, ei tulosten mukaan juurikaan puhuttu. Hoitohenkilökunnan tulisi siis tiedostaa ja saattaa myös potilaan tietoisuuteen vahvasti se, että hoito ei lopu kotiuttamiseen, vaan varsinainen työ painon pudottamiseksi alkaa vasta sen jälkeen.

Emotionaalinen tukeminen puolestaan koettiin liian vähäiseksi. Lihavuusleikkaus aiheuttaa suuria muutoksia eri elämän osa-alueilla ja näiden käsittelemiseen olisi kaivattu lisää tukea. Myös aiemmissa tutkimuksissa on noussut esiin muutoksen tukemisen tärkeys prosessin eri vaiheissa (Mattila ym. 2012, 254-255; Seidl 2012, 3-4). Kun hoitohenkilökunta keskittyi enemmän nimenomaan tiedolliseen puoleen, emotionaalinen tukeminen ja esimerkiksi keskusteleminen henkisestä puolesta, kuten potilaan jaksamisesta, jäi vähemmälle. Vastauksissa sairaalassaoloaikana koetun tuen osalta ei emotionaalista tukea oltu mainittu saadussa tuessa lainkaan. Jäimme miettimään, johtuuko tämä siitä, että tukea ei oltu tarjottu vai siitä, että se oli koettu niin riittämättömänä, ettei sitä nähty mainitsemisen arvoisena.

Kyngäs ja Hentinen (2008, 31) ovat todenneet, että potilaan kokema tyytyväisyys ja hyväksyvä, empaattisen ilmapiirin kokeminen vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Osa vastaajista totesi kokeneensa turvattomuuden tunnetta ja huomioon ottamisen puutetta sairaalassa ollessaan ja suoraan lihavuusleikatulle suunnattu tuki oli vajavaista. Hoitoon sitoutumisen kannalta etenkin turvallisuuden tunteen luominen ja potilaan huomioon ottaminen olisivat keskeisessä roolissa. On todettu, että jopa terveydenhuollossa henkilökunta voi suhtautua negatiivisemmin lihaviin potilaisiin. (Gilmartin 2013, 1303-1304; Mustajoki 2008, 102-104.) Voi olla siis myös mahdollista, että hoitohenkilökunnalla on ollut ennakoasenteita potilaita kohtaan – tosin asiaan ei suoraan saatu vastausta kyselyssämme. Jäimme miettimään, onko kyselymme sähköisen muotonsa vuoksi tuottanut kaiken mahdollisen tarpeellisen tiedon esimerkiksi hoitohenkilökunnan asenteista. Yksi vastaaja nosti esiin tilanteen, jossa hänelle oli jaettu väärät lääkkeet eikä hoitaja ollut suostunut niitä tarkistamaan ennen lääkärin väliintuloa. Heijasteleeko tilanne hoitajan asenteita, vai selittyykö tapahtuma vastaajan antamalla syillä, kuten henkilökunnan kiireellä ja stressaantuneisuudella? Myös perustarpeiden tyydyttäminen, kuten perus- ja kivunhoito oli osalla vastaajista ollut sairaalassaoloaikana puutteellista. Jäimme miettimään hoitohenkilökunnan asenteiden merkitystä myös tässä kohtaa. Johtuuko puutteel-

linen hoito kiireestä ja stressistä vai lihavuusleikkaukseen hakeutuneeseen potilaaseen kohdistuneista asenteista?

Potilaat ovat aiemmin kokeneet epävarmuutta onnistumisestaan lihavuusleikkauksen jälkeen ja saattavat kokea häpeän tunteita leikkaushoitoon ja hoidon onnistumiseen liittyen (Rekola ym. 2013, 36). Muutosvaiheen tuki edesauttaa toipumista ja lisää elämähallinnan tunnetta (Mattila ym. 2012, 254-255). On todettu, että emotionaalista tukea saavat potilaat myös onnistuvat paremmin tavoitteiden saavuttamisessa (Boutin-Foster 2005, 23, 27-28). Tutkimustuloksissa nousi esiin, että tähän puoleen ei ole saatu riittävästi apua. Vastaajat saattoivat kokea jäävänsä jopa yksin asian kanssa. Tämän vuoksi emotionaalisen tukemisen tulisi olla prosessissa vahvemmin mukana ja sen jatkuvuudesta tulisi huolehtia, jotta voidaan varmistua parhaalla mahdollisella tavalla hoidon onnistumisesta kunkin potilaan kohdalla. Emotionaaliseen puoleen apua saatiin tulosten mukaan enimmäkseen vertaistuen kautta, mutta myös omaa aktiivisuutta korostettiin esimerkiksi yksityisen puolen terapian hakemiseen.

Pyrimme kysymyslomakkeen alussa avaamaan tuen eri muotoja käsitteinä, jotta vastaajat hahmottaisivat paremmin mitä kysymyksillä haemme. Tiedollisen ja emotionaalisen tuen alle tuli selkeitä vastauksia ja selkeitä tarpeita, mutta instrumentaalinen tuki oli jäänyt selvästi saamissamme vastauksissa vähemmälle. Jäimme miettimään johtuuko tämä siitä, ettemme olleet avanneet käsitettä ja sen sisältöjä riittävästi, ettei sitä oltu tarjottu vai siitä ettei siihen osattu kiinnittää huomiota hoidon aikana. Aiemmin potilaat ovat toivoneet apuja esimerkiksi sairausloma-ajasta selviämiseen, kotiapujen tarpeen selvittämiseen ja Kela-korvausten hakemiseen (Rekola ym. 2013, 39). Saamissamme vastauksissa nousi sairausloma-ajan selviämisestä esiin etenkin kotiapujen hankkimiseen liittyvä ohjaus: leikkauksen jälkeen esimerkiksi kaupassa käynti ja lemmikkien hoitaminen koettiin haasteeksi. Myös painavien tavaroiden nostelu oli toisille mietintää aiheuttanut asia. Vastaten aiempia tutkimustuloksia (Rekola ym. 2013, 36), nämä korostuivat etenkin niillä vastaajilla, jotka asuivat yksin tai joilla ei ollut sairaalan ulkopuolella vahvaa tukiverkostoa. Hoitohenkilökunnan tulisikin siis ottaa edellä mainitut asiat huomioon potilaan kokonaistilannetta kartoitettaessa ja huomioida mahdollisen ulkopuolisen avun tarve.

Vertaistuki koettiin tärkeäksi kaikilla eri tukemisen osa-alueilla. Samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa keskustelusta saatiin voimia ja jaksamista sekä käytännön

vinkkejä, joita soveltaa omaan tilanteeseen ja elämään. Saamiemme vastausten mukaan vertaistuen piiriin ohjaaminen oli puutteellista ja toisilta se jopa puuttui kokonaan. Vastauksissa omaa aktiivisuutta tuen hakemiseen korostettiin, eli vähemmän aktiiviset potilaat saattaisivat siis jäädä kokonaan pois vertaistuen piiristä. Vertaistuen kautta tukiprosessi saataisiin myös jatkumaan sairaalan seinien ulkopuolelle. Yhdeksi hyödylliseksi tukikeinoksi lihaville onkin ajateltu esimerkiksi tukiryhmiä (Mattila ym. 2012, 257), ja vertaistuki voidaan ajatella yhtenä tukiryhmän muotona. Tämän vuoksi voisi olla hyödyllistä, että hoitavan osaston henkilökunta olisi tiiviisti yhteydessä esim. LILE ry:n kanssa tai kertoisi potilaalle yhdistyksen olemassaolosta ja vertaistuen hyödyllisyydestä. Näin voitaisiin mahdollisesti lisätä potilaiden motivaatiota hoito-ohjeiden noudattamiseen kotioloissa. Samalla varmistettaisiin, että potilas saa tukea motivaation ylläpitämiseen edellä mainituissa asioissa. Motivaatio-ongelmat ovat tutkimusten mukaan yksi haaste lihavioiden hoidossa (Rongonen ym. 2014, 1640-1641), ja sairaalan ulkopuolisella tuella tähän voidaan mahdollisesti vaikuttaa. Näin saavutettujen tulosten pysyvyys voisi olla parempi. On myös tutkittu, että potilaat tulee pyrkiä saattamaan oikeanlaisen tuen piiriin riittävän varhain (Mattila ym. 2012, 255). Tämä tulostemme mukaan ei täysin toteudu.

Perhe on tutkitusti suuri voimavara ja apu kaikilla tuen osa-alueilla (Mattila ym. 2012, 254-255; Seidl 2012, 5, 8-9). Myös vastauksissa nousi esiin perheen ja läheisten tärkeys tuen saamisessa. Vastauksissa ei kuitenkaan tullut esiin mitään siitä, kuinka perhe ja läheiset on huomioitu osana tukiverkostoa ja siten osana tukiprosessia. Pohdimme, olisiko esimerkiksi läheisiä syytä ottaa mukaan esikäynneille tai ensiohjaukseen, jotta tästä tuesta saataisiin parempi hyöty irti. On todettu, että sekä vertaistuesssa että läheisten tuessa yksi riski voi olla väärän tiedon antaminen tai väärin käytäntöjen opettaminen. Samoin läheisiä voidaan käyttää tiedon lähteenä, vaikka heidän kauttaan saadun tiedon luotettavuudesta tai oikeellisuudesta ei voida olla varmoja. (Kosonen 2010, 58-59; Mattila ym. 2012, 254-255.)

Vertaistukihenkilöt ovat itse käyneet leikkausprosessin läpi, joten heiltä saatu tieto on pääsääntöisesti oikeaa. Tuloksissa nousi esille myös vertaistuen mahdollinen haittapuoli: sairaaloiden eri käytännöt aiheuttivat osalle vastaajista hämmennystä, kun toiset vertaiset antoivat erilaista tietoa kuin mitä vastaajat itse olivat sairaalasta saaneet. Vertaistuen kautta saatavaa tietoa on potilaan osattava itse soveltaa tilanteeseensa, jotta mahdollisilta ristiriidoilta ja väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Läheisten tietoisuuden paran-

tamiseksi esimerkiksi ensitietotapahtuma tai leikkausvalmennus, jonne läheinen voisi tulla mukaan, voisi olla ratkaisu. LILE ry järjestää erilaisia tapaamisia ja tapahtumia, mutta sairaalan puolelta tällaiset tapahtumat ja tilaisuudet eivät ole vielä mielestämme riittävällä tasolla.

Yhtenä opinnäytetyömme tehtävistä oli kysymys siitä, miten hoitohenkilökunta voi edistää lihavuusleikatun potilaan tukemista. Tuloksissa selkeänä esiin nousivat vertais-tuen piiriin ohjaaminen, parempi huomioon ottaminen yleisellä tasolla, emotionaalisen puolen huomioon ottaminen ja leikkauksen suuren psyykkisen merkityksen ymmärtäminen. Potilaan tukeminen ja ohjaaminen vie runsaasti työaikaa hoitohenkilökunnalta, ja esimerkiksi kiireisinä päivinä henkilökunnalla ei välttämättä ole aikaa parhaan mahdollisen tuen tarjoamiseen. Pohdimme, onko hoitohenkilökunnalla ylipäänsä olemassa riittävästi resursseja potilaan kokonaisvaltaisen tuen turvaamiseksi. Pohdimme myös, olisiko lihavuusleikkaukseen tulevalle potilaalle mahdollista nimittää heti hoitoprosessin alussa omahoitaja, joka olisi jokaisessa prosessin vaiheessa tietoinen potilaan kokonaistilanteesta ja olisi siten paremmassa asemassa jatkuvan tuen tarjoamista ajatellen.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä tutkijoiden tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä lisää tutkimuksen uskottavuutta, luotettavuutta ja eettisyyttä (Tuomi 2007, 143). Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arviointivaiheessa. Tiedonhankinnan ja tutkimusmenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden saavutukset asianmukaisesti niin, että aiempia tuloksia voidaan esimerkiksi hyödyntää tai verrata omiin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajarvi 2011, 132-133.)

Laadulliseen tutkimukseen ei ole yhtä oikeaa tapaa arvioida luotettavuutta. On olemassa erilaisia tulkintoja ja käsitteitä, joilla tutkimusta voidaan arvioida. Tutkimuksen arviointiin voidaan käyttää esimerkiksi neljää kriteeriä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus ja vahvistettavuus. Tutkimuksen teorian tulee tukea tutkimuksen toteutusta ja avata käsitteitä lukijalle. Lähteenä käytetyn aineiston tulee olla tuoretta ja ajankoh-taista tietoa, jotta teoria on validia. Tutkimusprosessi tulee kuvata tarkasti, jotta lukija

ymmärtää, miten tutkijat ovat päässeet omiin johtopäätöksiinsä. (Vilka 2005, 28-29, 158; Kiviniemi 2010, 81; Tuomi 2007, 150.) Tulosten kriittinen tarkastelu ja esimerkiksi vertaaminen aiempiin tutkimuksiin voi lisätä luotettavuutta. Tutkijan ei tule kuitenkaan sokeutua lähdeaineistolle, vaan lähdekritiikki on perusteltua. (Alasuutari 2011, 95). Laadullinen tutkimus ei välttämättä ole toistettavissa samalla tavalla, joten sen vuoksi prosessin kuvaus on myös tärkeää, jotta voidaan hyväksyä tutkijan saamat tulokset. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on, että arviointia suoritetaan koko tutkimuksen ajan ja että se huomioidaan tutkimusta tehdessä kokonaisuutena. (Kiviniemi 2010, 81; Tuomi 2007, 150.)

Tutkimuksen etiikka kulkee osittain käsi kädessä hyvän tutkimuskäytännön kanssa (Vilka 2005, 29). Hyvän tutkimuskäytännön ohella eettisyys käsittelee myös esimerkiksi tutkimusaiheen valintaa ja sen tarkoituksenmukaisuutta, tutkimuksen kohteen käsittelyä, tutkimustulosten esittämistä ja puolueettomuutta (Tuomi 2007, 144). Pelkkä kiinnostus tutkittavaan aiheeseen ei riitä, vaan tutkimuksen pitää olla perusteltu. Ihmisiä tutkittaessa luottamuksellisuus on keskeistä, jotta hyvä eettinen käytäntö säilyy. Samoin vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumisesta tulee tuoda esiin. Osallistujien tulee tietää tutkimukseen osallistuessaan, mihin he osallistuvat ja mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimukseen osallistujien hyvinvoinnin turvaaminen, esimerkiksi yksityisyyden suoja, tulee olla kunnossa läpi tutkimusprosessin. Vastuu eettisyydestä on tutkijalla. (Tuomi 2007, 144; Vilka 2005, 35-36; Tuomi & Sarajärvi 2009, 128, 131.)

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoretta lähdeaineistoa, jotta teoriatieto on ajantasaista. Teoriaan otettiin mukaan ne osa-alueet, jotka tukevat tutkimuksen tekemistä ja auttavat ymmärtämään aihetta kokonaisuutena. Tietoa etsittiin lukuisista eri lähteistä, jotta saatu tieto on varmasti luotettavaa. Pyrimme olemaan kriittisiä lähteiden suhteen ja hyödyntämään sellaisia lähteitä, jotka ovat tieteellisistä julkaisuista tai alan kirjallisuudesta. Tutustuimme myös lukuisiin ulkomaisiin lähteisiin, jotta saimme laajemman käsityksen aiheesta ja kattavampaa tietoa. Pyrimme käyttämään ainoastaan alkuperäislähteitä. Kaikki käyttämämme lähteet on merkitty lähdeluetteloon. Saamiamme tuloksia vertailimme aiempiin tutkimustuloksiin, ja pyrimme löytämään yhteneviä asioita, sekä asioita, jotka poikkesivat aiemmista tutkimustuloksista.

Aineisto kerättiin internetin keskustelupalstalta. Riskinä voi olla esimerkiksi virheelliset tai huumorilla lähetetyt vastaukset. Käyttämämme keskustelupalsta oli kuitenkin suljet-

tu yhteisö, eli se oli avoinna ainoastaan LILE ry:n jäsenille. Tämä pienentää aiheettomien ja virheellisten vastausten riskiä, koska kaikki keskustelupalstalle rekisteröidyt jäsenet ovat kohderyhmäämme. Analyysivaihe suoritettiin laadullisen tutkimuksen ohjeiden mukaisesti. Luotettavuutta heikentää opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus tutkijoina, mikä näkynee esimerkiksi kyselylomakkeen rakenteessa.

Tutkimusidea lähti opinnäytetyön tekijöiden aloitteesta. Aihetta on tutkittu vielä melko niukasti ja on tärkeää tutkia aihetta lisää, jotta lihavuusleikattujen hoitoprosessista saadaan lisää tietoa. Lihavuusleikattujen potilasyhdistys LILE ry oli halukas lähtemään mukaan tutkimuksemme työelämäyhteydeksi. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä LILE ry:n kanssa heidän internet-keskustelupalstansa kautta. Työelämäyhteytemme oli LILE ry:n hallituksen jäsen ja kysely keskustelupalstalla toteutettiin LILE ry:n suostumuksella. Ennen työn aloittamista sovittiin suullisesti tutkimuksen toteuttamisesta, ja opinnäytetyöstä tehtiin kirjalliset sopimuspaperit. Kysely toteutettiin sähköisenä kyselynä ja siihen vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, joten yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa. Aineistoa käytettiin vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Lisäksi aineisto oli vain opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja se käsiteltiin luottamuksellisesti. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto hävitetään. Näitä asioita oli käsitelty myös saatekirjeessä (Liite 1), joka lähetettiin keskustelupalstalle kyselyn ohessa, joten vastaajat olivat tietoisia, mihin osallistuvat ja mihin aineistoa käytetään. Saatekirjeessä oli myös opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, joihin oli mahdollista ottaa yhteyttä, mikäli halusi opinnäytetyöstä lisätietoja.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Teoriaosuutta kootessamme nousivat kirjallisuudessa esiin henkilökunnan asenteet lihavia kohtaan. Tuloksissa kävi ilmi puutteita hoidossa niin emotionaalisen tuen kuin potilaan perustarpeiden, kuten esimerkiksi kivunhoidon, huomioinnissa. Tärkein jatkotutkimusaihe mielestämme olisikin tutkia tukemista kokonaisuutena hoitoprosessissa hoitavan henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen voisi rajata sairaanhoitajiin tai mukaan voisi ottaa esimerkiksi ravitsemusterapeutin, fysioterapeutin ja hoitavan lääkärin, jotta saataisiin kattavampi näkemys aiheesta eri näkökulmasta tutkittuna.

Oma aineistomme jäi aineistonkeruumenetelmän vuoksi hieman vajavaiseksi. Sähköinen kyselylomake ei tarjonnut meille mahdollisuutta pyytää tarkennuksia saamiimme vastauksiin; toisin sanoen osaa aineistosta olisi voinut vielä viedä huomattavasti pidemmälle tarkentavilla kysymyksillä ja näin saada yksityiskohtaisempaa tietoa eri osa-alueista. Sen vuoksi voisi olla hyvä tehdä esimerkiksi haastattelututkimus omaa tutkimustamme vastaavilla lähtökohdilla. Näin olisi mahdollista saada vastaajilta tarkempaa ja kuvailevampaa aineistoa analysoitavaksi.

Tuloksissamme nousi esille leikkaushoitoprosessin jälkeisen hoitotyön, niin sanotun jälkihoidon, puutteellisuus. Olisi mielenkiintoista tarkastella leikkauksen jälkeisen tukemisen ja motivoinnin toteutumista sekä pidemmän aikavälin seurantojen sisältöjä ja toteutumista käytännössä. Olisi myös mielenkiintoista selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat leikkaushoidon epäonnistumiseen pitkällä tähtäimellä – mitkä syyt ovat potilaasta lähtöisin ja missä olisi ehkä hoitavan tahon osalta parannettavaa.

Lihavuusleikkaus on elämän mittainen prosessi paitsi potilaalle, myös hänen läheisilleen. Läheisen tukemisen kannalta olisi tärkeää selvittää potilaiden läheisten kokemuksia hoitoprosessista ja heidän saamastaan tuesta. Olisi hyvä myös selvittää lihavuusleikkausprosessin läpikäyneiden kokemuksia niistä pitkän aikavälin muutoksista, joita leikkaushoito mukanaan tuo. Tämä voisi helpottaa potilaiden valmistelua tulevaisuudessa ja myös paljastaa aukkoja tukiprosessissa.

Vastauksissa esiin noussut ajatus lihavuuden tehokkaammasta ennaltaehkäisystä ja niin sanotuista liikuntaresepteistä on myös ajatuksena mielenkiintoinen. Onko sellaisia jo käytössä ja jos on, onko niillä millainen vaste? Jos ei ole, olisiko mahdollista niitä käytännössä kokeilla esimerkiksi pidemmän aikavälin tutkimuksena? Lihavuus on vaikea ongelma nyky maailmassa ja mielestämme olisi hyvä edes kokeilla erilaisten visioiden toteutumista ja hyötyjä, jotta ongelman kasvua saataisiin taittumaan.

7.4 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi alkoi osaltamme jo keväällä 2013 aiheidean ilmaannuttua. Lähdimme jo tuolloin tarkastelemaan mahdollista teoriamateriaalia ja tekemään muistiinpanoja teoriaosuutta ajatellen. Varsinainen kirjoitustyö alkoi elo-syyskuun taitteessa

2013 osallistuttuamme oman vuosikurssimme opinnäytetyön aihevalintaseminaariin ja saatuamme luvan lähteä tekemään työtä. Ajatus työhön siis lähti meiltä tekijöiltä itseltämme ja otimme itse yhteyttä Suomen lihavuusleikatut LILE ry:een. Heidän edustajansa lähti mielellään yhteistyöhön kanssamme ja siten saimme LILE ry:n yhteistyökumppaniksemme. Hoidimme yhteydenpidon yhdyshenkilömme kanssa pääasiassa sähköisesti sekä ajoittain puhelimitse. Työelämäpalaveri ajoittui lokakuun 2013 alkuun, jonka jälkeen aloimme kunnolla työstää teoriaa sekä opinnäytetyösuunnitelmaa. Pyrimme huomioimaan työelämäpalaverissa työelämätahon puolelta esille nousseet näkökulmat toiveet teoriaa kirjoittaessamme parhaamme mukaan, mutta niin, että kokonaisuudesta tulisi ehjä.

Lokakuussa 2013 oli myös ideaseminaari, missä saimme opponenteiltamme hyviä ajatuksia työn jatkoa ajatellen. Ideaseminaarin jälkeen työstimme teoriaosuutta ja opinnäytetyösuunnitelmaa rinnakkain aina suunnitelmaseminaariin asti, jonka jälkeen lähetimme valmiin suunnitelman sekä opinnäytetyösopimuspaperit työelämäyhteydellemme. Saimme kyselylomakkeen ja teoriaosuuden hiomista vaille valmiiksi helmikuussa 2014, mutta koettuamme yhteydenpito-hankaluuksia työelämäyhteytemme kanssa jäi kyselyn julkistaminen vasta huhtikuulle. Kysely oli lopulta avoinna huhtikuusta 2014 kesäkuulle 2014 ja saimme riittävästi vastauksia. Vastausaktiivisuus ei vastannut odotuksiamme ja pidensimme siksi vastausaikaa noin kuukaudella suunnitellusta. Kävimme muutamia kertoja keskustelupalstalla muistuttamassa käyttäjiä vastaamisesta, mutta silti vastauksia tuli odotuksiin nähden melko niukasti. Näin jälkikäteen ajatellen olisi työ kannattanut tehdä haastattelututkimuksena, jotta olisimme voineet tehdä tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Nyt analyysivaiheessa nousi esille paljon ajatuksia siitä, miten olisimme vastauksia ja sanamuotoja halunneet tarkentaa.

Opinnäytetyön kirjoittaminen viivästyi yhteydenpito-hankaluuksien sekä meistä tekijöistä johtuvien syiden vuoksi suunnitellusta. Kevään 2014 pitkä syventävä harjoittelu sekä kesän työt hidastivat työskentelyä opinnäytetyön parissa ja elokuun 2014 koittaessa oli päällä lievä epätoivo työn valmistumisesta. Elokuun 2014 alussa vaihtui työelämäyhdyshenkilömme ja yhteistyö Lile ry:n kanssa jatkui aktiivisemmin. Saimme hyvää palautetta ja kehitysehdotuksia heidän taholtaan. Elo-syyskuun 2014 käytimme aineiston analyysiin, pohdinnan kirjoittamiseen ja teorian hiomiseen. Työ lopulta valmistui lokakuussa 2014. Alla vielä aikataulu esitettyinä kuviona (Kuvio 3.). Opinnäytetyöstä aiheutuneet kulut kustansimme itse.

Opinnäytetyöprosessin aikataulu	
Kevät 2013	Opinnäytetyön ideointi
Syyskuu 2013	Aihevalintaseminaari
Lokakuu 2013	Työelämäpalaveri sekä ideaseminaari
Marraskuu 2013	Teoriaosuuden sekä opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamista
Joulukuu 2013	Suunnitelmaseminaari, suunnitelman ja opinnäytetyösopimuspaperien lähetys työelämäyhteydelle
Tammikuu – huhtikuu 2014	Opinnäytetyön kirjoittamista
Huhtikuu 2014	Kyselyn julkaisu Lile ry:n foorumilla, aineistonkeruu
Toukokuu 2014	Käsikirjoitusseminaari
Elokuu 2014	Aineiston analyysi
Elokuu 2014 – lokakuu 2014	Opinnäytetyön kirjoittamista ja muokkausta
Lokakuu 2014	Opinnäytetyö valmis ja jätetty arvioitavaksi
Marraskuu 2014	Opinnäytetyön esittäminen kanssaopiskelijoille
Joulukuu 2014	Opinnäytetyön esittäminen työelämäyhteydelle

Kuvio 4. Opinnäytetyöprosessin aikataulu.

Ohjauksessa kävimme aktiivisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Pidimme yhteyttä sekä ohjaavaan opettajaamme että työelämäyhteyshenkilöömme sähköisesti ja tarvittaessa puhelimitse. Opettajan kanssa oli helppo sopia tapaamiset paitsi sähköpostitse, myös kasvotusten. Ohjaus oli poikkeuksetta hyödyllistä: saimme uusia näkökulmia ja hyviä kehitysehdotuksia työmme suhteen. Saimme opettajaltamme myös paljon tukea hankalina hetkinä ja hyviä neuvoja etenemiseen sekä vastauksia mieltä askarruttaneisiin

kysymyksiin. Ohjaustilanteista oli paljon hyötyä pyrittäessä tarkastelemaan tekstiä ja työn rakennetta kriittisesti.

LÄHTEET

Aikakauskirja Duodecim. 2009. Leikkaustyypit. Lääkärikirja Duodecim –kuvat. 125: 2249.

Aikuisten lihavuus –työryhmä. 2010. Painoindeksi ja vyötärön ympärys. Terveyskirjasto. Julkaistu 28.12.2010. Luettu 20.1.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00163

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Antonovsky, A. 1979. Health, stress and coping. Jossey-Bass. San Francisco, California.

Boutin-Foster, C. 2005. Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 34/2005 (1): 22-29.

Coulson, N. 2013. How do online patient support communities affect the experience of inflammatory bowel disease? An online survey. *JRSM Short Reports/JRSM Open* 4/2013 (8).

de Castro, J.M. & Brewer E.M. 1992. The amount eaten in meals by humans is a power function of the number of people present. *Physiol Behav.* 51/1992 (1):121-125.

Freudenrich, C. 2013. How the Obesity Paradox Works. Verkkodokumentti. Luettu 11.11.2013. <http://science.howstuffworks.com/life/human-biology/obesity-paradox.htm>

Gilmartin, J. 2013. Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing* 22/2013 (9-10): 1299-1309.

Grindel, M. & Grindel, C. 2006. Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing* 15/2006 (3): 129-146.

Harjunen, H. 2004. Lihavuus ja moraalinen paniikki. *Yhteiskuntapolitiikka* 69/2004 (4): 412-418.

Harjunen, H. 2009. Women and Fat: Approaches to the Social Study of Fatness. University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology, and Social Research. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. osin uudistettu painos. Kirjayhtymä Oy.

HYKS-sairaanhoitoalueen lautakunta. 2011. Lihavuuden hoito ja ehkäisy. Pöytäkirja 8.12.2011 § 97.

Hänninen, S., Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2006. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122/2006 (13): 1625-30.

Ikonen, T., Anttila, H., Gylling, H., Isojärvi, J., Koivukangas, V., Kumpulainen, T., Mustajoki, P., Mäklin, S., Saarni, S., Saarni, S., Sintonen, H., Victorzon, M. & Malmivaara, A. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti 16/2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3. uudistettu ja täydennetty painos. PS-kustannus. 70-85.

Koivukangas, V. 2010. Diabetes kaksi vuotta laihdutusleikkauksen jälkeen. Näytönastekatsaukset. Luettu 25.11.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak07477>

Koivukangas, V. & Pekkarinen, P. 2010. Diabetes 8-10 vuotta laihdutusleikkauksen jälkeen. Näytönastekatsaukset. Luettu 25.11.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak07478>

Koivukangas, V., Heikkinen, T., Saarnio, J. & Savolainen, M. 2008. Sairaalloisen lihavuuden kirurginen hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124/2008 (4): 393-400.

Kosonen, K. 2010. ”Voimia ja virtaa vertaistuesta” – Tutkimus Invalidiliiton vertaistukseen perustuvasta toiminnasta. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

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. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129/2013 (7): 756-64.

Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Julkaistu 13.9.2013. Luettu 20.1.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi24010>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

LILE ry. 2013. Yhdistys. Luettu 17.10.2013. <http://www.lile.fi/yhdistys>.

Maavirta, T. 2009. Arjen ruoanvalinta ja ruokailu – suomalainen syöminen tutkimuskohteena. Teoksessa Janhonen-Aruquah, H. (toim.) 2009. Kodin arki. Kotitalous- ja käsityötieteiden laitoksen julkaisuja 19. Helsingin yliopisto. 121-132.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Mattila, L.-R., Rekola, L. & Häggman-Laitila, A. 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot – järjestelmällinen katsaus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49/2012 (3): 247-261.

Mikkola L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylän Studies in Humanities* 66. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.

Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E & Foster M. 2009. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*. 18/2009 (6): 543–552.

Mustajoki P. 2008. Ylipaino: Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim.

Mustajoki, P. 2012a. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärikirja Duodecim.

Mustajoki, P. 2012b. Painoindeksi (BMI). Lääkärikirja Duodecim.

Mustajoki, P. 2013a. Lihavuusleikkaus. Lääkärikirja Duodecim.

Mustajoki, P. 2013b. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim.

Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. 2012. Tutkimuksesta tiiviisti 4, marraskuu 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E.C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S.F., Abraham, J.P., Abu-Rmeileh N.M.E, Achoki, T., AlBuhairan, F.S., Zewdie A Alemu, Z.A., Alfonso, R., Ali, M.K., Ali, R., Guzman, N.A., Ammar, W., Anwar, P., Banerjee, A., Barquera, S., Basu, S., Bennett, D.A., Bhutta, Z., Blore, J., Cabral, N., Nonato, I.C., Chang, J.-C., Chowdhury, R., Courville, K.J., Criqui, M.H., Cundiff, D.K., Dabhadkar, K.C., Dandona, L., Davis, A., Dayama, A., Dharmaratne, S.D., Ding, E.L., Durrani, A.M., Esteghamati, A., Farzadfar, F., Fay, D.F.J., Feigin, V.L., Flaxman, A., Forouzanfar, M.H., Goto, A., Green, M.A., Gupta, R., Hafezi-Nejad, N., Hankey, G.J., Harewood, H.C., Havmoeller, R., Hay, S., Hernandez, L., Husseini, A., Idrisov, B.T., Ikeda, N., Islami, F., Jahangir, E., Jassal, S.K., Jee, S.H., Jeffreys, M., Jonas, J.B., Kabagambe, E.K., Khalifa, S.E.A.H., Kengne, A.P., Khader, Y.S., Khang, Y.-H., Kim, D., Kimokoti, R.W., Kinge, J.M., Kokubo, Y., Kosen, S., Kwan, G., Lai, T., Leinsalu, M., Li, Y., Liang, X., Liu, S., Logroscino, G., Lotufo, P.A., Lu, Y., Ma, J., Mainoo, N.K., Mensah, G.A., Merriman, T.R., Mokdad, A.H., Moschandreas, J., Naghavi, M., Naheed, A., Nand, D., Narayan, K.M.V., Nelson, L., Neuhouser, M.L., Nisar, M.I., Ohkubo, T., Oti, S.O., Pedroza, A., Prabhakaran, D., Roy, N., Sampson, U., Seo, H., Sepanlou, S.G., Shibuya, K., Shiri, R., Shiue, I., Singh, G.M., Singh, J.A., Skirbekk, V., Stapelberg, N.J.C., Sturua, L., Sykes, B.L., Tran, B.X., Trasande, L., Toyoshima, H., van de Vijver, S., Vasankari, T.J., Veerman, J.L., Velasquez-Melendez, G., Vlassov, V.V., Vollset, S.E., Vos, T., Wang, C., Wang, X., Weiderpass, E., Werdecker, A., Wright, J.L., Yang, C., Yatsuya, H., Yoon, J., Yoon, S.-J., Xiao, Y., Zhou, M., Zhu, S., Lopez, A.D., Murray, C.J.L., Gakidou, E. 2014. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980—2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 384/2014 (9945): 766-781. Published Online: pp. 1-16.

- Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. 2010. Perceived support from healthcare practioners among adult with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 66/2010 (7), 1500-1509.
- Palojärvi, H. 2009. Vertaistuki välineenä sosiaalityössä: Miten NOVAT-ryhmä auttaa ja tukee, kun naisella on paha olo? Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus.
- Palssa, A. 2010. Voiko ylipaino olla myönteinen asia? Verkkodokumentti. Tulostettu 11.11.2013. <http://www.keventajat.fi/hyvinvointi/terveys/lihavuuden-paradoksi>
- Peltonen, M. 2013. Lihavuuden leikkaushoito ja tyyppin 2 diabetes. *Diabetes ja lääkäri* 42/2013 (2), 17-21.
- 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* 11/2013 (2). 32-43.
- Rongonen, M., Karpakka, P., Mustajoki, P., Sane, T. & Pietiläinen, K. 2014. Sairaalloisen lihavuuden ryhmähoito on tuloksellista. *Suomen lääkirilehti* 69/2014 (22): 1633-1641.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 13.12.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Sane, T. 2006a. Leikkaushoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.). 2006. Lihavuus: Ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sane, T. 2006b. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärin käsikirja.
- Sane, T., Pekkarinen, T., Jaser, N., Juuti, A., Virtanen, L. & Leivonen, M. 2013. Mahalaukun kavennus- ja ohitusleikkauksen vaikutus tyyppin 2 diabeetikon lääkkeiden käyttöön ja kustannuksiin – kahden vuoden seurantatutkimus. *Läketieteellinen aikakauskirja ja Duodecim* 129/2013 (15): 1590-7.
- Schaffer M. 2009. Social support. Teoksessa: Peterson, S. & Bredow, T. (toim.) *Middle range theories. Application to nursing research*. Toinen painos. Wolter Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. 163–188.
- Seidl, K. 2012. Supporting and Encouraging the Bariatric Surgical Patient: Tips for Keeping Patients on Track and Engaged Throughout Their Journey. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 7/2012 (1): 3-9.
- Setälä, L., Kaarela, O. & Jyränki, J. 2012. Plastiikkakirurgiaa tarvitaan lihavuuden kirurgisen hoidon jälkeen. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 128/2012 (24): 2523-8.
- Setälä, L. & Kaarela, O. 2013. Postbariatrinen kirurgia Pohjoismaissa. *Suomen lääkirilehti* 68/2013 (23): 1728-33.

Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C.D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A.-K., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., Stenlöf, K., Torgerson, J., Ågren, G. & Carlsson, L.M.S. 2007. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med* 2007; 357:741-752.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Victorzon, M., Mustajoki, P., Gylling, H., Anttila, H., Ikonen, T., Malmivaara, A. & Koivukangas, V. 2010. Lihavuuskirurgian vaikuttavuus ja turvallisuus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125/2009 (20): 2257-64.

Victorzon, M. 2010. Lihavuuskirurgia. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

White, M. & Dorman, S. 2001. Receiving social support online: implications for health education. *Health education research* 16/2001 (6): 693-707.

WHO. 2013. Obesity. Verkkodokumentti. Luettu 14.5.2013.
<http://www.who.int/topics/obesity/en/>

WHO. 2014. Obesity and overweight. Päivitetty 8/2014. Luettu 22.8.2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hyvä Lile Ry:n jäsen!

Olemme Katri Karhunen ja Jukka-Pekka Lummaa. Opiskelemme Tampereen ammatti-korkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Lile Ry:n kanssa.

Tutkimuksemme tavoitteena on saada tietoa lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksista saamastaan tuesta ja sen tarpeesta. Pyrimme selvittämään tutkimuksessamme

- mitä on lihavuusleikkauspotilaan tukeminen
- millaisena lihavuusleikatut potilaat kokevat saamansa tuen ja sen riittävyyden sekä
- miten hoitohenkilökunta voi edistää lihavuusleikatun potilaan tukemista

Opinnäytetyömme tarkoituksena on saada Teiltä tietoa lihavuusleikatun potilaan saamasta tuesta ja tuen tarpeesta. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa saadusta hoidosta ja tuesta sekä tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan hyödyntää hoidon kehittämisessä.

Tutkimuksemme kuluista vastaamme me opinnäytetyön tekijät. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksista Teitä ei voi tunnistaa vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Aineiston analysoinnin jälkeen kaikki vastauslomakkeet hävitetään. Toivomme, että Teillä olisi leikkaushoidosta aikaa vastaushetkellä vähintään vuosi.

Tutkimuksemme toteutetaan sähköisellä kyselylomakkeella. Vastaamiseen menee aikaa noin 30–45 minuuttia. Toivomme, että vastaatte kyselyyn rauhassa. Vastauksia otetaan vastaan 15.6.2014 asti. Tutkimus koostuu neljästä osiosta: perustiedoista, leikkausta edeltävän tuen osiosta, sairaalassaolon aikana saadun tuen osiosta sekä leikkauksen jälkeisen ajan tuen osiosta. Kysymykset kolmessa viimeisessä osiossa ovat avoimia ja niihin saa vastata vapaalla tekstillä.

Tutkimukseen pääset oheisesta linkistä:

<https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/15911/lomake.html>

Tutkimuksemme valmistuu loppusyksyllä 2014, jonka jälkeen se on luettavissa osoitteessa www.theseus.fi. Tulemme myös esittämään tutkimuksemme tulokset syksyn 2014 aikana myöhemmin ilmoitettavassa Lile ry:n tapahtumassa.

Mikäli Teillä ilmenee kysyttävää tutkimukseen liittyen, vastaamme kysymyksiin mielellämme sähköpostitse: katri.karhunen@health.tamk.fi TAI jukka-pekka.lummaa@health.tamk.fi

Ystävällisin terveisin

opiskelijat Katri Karhunen ja Jukka-Pekka Lummaa sekä tutkimuksen ohjaajat lehtori Anne Vesanto ja yhdyshenkilömme Tarja Viitanen

Liite 2. Kyselylomake

Lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja sen tarpeesta

Hyvä vastaaja! Kiitos, että otatte aikaa osallistuaksenne tutkimukseemme. Muistutamme vielä, että kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimuksen tuloksista Teitä ei voi tunnistaa vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tähän tutkimukseen.

Tutkimuksen ensimmäisen osion kysymykset ovat pakollisia. Näillä kysymyksillä haluamme selvittää vastaajien taustamuuttujia, esim. minkä sairaanhoitopiirien alueella vastaajie on eniten. Tutkimuksen loppuihin kysymyksiin saatte vastata vapaasti.

Tutkimuksessamme määrittelemme tuen käsittävän kolme erillistä osa-aluetta: tiedollisen tuen, emotionaalisen tuen sekä instrumentaalisen tuen. Tiedollisella tuella tarkoitetaan yksilöllisen tilanteen vaatimia tukea ja neuvoja sekä oman tilanteen ymmärtämisen auttamista. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan esimerkiksi hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, tuen tarpeiden tunnistamista, saatavilla oloa, läsnäoloa, tunteissa mukana elämistä, turvana olemista, henkisen tilanteen käsittelyä, perheen sisäiseen läheisyyteen rohkaisua sekä hoitosuhteen molemminpuolisen luottamuksen syntymistä ja jakamisen tukemista. Instrumentaalisen eli konkreettisen tuen puolestaan on määritelty tässä tarkoittavan erilaisten apujen, palveluiden ja resurssien tarjoamista tai niiden piiriin ohjaamista.

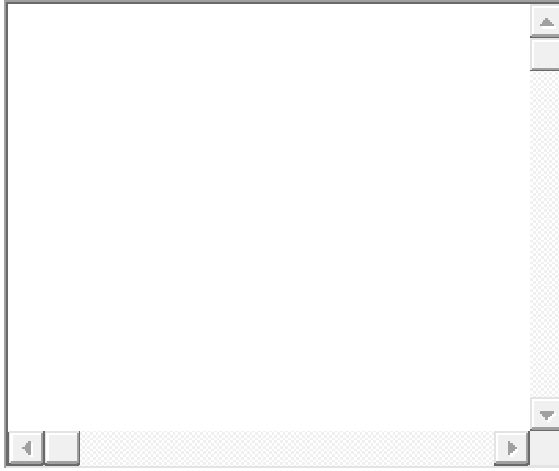
Jos koette saaneenne tukea tai tarvinneenne tukea näiden osa-alueiden ulkopuolelta, toivomme, että kirjaatte myös sen vastaukseenne.

Perustiedot

Sukupuoli	<input type="text" value="--Valitse tästä--"/>
Ikä leikkaushetkellä	<input type="text" value="--Valitse tästä--"/>
BMI ennen leikkausta	<input type="text"/>
BMI vuosi leikkauksen jälkeen	<input type="text"/>
Missä sairaalassa sinut on leikattu?	<input type="text"/>
Aika leikkauksesta vastaushetkellä (vuosina ja kuukausina)	<input type="text"/>

Leikkausta edeltävä tuki

Millaisissa asioissa koit tarvitsevasi tukea ennen leikkausta?

An empty text input field with a light gray background and a thin border. It includes a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom.

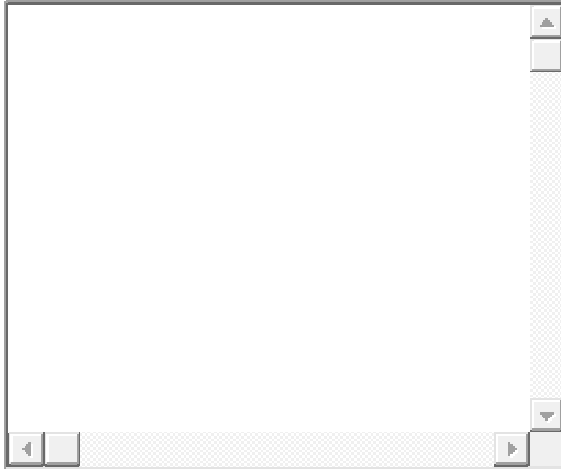
Millaista tukea sait ennen leikkausta?

An empty text input field with a light gray background and a thin border. It includes a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom.

Mistä tai keneltä sait tukea ennen leikkausta?

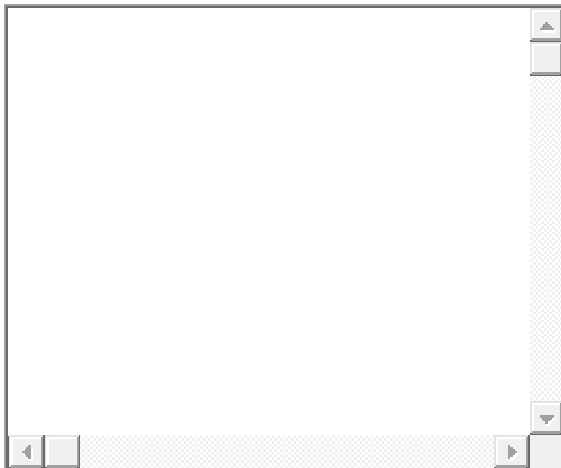
An empty text input field with a light gray background and a thin border. It includes a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom.

Millaisissa asioissa koit tuen olleen riittävää ja millaisissa riittämätöntä?

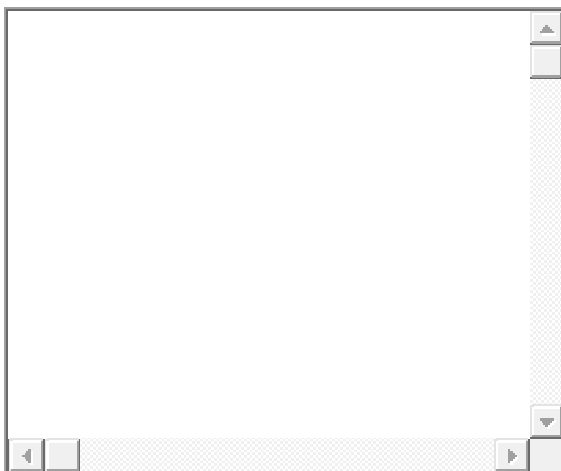
An empty rectangular text input box with a light gray background and a thin border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom.

Sairalassaoloaikana saatu tuki

Millaisissa asioissa koit tarvitsevasi tukea sairaalassaoloaikana?

An empty rectangular text input box with a light gray background and a thin border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom.

Millaista tukea sait sairaalassaoloaikana?

An empty rectangular text input box with a light gray background and a thin border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom.

Mistä tai keneltä sait tukea sairaalassaoloaikana?

Millaisissa asioissa koit tuen olleen riittävää ja millaisissa riittämätöntä?

Leikkaushoidon jälkeen saatu tuki

Millaisissa asioissa koit tarvitsevasi tukea leikkaushoidon jälkeen?

Millaista tukea sait leikkauksen jälkeen?

An empty rectangular text input box with a light gray background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom.

Mistä tai keneltä olet saanut tukea leikkauksen jälkeen?

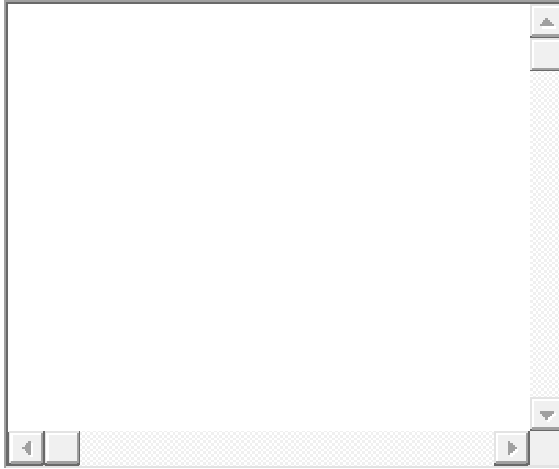
An empty rectangular text input box with a light gray background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom.

Millaisissa asioissa koit tuen olleen riittävää ja millaisissa riittämätöntä?

An empty rectangular text input box with a light gray background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side and horizontal scrollbars at the bottom.

Lopuksi

Mikä oli sellaista, missä tukeminen erityisesti onnistui? Miksi?



Onko jokin asia, mistä erityisesti olisit kaivannut lisää tietoa tai tukea prosessin aikana?



Tietojen lähetys

Lämmin kiitos vastauksistasi! Valmis opinnäytetyömme tulee näkyviin syksyn 2014 aikana osoitteeseen www.theseus.fi, josta sen voi hakea Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetöiden alta.