



Heidi Gillett
Noomi Vellonen

LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN OHJAUKSEN JA TUEN KEHITTÄMINEN

Potilaan yhteydenottosyyt osastolle
leikkauksen jälkeen

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Hoitotyö
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
27.11.2010

| | |
|------------------------|---|
| Tekijät Otsikko | Heidi Gillett, Noomi Vellonen Lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen kehittäminen |
| Sivumäärä Aika | 18 sivua + 1 liitettä 27.11.2010 |
| Tutkinto | Sairaanhoitaja |
| Koulutusohjelma | Hoitotyö |
| Suuntautumisvaihtoehto | Hoitotyön sv |
| Ohjaaja | Yliopettaja Lea-Riitta Mattila |

Opinnäytetyömme oli osa Peijaksen sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä hanketta lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittämiseksi Peijaksen sairaalassa. Hankkeen tarkoituksena oli tuottaa toimintamalli lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyöhön, josta olisi hyötyä sekä potilaille itselleen että heidän läheisilleen lihavuuskirurgisen hoitoprosessin eri vaiheissa. Opinnäytetyössämme analysoimme joukon potilasasiakirjoja (99 kappaletta) Peijaksen sairaalassa. Potilasasiakirjoihin oli tehty merkinnät potilaiden soitettua osastolle lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeisistä terveysongelmista. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli pyrkiä tunnistamaan esiin nousevat terveysongelmat yhteydenottosyistä, jotka olivat tärkeitä potilaiden omien kokemusten perusteella. Näiden tutkimustulosten perusteella voitiin tuottaa toimintamalli, jota käytetään apuna arvioidessa lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjaamisen tuen tarvetta. Miehiä soittaneista oli 33 ja naisia 66.

Opinnäytetyötä varten perehdyimme lihavuuskirurgiaan ja lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyöhön lukemalla useita eri englannin- ja suomenkielisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia. Ennen varsinaista analyysin aloittamista kävimme perehtymiskäynnillä Peijaksen sairaalassa. Aineiston analysoimme tätä tarkoitusta varten laaditun luokittelurungon mukaisesti. Luokittelurungossa oli terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueet. Luokittelurungon pohja oli validi ja toimi käytännössä, teimme siihen kuitenkin muutaman lisäyksen analyysin pohjalta. Opinnäytetyössämme teimme potilasasiakirjoista nousseiden yhteydenottosyiden perusteella empiirisen sisällönanalyysin pitkäaikaisten terveysongelmien sisäisen hallinnan osa-alueiden mukaisesti.

Analyysin tulokset painottuivat selvästi biologis-fysiologiselle alueella. Potilaat kokivat erilaisten oireiden, kivun ja huonovointisuuden haittaavan toipumistaan. Myös lääkehoidon toteuttaminen ja epäselvyydet lääkehoidossa tuottivat soittoja osastolle. Ulosteen tummuus, ripuli, ummetus ja oksentaminen huolestuttivat myös laajalti potilaita, samoin kuin leikkaushaavan erittäminen. Kokemukselliseen osa-alueeseen tuli yhteydenottoja liittyen hiustenlähtöön, soittoaikojen vaihtoon, turhautumiseen ja olotilaa kuvaaviin tekijöihin. Eettiseen osa-alueeseen oli tullut yksi yhteydenotto liittyen epäkriisissä olevaan tietoon. Sosiaaliseen osa-alueeseen ei tullut ollenkaan merkintöjä. Taloudellisessa osiossa potilaat soittivat lähinnä vain sairaslomansa pituudesta.

Huomasimme analyysia tehdessämme potilaiden soittaneen usein osastolle aivan kuin varmistaakseen kaiken olevan kunnossa ja saadakseen tukea mieltään askarruttaviin asioihin. Ehdottaisimmekin läheisten mukaan ottamista hoitoprosessiin entistä kiinteämmin, näin potilaat saisivat tarvitsemaansa tukea myös kotona. Potilaat kaipaavat selvästi lisää ohjausta lääkehoidossa, kivunhallinnassa ja haa- van hoidossa. Potilaiden tulisi saada ohjausta ennen kotiutumistaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Potilaiden kanssa olisi myös syytä käydä läpi millainen erittäminen on leikkauksen jälkeen normaalia. Miehiä tulisi kannustaa ottamaan yhteyttä osastolle herkemmin.

| | |
|------------|--|
| Avainsanat | lihavuuskirurgia, neuvontamalli, kehittäminen, terveysongelmat, ohjaaminen, tuki |
|------------|--|

| | |
|---|--|
| Author(s) Title Number of Pages Date | Heidi Gillett, Noomi Vellonen Development of a patient and a family counseling model for bariatric care in Peijas hospital 18 pages + 1 appendices November 27 th 2010 |
| Degree | Bachelor of Health Care |
| Degree Programme | Nursing and Health Care |
| Specialisation | Nursing |
| Instructor | Lea-Riitta Mattila, Principal Lecturer |
| <p>This study is a part of a project conducted in co-operation with Peijas hospital (HUCH) and Metropolia University of Applied Science. The aim of the project was to develop patient and family counseling model for bariatric care patients and their families in the Peijas hospital. The purpose of this study was to analyze 99 patient medical files in the Peijas hospital. Patients had rang the surgical ward after their operation looking for advice on number of concerns such as physical, emotional, financial, experimental, ethical and social matters. Our goal was to identify and label the reasons behind these phone calls in order to aid bariatric patient care in the future. Next stage of this project is to make a counseling model for bariatric patients and their families based on the findings in this study. Counseling model will be used as an aid to evaluate patient and their family's need for patient education and guidance.</p> <p>Preparing for this study, we red great deal of international and finnish bariatric surgery studies and studies on nursing science with bariatric surgery patients. We went for an orientation visit to the Peijas hospital before starting the actual analyzes. We had predefined the framework for our analyzes. It had separate sections for physical, experimental, emotional, social, ethical and financial parts. These were further divided into more specific parts such as symptoms, exercise, eating and so on. The framework was valid in our analyzes. We only made few useful add-ons based on our findings. We used the SPSS- program to analyze our findings.</p> <p>The results showed that the largest amount of contacts to the ward were taken because of physiological reasons. Patients felt that different kinds of symptoms, pain and nausea were on the way of their recovery. When and how to take specific medications were often unclear to the patients. The patients often contacted the ward asking about the normality of diarrhea, dark feces, constipation and vomiting. Oozing of the surgery wound was also a worry. There were only a few recordings on the financial part of the framework. Most of these phone calls were about the lenght of the patients sick leave. The ethical, experimental and social parts of the framework had hardly any recordings. Three patients out of 99 had rang the ward stating frustration and only one patient had rang being worried about his/hers appearance.</p> <p>We would like to point out that many of the patients seemed to have a need to call the ward and to hear the health care professional assuring them that everything seems to be fine with the patients´ healing process. Patients also seemed to have a need to get support for their findings from the health care personnel. We think this indicates that there is a need for families being even more closely involved with the patient education and care. This way patients would get more support from their families after leaving the hospital. Patients clearly need more education in medication, in pain relief and in wound treatment. We suggest that patients should get more education in the ward both verbally and in writing before leaving the hospital. We also believe that patients need education on what kind of excretion is normal and what is not in order to focus on the healing process.</p> | |
| Keywords | bariatric, surgery, counseling, model, patient education |

| | |
|--|----|
| 1 Johdanto | 1 |
| 2 Lihavuus terveysongelmana | 2 |
| 2.1 Lihavuuden eri asteet | 2 |
| 2.2 Terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueet | 3 |
| 2.3 Lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyö | 6 |
| 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys | 7 |
| 4 Aineiston keruu ja analysointi | 7 |
| 4.1 Aineiston keruu | 7 |
| 4.2 Aineiston analysointi | 7 |
| 5 Tulokset | 8 |
| 6 Pohdinta | 14 |
| 6.1 Eettisyys ja luotettavuus | 14 |
| 6.2 Tulosten tarkastelu | 15 |
| 6.3 Johtopäätökset | 17 |
| 6.4 Kehittämisehdotukset | 18 |
| | |
| Lähteet | 19 |
| | |
| Liite 1 | |

1 JOHDANTO

Lihavuus on Suomessa kasvava terveysongelma, joka on myös taloudellinen rasite yhteiskunnallemme. Fyysisen työn vähentyessä ja korkeakaloristen elintarvikkeiden käytön lisääntyessä, elimistömme ei ole pystynyt sopeutumaan suureen energiamäärään ja vähäiseen kulutukseen. Ennaltaehkäisy olisi halvin ja helpoin tapa taistella lihavuutta vastaan. Lihavuus lisää seuraavien sairauksien määrää: tyyppin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, sepelvaltimotauti, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto, kihti, rasvamaksa, astma, polven nivelrikko, obstruktiivinen uniapnea sekä eräät syövät. Tyyppin 2 diabetekseen sairastumisen riski lisääntyy eniten. Ylipainoisilla ihmisillä on havaittu enemmän masentuneisuutta kuin normaalipainoisilla ihmisillä. (Ikonen ym. 2009: 38–39.) Lihavuuden lisääntyessä liitännäissairaudet aiheuttavat terveydenhuollolle enenevässä määrin kustannuksia. Suomessa lihavuuden aiheuttamat suorat kustannukset ovat noin 260 miljoonaa euroa. Näin ollen lihavuuden hoitokustannuksiin menee noin 3 prosenttia terveydenhuollon ja 1,8 prosenttia sosiaalihuollon kokonaismenoista. Lisäksi lihavuuden vuoksi lisääntyvät muun muassa sairauspoissaolot sekä työkyvyttömyyseläkkeet. (Mustajoki ym. 2009: 41.) Terveys 2000 -tutkimuksen aineistosta on ilmennyt lihavuuskirurgisten leikkausten kustannuksia: esimerkiksi ohitusleikkaus maksaa 11 867 euroa, kavennusleikkaus 11 945 euroa, pantaleikkaus 10 452 euroa. Lisäksi yhden vuoden seurantakäynnit 2 336 euroa. (Ikonen ym. 2009: 116.) Kirurgian osalta ensimmäisen vuoden kustannukset ovat suuret, mutta muut terveydenhuollon kustannukset vähenevät leikkauksen jälkeisen painon putoamisen sekä liitännäissairauksien vähentymisen takia. Laskelmien mukaan lihavuuskirurgiset toimenpiteet maksavat itsensä takaisin keskimäärin alle seitsemässä vuodessa. (Ikonen ym. 2009: 119.)

Lihavuuskirurgiset leikkaukset käynnistyivät Peijaksen sairaalassa vuoden 2007 lopussa. Vuonna 2008 Suomessa tehtiin noin 400 lihavuuskirurgista leikkausta, vaikka maassamme lihavuuden esiintyvyys on muita Pohjoismaita suurempaa. Vuonna 2008 Ruotsissa tehtiin yli 3000 leikkausta ja Tanskassa ja Norjassa noin 2000 lihavuusleikkausta. (Ikonen ym. 2009: 53.) Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia on tutkittu laajalti hoitotieteellisesti esimerkiksi Englannissa ja Yhdysvalloissa, mutta Suomessa vastaavaa hoitotieteellistä tutkimusta ei ole tehty.

Tämä opinnäytetyö on osa hanketta, jonka tavoitteena on tuottaa toimintamalli, josta olisi hyötyä sekä potilaille ja heidän läheisilleen lihavuuskirurgisen hoitoprosessin eri

vaiheissa. Hankkeella halutaan kehittää lihavuuskirurgisen potilaan ohjausta ja hänen tukemistaan. Tällä toivotaan olevan myönteinen vaikutus hoitotavoitteiden saavuttamiseen ja niiden kehittämiseen. Hanke toteutetaan yhteistyössä Peijaksen sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kesken. Hankkeessa on mukana projektiryhmä, jossa on moniammatillinen työryhmä, tähän kuuluu hoitoyön, hoitotieteen, ravitsemustieteen, lääketieteen sekä fysioterapian asiantuntemusta.

Hanke on jaettu kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe perustuu kansainväliseen tutkimustiedon kuvaamiseen potilaiden odotuksista, tuesta ja sen saannista ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen. Hankkeen toisessa vaiheessa, johon tämä opinnäytetyö liittyy, kehitetään alustava toimintamalli ja arvioidaan sen perusteella nykyistä toimintaa. Toimintamallin käyttökelpoisuutta arvioidaan henkilökunnan kanssa. Toimintamalli perustuu tutkimustietoon, potilasasiakirjojen analyysiin sekä potilaiden haastatteluihin. Kolmannessa eli viimeisessä vaiheessa on tarkoitus tunnistaa kehokuvamuutosten yhteyttä potilaan psyykkiseen hyvinvointiin perustuen laadullisen ja määrällisen aineiston keruuseen.

Tässä opinnäytetyössä analysoidaan joukko potilasasiakirjoja, joista on tarkoitus kartoittaa potilaiden yhteydenottoa osastolle leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä tunnistamaan esiin nousevat terveysongelmat yhteydenottoista leikkauksen jälkeen, jotka ovat tärkeitä potilaiden omien kokemusten perusteella. Näiden tutkimustulosten perusteella voidaan tuottaa toimintamalli, jota käytetään apuna arvioidessa lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä tuen tarvetta.

2 LIHAVUUS TERVEYSONGELMANA

2.1 Lihavuuden eri asteet

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää. Lievä lihavuus on kyseessä, jos Body Mass Index on 25–30. Sairaalloisen lihavuuden mitassa BMI on yli 40. Suomessa sairaalloisesti lihavia on noin 2 prosenttia väestöstä ja vaikeasti lihavia on 7 prosenttia. Lihavuus on monien tautien riskitekijä, mutta itsenäisenä sairautena siihen ei ole Suomessa selvää rajanvetoa. Lihavuutta hoidetaan yleensä konservatiivisesti, liikunnalla ja ruokavaliomuutoksilla, mikä onkin todettu hyväksi keinoksi lievästi

lihaville. Sairaalloisesti lihaville ei kuitenkaan riitä muutaman kilon painonpudotus. Konservatiivisesta hoidosta ei ole olemassa luotettavaa tutkimustietoa, kun taas leikkaushoidosta on vertailututkimuksien avulla saatu tietoa, jossa leikkaus tuo terveyshyötyä esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen vähentyessä leikatuilla potilailla. (Ikonen ym. 2009: 31–32). Lihavuus on pitkäaikainen terveysongelma erityisesti lihavuuskirurgisilla leikkauspotilailla.

2.2 Terveysongelman sisäisen hallinnan alueet

Sisäinen hallinta voidaan määritellä olevan ajattelu- ja toimintaprosessi, jonka avulla ihmiset saavat oman elämänsä ja toimintansa hallintaan. Hallintaa voidaan pitää prosessina tai tuloksena eikä sitä voi antaa toiselle. Hallinta on voimavara itsessään. Hoitaja ei voi tuottaa terveyteen liittyvää hallintaa potilaalle vaan voi tukea ja edistää potilaassa syntyvää hallinnan aluetta. (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999:26-29.)

Sisällöllisesti hallinta jaetaan seitsemään eri osa-alueeseen. Biologis-fysiologisella alueella potilas tuntee ongelmasta aiheutuvat fyysiset oireet ja mieltää, että hänellä on riittävästi tietoa. Tavoitteena on, että potilas osaa toimia niin, etteivät oireet ennästä saada hänestä valtaa. Toiminnallisella alueella potilas hallitsee tarvittavat taidot ja toimintamallit sekä kykenee toimimaan aktiivisesti edistääkseen omaa hallintaansa. Tiedollisella alueella potilas tietää terveysongelmastaan riittävästi, ymmärtää tiedon ja kykenee hankkimaan uutta tietoa sekä osaa arvioida tiedon käyttökelpoisuutta. Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella potilas pysyy terveysongelmasta huolimatta sosiaalisen yhteisön jäsenenä ja kokee terveydenhuollon auttavan ongelmassa. Kokemuksellisella alueella potilas osaa hyödyntää omia kokemuksiaan aikaisemmista terveysongelmista, kokemukset ovat positiivisia ja vahvistavat potilaan minäkuvaa. Eettisellä alueella potilas kokee, että häntä arvostetaan yksilönä ja hoito on hänelle parhaaksi. Ekonomisella alueella potilas selviytyy terveysongelmastaan taloudellisesti ja saa siihen apua. (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 33–34.)

Terveysongelman voidaan kuvata olevan elimistössä tapahtuva muutos, jonka muuttamiseen tarvitaan ihmisen omien elintapojen/käytöksen muutosta ja ammattihenkilökunnan apua. Lihavuus on terveysongelma, joka on läsnä joka päivä alentaen elämänlaatua. Kuten lihavuudessakin terveysongelmaisella henkilöllä saattaa olla eristäytymisen ja epänormaaliuden tunteita. Sairaudella on yksilöllinen merkitys

jokaiselle, pitkäaikaiset terveysvaikutukset voivat tuoda kantajalleen alemmuudentunteen, ja hänen on opittava rakentamaan elämänsä uudelle pohjalle. (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 19–20.)

Potilaan ohjaus ja tukeminen

Hankelan (1999) mukaan ohjauksen tarkoitus hoitotyössä on auttaa potilasta selviytymään. Tarkoituksena on myös auttaa potilasta sekä hänen läheisiään selviytymään terveysongelmasta ja siihen liittyvistä hoidoista. Ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan haluttu päämäärä. (Heino 2005.) Pysyvä painon pudotus on tavoite jokaisella lihavuuskirurgisella potilaalla. Suomessa lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketju lähtee liikkeelle omasta terveyskeskuksesta, josta hän saa lähetteen endokrinologian klinikalle. Endokrinologianklinikalla hänelle tehdään gastrosskopia ja ylävatsan ultraääni. Tämän jälkeen potilaan ja moniammatillisentiimin kanssa pidetään hoitoneuvottelu, jossa sovitaan leikkaushoidosta yhdessä potilaan kanssa. Potilaan ja tiimin välinen vuorovaikutus on tärkeää, potilas tarvitsee paljon tukea ja ohjausta muuttuvaan elämäntilanteeseensa. Potilaan kanssa keskustellaan realistisista tavoitteista ja neuvotellaan tulevaisuudensuunnitelmista ja odotuksista. Potilas otetaan mukaan päätöksentekoon ja hänen kanssaan käydään useita keskusteluita ennen itse leikkauksen aloittamista. Tämän jälkeen potilas aloittaa laihduttamisen; tavoitteena 4-5 % painonpudotus ennen leikkausta ravitsemusterapeutin ohjeita noudattaen. 1-4 viikon kuluttua neuvottelusta potilas menee ensikäynnille kirurgian poliklinikalle Peijaksen sairaalaan, jossa tehdään leikkauspäätös, sovitaan tulohaastattelusta ja leikkausajankohdasta. Ihanteellinen tilanne olisi, jos jokaisella leikkauspotilaalla olisi mukanaan tukihenkilö, joko perheenjäsen tai ystävä, tukemassa häntä koko prosessin läpi. Leikkaus sijoittuu noin 1-2 kuukauden päähän. 1-2 viikkoa ennen leikkausta potilas menee preoperatiiviselle käynnille, jolloin potilaalle tehdään tulohaastattelu. Haastattelussa on mukana kirurgi, anestesia lääkäri, hoitaja sekä fysio- ja ravitsemusterapeutit. Potilaalle tehdään myös spirometria, keuhkojen röntgen ja laboratoriokokeet. Potilas syö tällöin koelounaan ravitsemusterapeutin kanssa. Grindel & Grindel (2006:135–138) artikkelissa potilaita ohjataan tekemään hengitys- ja yskimisharjoituksia. Hengitysharjoituksia tulee tehdä 1–2 tunnin välein leikkauksen jälkeen. Diabeetikoiden insuliinihoito muuttuu osastohoidon aikana. Tärkeää on myös kertoa potilaalle, miltä leikkaushaava vatsan alueella tulee näyttämään. Tämä auttaa potilasta kehonkuvamuutoksen hyväksymisessä. Potilasta pitää ohjata ilmoittamaan pahoinvoinnista, kerralla otettu nestemäärä tulee myös olemaan rajoitettu. McGlinch ym. (2006) mukaan ruokavalion

muutoksien ohjaaminen tulisi aloittaa jo varhaisessa vaiheessa. Potilaita tulisi ohjata, jotta he tietävät ruokavalion olevan nestemäisessä tai sosemaisessa muodossa. Walsh, Albano & Jones (2008) mukaan potilaat saavat oman ohjauskirjan, josta potilaat voivat seurata omaa edistymistään ja löytää helposti ajanvaraukset. Ennen leikkausta hoitajat ohjaavat potilasta jatkuvasti yksilöohjauksin, pienissä sekä suuremmissa ryhmissä. Ohjaukseen saavat tulevan potilaan lisäksi hänen perheensä. Ohjauksessa potilaita kehoitetaan tekemään realistinen painonpudotussuunnitelma ja heille selvennetään heidän olevan itse vastuussa jälkitarkastuksista. Mikäli potilaat ovat olleet sitoutuneita painonpudotukseen ja leikkaus on sujunut hyvin, heistä voi tulla painonpudotustukikavereita uusille leikkauspotilaille. Heikkisen, Leino-Kilven, Nummelan, Kaljosen & Salanterän 2008 mukaan potilailla on tarve tietoon potilasohjauksen yhteydessä. Leikkauspotilaiden saadessa enemmän tietoa ennen leikkausta he voimaantuvat tekemään omia päätöksiä ja osaavat laittaa oppimaansa tietoa käytäntöön. Potilaan saadessa etsiä itse tietoa internetistä heidän tietomääränsä kasvoi enemmän kuin niillä potilailla, jotka saivat henkilökohtaista ohjausta sairaanhoitajalta.

Suomessa lihavuuskirurginen potilas saapuu osastolle Peijaksen sairaalaan leikkauksen päivänä, leikkauksen jälkeen potilas on seurannassa tarkkailuosastolla. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilaalle tehdään gastrografintutkimus, jonka jälkeen hän siirtyy vuodeosastolle. Kolmanteen postoperatiiviseen päivään saakka potilaan luona käy fysio- ja ravitsemusterapeutit ja lääkäri sekä häneltä otetaan laboratoriokokeet. Diabeetikoita tarkkailee lisäksi endokrinologi. Potilas kotiutuu 3-4 postoperatiivisena päivänä. Kolmen viikon kuluttua leikkauksesta on ensimmäinen jälkikontrolli, jolloin potilas tapaa kirurgin ja ravitsemusterapeutin. Tällöin otetaan myös laboratoriokokeet sekä paino. 3-4 kuukauden kuluttua leikkauksesta on toinen jälkitarkastus endokrinologin ja ravitsemusterapeutin luona, potilaalta otetaan myös laboratoriokokeet sekä paino. Seuraavat jälkitarkastukset tapahtuvat 12 ja 24 kuukauden kuluttua leikkauksesta, potilas tapaa jälleen endokrinologin ja ravitsemusterapeutin.

Leikkauksen jälkeen potilaalla tarkkaillaan erityisesti hänen hengitystään, verenkiertoa, neste- ja elektrolyyttitasapainoa. Potilaan kipua ja epämukavuutta helpotetaan ja niitä mitataan erilaisin mittarein. Potilaan liikkumista edistetään ja häntä kannustetaan liikkumaan, tämä ehkäisee laskimoveritulppia ja makuuhaavojen muodostumista. Ihoa ja leikkaushaavaa tarkkaillaan, sillä lihavuuskirurgisilla potilailla haavan paraneminen

voi kestää kauemmin alentuneen verenkierron ja huonon ravitsemustason vuoksi. Syöminen ja juominen ovat tarkasti rajattuja leikkauksen jälkeen, myös huonovointisuutta, oksentelua ja vatsan toimintaa tulee seurata. Potilaan turvallisuuteen on syytä kiinnittää huomiota sekä hänen psykososiaalista kanssa käymistä tulisi edistää. Ennen kotiinlähtöä potilaita ohjataan ruokavalion jatkumisen suhteen, hänelle kerrotaan erilaisista nestemäisistä vitamiini- ja proteiinilisistä, sekä hänelle kerrotaan nesteiden tärkeydestä. Potilaalle kerrotaan ettei hän saa nostaa painavia esineitä ja hänen tulee välttää autolla ajoa jonkun aikaa. Potilasta ohjataan liikuntaan, hän saa myös sairauslomaa toipua leikkauksesta. Potilasta autetaan hoitamaan omaa haavaansa ja hänen lääkitys käydään läpi yhdessä ennen kotiinlähtöä. Potilaalle kerrotaan, että hänen tulee ottaa yhteyttä osastolle mikäli hänelle tulee seuraavia oireita; hengitysvaikeuksia, oksentelua, kuumetta, leikkausalueen kipua, haavan tulehduksen oireita tai jalkakipuja. (Harrington 2006.)

2.3 Lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyö

Aiemmista ulkomailla aiheesta tehdyistä tutkimuksista, kuten Wysokerin (2005) tutkimuksesta on käynyt ilmi hoitohenkilökunnalta vaadittavan pysähtyvää ja kuuntelevaa otetta, erityisen tärkeää on vahvistaa lihavuuskirurgisen potilaan itsetuntoa ja itsehallintaa. Perheen ja läheisten henkilöiden tuella on myös todettu olevan ratkaiseva merkitys hoitotavoitteiden saavuttamisessa. Jeffrey & Kitto (2006) haastattelivat australialaisia sairaanhoitajia ja arvioivat heidän ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Tutkimuksessa ilmeni, etteivät hoitajat tuominneet potilaita lihavuudesta vaan halusivat antaa parasta mahdollista hoitoa. Hoitohenkilökuntaa kuitenkin turhautti potilaiden saamattomuus leikkauksen jälkeen. Hoitajat näkivät työssään, kuinka tärkeää on nähdä potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti eikä keskittyä vain hoidon fyysiseen puoleen. Zuzelo & Seminaran (2006) tutkimuksessa todettiin myös hoitajien huolehtivan potilaiden arvokkuudesta ja kunnioittavasta kohtelusta. Tutkimuksessa selvisi myös hoitajien tähdentävän ajan antamista potilaille näiden päivittäisessä hoidossa ja siinä avustamisessa, tärkeää oli potilaiden omatoimisuuden löytäminen. Sairaanhoitajat eivät kuitenkaan olleet varmoja, kuinka kannustaa potilaita elämäntapamuutoksiin, itsehoitoon tai ruokavalioon.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä tunnistamaan esiin nousevat terveysongelmat yhteydenotto syistä leikkauksen jälkeen, jotka ovat tärkeitä potilaiden omien kokemusten perusteella. Näiden tutkimustulosten perusteella voidaan tuottaa toimintamalli, jota käytetään apuna arvioidessa lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä tuen tarvetta.

Tutkimuskysymys: Miten potilaiden yhteydenottosyyt jakautuvat terveysongelmien eri osa-alueille? Terveyden eri osa-alueilla tarkoitetaan biologis-fysiologista, toiminnallista, kokemuksellista, eettistä, sosiaalista sekä taloudellista osa-aluetta.

4 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

4.1 Aineiston keruu

Aineistona oli 99 asiakirjaa, joihin oli tehty kirjaamismerkintöjä potilaiden yhteydenottojen perusteella. Asiakirjoissa oli joko hoitotyön (HOI) tai ravitsemusterapian (RAV) alaisia merkintöjä, analysoimme asiakirjoista otetut tulosteet. Asiakirjoista selvisi potilaan sukupuoli, ikä sekä painoindeksi, mutta nimet oli poistettu. Aineisto oli kerätty ajalla 2008–2009.

4.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin ennalta laaditun luokittelurungon (LIITE 1) mukaan. Luokittelurungossa oli terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueet. Luokittelurungon pohja oli validi ja toimi käytännössä, lisäsimme kuitenkin lomakkeen kokemukselliseen osa-alueeseen varmistaminen - ja ennakoiminen kohdat. Analysoimme valmiiksi kerätyn materiaalin Peijaksen sairaalan kokoustilassa kolmena erillisenä kertana. Jaoimme analysoitavan materiaalin puoliksi, kirjasimme esiin nousseet merkinnät ja havainnot luokittelurunkoon. Olimme varautuneet tarpeeksi monella kopiolla luokittelurungosta, tämä helpotti työskentelyä, sillä jokaisella potilaalla oli oma luokittelurunkokopio kirjaamista varten. Analyysin merkinnät kirjattiin koneelle SPSS-ohjelmaan. Laadimme ensin havaintomatriisin SPSS-ohjelmalle, johon syötimme luokittelurungon tiedot ja sitten lisäsimme ohjelmalle tekemämme havainnot jokaisesta

asiakirjasta erikseen tilasto-ohjelmalla. Tämän perusteella saimme frekvenssijakauman ja teimme yksiulotteisen frekvenssitaulukon. Opinnäytetyön taulukoiden tekemiseen käytimme apuna Heikkilän (1998) kirjaa.

Sisällön analyysi on paljon käytetty tutkimusmenetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Tämä menetelmä mahdollistaa dokumenttien, tässä tapauksessa potilasasiakirjojen analysoinnin sekä systemaattisesti että objektiivisesti. Sisällön analyysi mahdollistaa tutkimusten ja niistä nousevien ilmiöiden kuvailun, järjestelyn ja kvantifioimisen. Sisällönanalyysin perusteella tulokset voidaan kategoroida ja selittää niiden sisällöt, tässä tapauksessa SPSS-ohjelmalla. Lopputulos kuvaa tutkimuksessa esiin nousseita asioita kategorioiden avulla, tieto tiivistyy kategorioihin. Sisällön analyysissa etsitään aineistosta luokittelurungon mukaisia yhtäläisyyksiä sekä toivotaan löytyvän toistuvia piirteitä. (Tuomi – Sarajarvi 2009: 91, 95.) Käytimme sisällön analyysiä kuvaillessamme asiakirjamerkintöjä sanallisesti, tästä esimerkkeinä erilaiset kivun tuntemukset.

5 TULOKSET

Potilaita, joiden hoitoasiakirjoihin oli tehty merkintöjä heidän puhelinsoittojen perusteella oli 99, näistä miehiä oli 33 ja naisia 66. Iältään he olivat 24–63 -vuotiaita, suurin potilasikäryhmä oli 46-vuotiaat, joita oli 11,1%. Muuten potilaat jakautuivat iältään melko tasaisesti: 5,1 % potilaista olivat iältään 35-, 54- sekä 59 -vuotiaita. 4,0 % potilaista oli ikäryhmissä 38-, 42-, 44-, 47-, 39-, 52-, 53 -vuotiaita. Yleisin painoindeksi oli 48, joita oli 11,1%, toiseksi eniten oli potilaita, joiden painoindeksi oli 42 ja 45, näistä prosentuaalisesti potilaita oli 8,1%. Alin painoindeksi oli 39, joka oli kolmella potilaalla (3%), suurin painoindeksi oli 75, joka oli kahdella potilaalla (2%).

Potilasmäärä tarkoittaa potilaiden määrää numeraalisesti ja prosentuaalisesti. Esimerkki kohdassa on joitakin esimerkkejä yhteydenottosyistä.

Taulukko 1. Terveysongelman sisäisen hallinnan biologis-fysiologinen osa-alue/sisältöluokka

| Osa-alue | Potilasmäärä (%) | Esimerkkejä kirjausmerkinnöistä |
|---|------------------|---------------------------------|
| - leikkaus toimenpiteenä | 0 (0,0) | |
| - oireet (kipu, pahoinvointi, syömiseen liittyvät ongelmat) | 62 (62,6) | kipu, pahoinvointi, heikotus |
| - lääkehoidon toteuttaminen | 17 (17,2) | lääkityksen jatkuminen |
| -muut | 11 (11,1) | verenpaine, veriarvot |

Biologis-fysiologisella osa-alueella leikkaustoimenpiteenä osioon kukaan 99 potilaasta ei ollut soittanut asian vuoksi, näin ollen merkintöjä oli 0 (100%). Oireet (kipu, pahoinvointi, syömiseen liittyvät ongelmat) osioon oli tullut eniten yhteydenottoja. 62 potilasta 99:sta oli ottanut yhteyttä asiasta. 40 potilasta (40,4%) otti yhteyttä yhden kerran tästä asiasta. 13 potilasta (13,1%) otti yhteyttä kaksi kertaa, 6 potilasta (6,1%) otti yhteyttä kolme kertaa, kaksi potilasta (2,0%) otti yhteyttä 4 kertaa ja 1 potilas (1,0%) otti yhteyttä 6 kertaa tässä asiassa. Oireet olivat päänsärky ja migreeni, erilaiset vatsakivut kuten ylävatsakipu, alavatsakipu, palleakipu, kylkikipu sekä haavan alueen kivut ja hematooma. Muutamalla esiintyi myös yläreisikipua. Potilaat kärsivät heikosta olost, vapinasta, tärinästä, pistelystä ja palelusta. Myös dumping- oireilua, vatsan turvotusta ja pinkeyttä, närästystä sekä hikkaa esiintyi. Muita oireita kuten flunssaa, katetta kielessä, peräpukamia, hiivaa ja sykkeen nousua oli kirjattu.

Lääkehoidon toteuttamisesta suurin osa potilaista 82 (82,8%) ei ottanut yhteyttä. 15 potilasta (15,2%) otti yhteyttä osastolle lääkehoidon toteuttamisessa kerran ja 2 potilasta (2,0%) otti yhteyttä kaksi kertaa tässä asiassa. Potilaat soittivat osastolle kysyäksään Marevanin, Furesiksen, Klexanen annosmäärästä, jatkumisesta sekä kotihoito-ohjeista. Myös vitamiinien ja antibioottien jatkumisesta ja vahvuudesta oli epäselvyyksiä. Yhdestä reseptistä puuttui lääkkeen vahvuus. Kolme potilasta soitti osastolle pyytääksään vahvempaa kivunlievitystä, Panadol ei ollut heille riittävä kipulääke. Yhdellä potilaalla oli sopimaton vatsansuojälääke. Yksi potilas oli lopettanut

verenpainelääkityksen tietämättömyyttään. Yksi potilas soitti Klexane pistoksista tulevan mustelmia ja kipua. Yksi potilas pyysi Primperan reseptiä.

Muut osiossa 11 (11,1%) potilasta otti kerran yhteyttä, suurin osa potilaista eli 88 (88,9%) ei ottanut yhteyttä. Potilaat soittivat kysyäkseen Peg- letkusta, verenpaineesta ja veriarvoista. Peg- letkusta kysymyksiä herättivät siihen kertyneen nesteen määrä. Dreeniaukon vuotaminen ja dreeniaukon hyytymän puristaminen aiheutti muutamalle potilaalle ongelmia.

Taulukko 2. Terveysongelman sisäisen hallinnan toiminnallinen osa-alue/sisältöluokka

| Osa-alue | Potilasmäärä (%) | Esimerkkejä kirjausmerkinnöistä |
|---|------------------|---------------------------------|
| - liikkuminen | 2 (2,0) | vähyyys |
| - lepo | 0 (0,0) | |
| - syöminen (ohjeet, ruokavalion epäselvyydet) | 7 (7,1) | ruokailu |
| - juominen | 2 (2,0) | nestevajaus |
| - kehon hygienia | 0 (0,0) | |
| - ihon hoito | 1 (1,0) | psoriasis |
| - haavan hoito | 10 (10,1) | |
| - erittäminen (myös ripuli, oksentaminen) | 26 (26,3) | eritys, ulosteet, oksennus |
| -muut | 0 (0,0) | |

Toiminnallisella osa-alueella liikkumisesta otti yhteyttä osastolle 2 potilasta (2,0%) yhden kerran. Tällöin potilas koki liikkumisen hankalaksi tai vähäiseksi. Yksi potilas oli ottanut kiinni putoavan perämoottorin, josta aiheutui ongelmia.

Lepo, kehon hygienia ja muut osaan ei tullut potilailta yhteydenottoja.

Syömiseen liittyviä puhelinsoittoja tuli 6:lta potilaalta (6,1%) kerran ja yksi potilas (1,0%) soitti asiasta kahdesti. Juomisesta tuli soittoja vain kahdelta potilaalta (2,0%) kerran. Potilaat kysyivät kiinteän ruoan aloittamisesta ja olivat huolissaan kun ruoka ei maistu. Eräs potilas oli syönyt pullaa ja pullan pala oli juuttunut kurkkuun kiinni. Yksi potilas oli huolestunut painonnoususta. Potilaat ottivat yhteyttä osastolle miettiessään saavatko he tarpeeksi nesteitä.

Ihon hoito oli huolenaihe yhdelle potilaalle (1,0%), joka soitti aiheesta kerran. Soitto koski psoriasisista. Haavanhoidon vuoksi 9 potilasta (9,1%) soitti kerran osastolle ja 1 potilas (1,0%) soitti osastolle kahdesti. Suurin osa potilaista soitti kysyäksään haavan erittämistä ja punoituksesta. Yksittäiset puhelinsoitot tulivat koskien haavan ompeleiden pistelyä ja poistoa.

Huoli erittämistä aiheutti monta yhteydenottoa osastolle. 19 potilasta (19,2%) soitti osastolle kerran aiheesta, 6 potilasta (6,1%) soitti osastolle kahdesti ja yksi potilas (1,0%) soitti osastolle neljä kertaa. Monella potilaalla esiintyi tummaa ulostetta ja ripulia. Yksi potilas soitti veriulosteesta, muutamia yhteydenottoja tuli ummetuksesta sekä oksentamisesta. Yksi potilas ilmoitti osastolle virtsan tulevan tipoittain.

Taulukko 3. Terveysongelman sisäisen hallinnan kokemuksellinen osa-alue/sisältöluokka

| Osa-alue | Potilas- määrä (%) | Esimerkkejä kirjausmerkin- nöistä |
|--|-----------------------|---|
| - tunteet (esim. masennus, pelko, turhautuneisuus) | 3 (3,0) | turhautuminen |
| - sairaalakokemukset | 0 (0,0) | |
| - varmistaminen (onko syytä huoleen) | 5 (5,0) | olotila, laihtuminen |
| -ulkonäköön liittyvät muutokset | 1 (1,0) | hiustenlähtö |
| - oman kehon hyväksyminen | 0 (0,0) | |
| - hoito-ohjeiden noudattaminen (myös ravitsemusohjeiden) | 8 (8,1) | soittoaika, ohjeet |

Kokemuksellisella alueella tunteet osassa suurin osa potilaista (97,0%) ei ottanut yhteyttä osastolle, kolme potilasta (3,0%) oli ottanut kerran yhteyttä asiassa; syynä oli turhautuminen. Turhautumisen syinä oli hidaskalautuminen leikkauksesta, ruokavalion yksipuolisuus ja painon hidaskalautuminen.

Sairaalakokemukset ja ulkonäköön liittyviin osiin ei tullut merkintöjä.

Neljä potilasta (4,0%) oli ottanut yhteyttä osastolle kerran ja yksi potilas (1,0%) oli ottanut yhteyttä kahdesti saadakseen varmistusta. Potilaat ottivat yhteyttä erinäisistä syyistä kuten kuvailakseen omaa olotilaansa, saadakseen varmistusta kaiken olevan kunnossa ja ettei tarvitse huolestua. Yksi potilas oli huolissaan painon putoavan liian nopeasti.

Ulkonäköön liittyvät osassa vain yksi potilas (1,0%) oli ottanut kerran yhteyden osastolle. Hänellä oli lähtenyt hiuksia.

Hoito-ohjeiden noudattamiseen tuli yhteydenottoja kahdeksalta potilaalta (8,1%) kerran. He soittivat kysyäksään soittoaajoistaan tai ravinto-ohjeista. Yksi potilas halusi arvion ruokavaliostaan. Yksi potilas soitti ja pyysi toimintaohjeita.

Taulukko 4. Terveysongelman sisäisen hallinnan eettinen osa-alue/sisältöluokka

| Osa-alue | Potilas- määrä (%) | Esimerkkejä kirjausmerkin- nöistä |
|--|--------------------------|---|
| - potilaan oikeudet ja velvollisuudet | 1 (1,0) | epikriisi |
| - osallistuminen päätöksentekoon | 0 (0,0) | |
| - luottamuksellisuus | 0 (0,0) | |
| - muut | 0 (0,0) | |

Eettinen osa-alue ei ollut suuri huolenaihe potilaille. Yhteydenottoja koko tällä osa-alueella oli tullut vain yhdeltä potilaalta (1.0%) yhden kerran potilaan oikeuksista ja velvollisuuksista. Hänen mielestään epikriisissä oli virheellistä tietoa.

Sosiaaliseen osa-alueeseen ei ollut tullut lainkaan yhteydenottoja.

Taulukko 5. Terveysongelman sisäisen hallinnan taloudellinen osa-alue/sisältöluokka

| Osa-alue | Potilasmä- ärä (%) | Esimerkkejä kirjausmerkin- nöistä |
|---|-----------------------|---|
| - kustannukset (esim. jatkoleikkaustarpeiden aiheuttamat kustannukset) | 0 (0,0) | |
| - taloudelliset etuudet | 0 (0,0) | |
| - sairausloma | 4 (4,0) | sairauslomatodi- stus |
| - muut | 0 (0,0) | |

Taloudelliseen osa-alueeseen oli tullut yhteydenottoja vain sairauslomaa koskien. Neljä potilasta (4,0%) oli ottanut yhteyttä osastolle kerran. He halusivat joko lyhyemmän tai pidemmän sairausloman. Yksi potilas halusi epikriisin ja toinen potilas halusi B-lausunnon.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaineistona olivat hoitoasiakirjat, joihin osastolla toimineet hoitajat olivat merkinneet potilaiden yhteydenottosyyt potilaiden soittaessa leikkausten jälkeisistä terveysongelmista (HOI-, RAV -merkinnät). Potilasasiakirjoista oli poistettu potilaiden tunnistetiedot, kuten nimi ja sosiaaliturvatunnus. Kaikki potilailta saatu hankkeeseen liittyvä materiaali on arkaluonteista tietoa ja täten salassapitovelvollisuuden alaista. Sitouduimme vaitiolovelvollisuuteen, koska käsiteltävänä on arkaluontoista materiaalia. Aineistoa analysoitiin Peijaksen sairaalan tiloissa, analysoitava materiaali saatiin ja palautettiin osastolle lukittuun kaappiin. Materiaali ei ollut ulkopuolisten nähtävillä.

Opinnäytetyötä varten perehdyimme lihavuuskirurgiaan ja lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyöhön hyvin lukemalla monia eri englanninkielisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisun aiheesta. Kävimme lisäksi perehtymässä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin internetsivuilla aiheeseen. Ennen varsinaista analyysin aloittamista kävimme perehtymiskäynnillä Peijaksen sairaalassa esittelemässä itsemme osastonhoitajalle. SPSS-ohjelman tuloksista selviää, että kaikki 99 asiakirjaa on huomioitu jokaisessa luokittelurungon osassa. Tämä osoittaa ettei virhettä tai merkitsemättä jättämistä ole tapahtunut SPSS- ohjelman käytössä. (Heikkilä 1998: 140.)

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia arvioimalla pohdimme oman opinnäytetyömme luotettavuutta. Analysoimme potilasasiakirjojen tietoja aina yhdessä, jolloin voimme kysyä neuvoa toinen toiseltamme ja pohtia yhdessä oikeaa terveysongelman merkintäkohtaa. Merkitsimme kaikki analyysin tulokset samaan analyysin luokittelurunkoon. Jokainen potilasasiakirja oli numeroitu, tällä vältimme asiakirjojen sekaantumisen. Analyysin päätyttyä tarkistimme myös luokittelurunkoon tehtyjä merkintöjä vertaillen niitä potilasasiakirjoihin. Epäselvät kohdat kävimme läpi uudelleen. Analysoimme potilasmateriaalin rauhallisessa, häiriöttämässä tilassa Peijaksen sairaalassa. Analysoimme potilasasiakirjojen merkintöjä kolmessa eri erässä, jotta keskittyminen pysyi hyvänä. Syötimme tiedot yhdessä SPSS-ohjelmaan, jolloin toinen saneli ja toinen kirjoitti. Näin vältimme tietojen puuttumisen ja päällekkäisyydet. SPSS-ohjelmaan syötettyihin tietoihin teimme pistokokeen omaisia tarkastuksia

varmistaaksemme tulosten oikeuden. Varmistimme, että olimme vastanneet SPSS-ohjelman jokaiseen kohtaan, tähän saimme varmistuksen SPSS-analyysin valmistuttua, jolloin jokaisessa luokitteluryhmää vastaavassa kohdassa oli 99 merkintää. Potilasasiakirjoihin oli kirjattu henkilökunnan toimesta koko puhelimesta käyty keskustelu. Meidän oli kuitenkin poimittava asiakirjoista vain potilaiden yhteydenottosyyt. Henkilökunta oli usein haastatellut potilasta enemmänkin, jolloin asiakirjoihin oli merkitty muitakin terveysongelmia, kuulumisia ja ajoittain sosiaalistenkin puolta, jotka me jätimme tutkimuksen ulkopuolelle. Joidenkin asiakirjojen kohdalla pohdimme todellista yhteydenottosyytä osastolle pitkistäkin kertomuksista. Tämä on saattanut heikentää tutkimuksen luotettavuutta muutaman potilasasiakirjan kohdalla jouduttuamme itse päättämään yhteydenottosyyt. Potilaan BMI oli myös jäänyt merkitsemättä alle kymmenessä potilasasiakirjassa. Tämä on myös saattanut heikentää työn luotettavuutta potilaiden yleistä BMI:tä arvioitaessa. Analysoidessamme potilasasiakirjoja lisäsimme ensin "ennakoimisen" luokittelurunkoon, mutta jätimme sen kuitenkin lopuksi pois sillä merkintöjä ei tullut. Ennakoiminen kohtaan aioimme kirjata merkinnät soittoaikojen ja tapaamisaikojen vaihdoista, mutta lopulta laitoimme ne hoito-ohjeiden noudattamisen osaan.

6.2 Tulosten tarkastelu

Merkitsimme potilaiden yhteydenottosyyt ennalta laadittuun luokittelurunkoon, (LIITE 1) jossa on terveysongelman sisäisen hallinnan sisältöalueet. Tulokset ajoimme SPSS-ohjelmaan, josta saimme frekvenssijakauman. Potilaita, joiden asiakirjoja analysoitiin oli 99. Tutkimuskysymys opinnäytetyössä oli Miten potilaiden yhteydenottosyyt jakautuvat terveysongelmien eri osa-alueille? Tulokset painottuvat selvästi eniten biologis-fysiologiselle alueelle. Tällä alueella fyysiset oireet ovat keskeisiä (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 33–34). Suomalaiseen luonteenpiirteeseen saattaa kuulua ominaisuus kärsiä kipua ja huonovointisuutta mahdollisimman pitkään ennen avun hakemista. Suuri yhteydenottojen määrä tällä osa-alueelle viittaa kuitenkin siihen, että potilaat hakevat aktiivisesti apua erinäisiin oireisiin ja kysyvät herkästi terveydenhoitoalan ammattilaisilta neuvoa. Naiset pyysivät osastolta neuvoa herkemmin kuin miehet. Potilaat kokivat oireiden etenkin erilaisten kipujen ja huonovointisuuden haittaavan toipumista. Yksi potilas soitti osastolle jopa kuusi kertaa liittyen kipuun. Hänellä esiintyi kipua eri paikoissa. Kiinnitimme huomioita potilaiden soittavan osastolle yläreisikivun vuoksi, tämän on ilmeisesti tähdennetty olevan tärkeä syy soittaa osastolle, näin ainakin Harringtonin (2006) tutkimuksessa. Esimerkiksi

flunssa oli tällainen soitto, mietimmekin onko flunssan oireet sekoitettu merkkeihin mahdollisesta tulehduksesta. Kipulääkityksen vahvuuden riittävyys kotona tulisi ottaa paremmin huomioon. Kivuttomuus edistää potilaiden omatoimisuutta ja rohkaisee liikkumaan enemmän. Yleisiä soittoja osastolle olivat myös nikottelu ja närästys. Heikko olo ja sen erilaiset kuvaukset tulivat myös esiin analyyseissa. Osastolle soitettiin myös hikan, kielessä olevan katteen, hiivan ja flunssan vuoksi. Veriarvojen ja verenpaineen normaaliutta sekä tietoja näistä kyseltiin osastolta. Lääkehoito, sen toteuttaminen ja epäselvyydet lääkehoidossa olivat yleinen yhteydenottosyy osastolle. Lääkkeiden annosmäärissä ja jatkumisessa oli epäselvyyksiä, jotkut potilaat eivät taitaneet määrättyjen lääkkeiden kotihoitoa. Verenohennus- ja nesteenoistolääkkeiden käyttäminen tietämättään väärin voi aiheuttaa vakavia seuraamuksia. Mikäli kyseinen lääkitys on potilailla ensimmäistä kertaa, sekä kipujen ja kotiin lähtemisen jännittäminen saattavat vähentää hoitajien ohjauksen sisäistämistä. Panadolin riittämättömyys kivunlievitykseksi nousi esiin muutamia kertoja. Kiinnostavaa olisi ollut tietää kuinka pitkä aika tällöin oli kulunut leikkauksesta, ja oliko vahvempi kivunlievitys lopetettu tässä vaiheessa vai eikö sitä ollut määrätty. Toiminnallisella alueella haavan hoito ja erittäminen olivat syitä miksi potilaat soittivat osastolle. Potilaat kertoivat haavan punoittavan ja erittävän. Eräs potilas oli puristanut dreeniaukolta hematooman ja dreeniaukko oli alkanut vuotamaan. Potilaat olivat tunnistaneet hyvin tulehduksen merkit ja noudattaneet ohjeita. Ripuli, ummetus, oksentaminen ja tumma uloste mietityttivät 26,3 % potilaista. Syöminen tuotti vain muutamalla potilaalle epäselvyyttä, tässä asiassa he olivat ottaneet ravitsemusterapeuttiin yhteyttä. Muutama potilas oli huolissaan riittävästä nesteen saannista. Painonnousu leikkauksen jälkeen huolestutti vain yhtä potilasta. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat ovat saaneet ravitsemusterapeutilta selkeät ohjeet ja he ovat sisäistäneet ne. Kokemukselliselle alueelle ei tullut juurikaan yhteydenottoja. Ainoastaan 3 potilasta koki turhautuneisuutta ja yksi potilas oli huolissaan ulkonäköön liittyvistä muutoksista; tällöin potilas oli huolissaan hiusten lähtemisestä. Varmistumiseen liittyviä soittoja tuli viideltä potilaalta. He soittivat ikään kuin varmistuakseen kaiken olevan kunnossa liittyen kokemaansa olotilaan. He kertoivat sairaanhoitajalle kaiken olevan hyvin ja kertoivat kuulumisia. He hakivat tukea ja varmistusta asiantuntijoilta. Sairaalakokemuksista potilaat eivät kokeneet tarvetta puhua. Suomalaisten sisäänpäin kääntyneisyys ja tunteiden jakamisen vaikeus erityisesti vieraalle ihmiselle voi olla tähän syynä. Toisaalta myös näitä tunteita on voitu käsitellä jo preoperatiivisilla käynneillä sekä osastolla. Mahdollista on myös, että halutaan näyttää pärjäävän eikä näin ollen oteta esiin varsinkaan negatiivisia tunteita. Liikkumisenkaan ei ollut

ongelma kuin muutamalle potilaalle, jonka takia tarvitsi soittaa osastolle. Liikkuminen pian leikkauksen jälkeen onkin hankalaa. Muutama innokas miespotilas soitti kuitenkin osastolle rasittaneensa itseään fyysisesti kuntosalilla, joka oli aiheuttanut ongelmia muun muassa haavan alueella. Analyysissa selvisi muutaman miespotilaan olevan innokas aloittamaan liikunnan. He aloittivat raskaan liikunnan äkkiseltään ja yrittivät liikkua oman kykenemisensä ääri rajoilla. Eettiseen osa-alueeseen otti ainoastaan yksi potilas yhteyttä. Hän oli ottanut kantaa mielestään väärin merkintöihin epikriisissä. Yllättäen sosiaaliselle osa-alueelle ei ollut tullut yhtään yhteydenottoja potilailta. Onhan perheenjäsenten ja ystävien kannustus ja tuki tärkeä osa muutoksessa. Läheisten tuki edistää sitoutumista ja lisää mahdollisuutta onnistua elämäntapamuutoksessa. Myös ruoka- ja liikuntatottumusten muuttaminen onnistuu parhaiten kun koko perhe on siinä mukana. (Kyngäs – Hentinen 2008: 220.) Edes vertaistukeen ei tullut yhteydenottoja vaikka elintapamuutosten tekeminen ryhmässä koetaan mielekkääksi ja ryhmä antaa tärkeää vertaistukea (Kyngäs – Hentinen 2008: 221). Perhe tulee ottaa hoitotyössä entistä enemmän mukaan. Perheen tuen merkitys selvisi myös Wysokerin (2005) tutkimuksessa, jossa hän toteaa, että perheen tuella potilas kykenee saavuttamaan paremmin hoitotavoitteet. Taloudelliset asiat eivät olleet kuin muutaman potilaan yhteydenottoosyy osastolle ja siinäkin asia koski sairasloman pituutta. Näissä yhteydenotoissa on liian aikaista puhua plastiikkakirurgian tarpeesta liittyen ylimääräiseen roikkuvaan ihoon ja siitä kuka sen maksaa. Tämä keskustelu tullaan varmasti käymään julkisuudessa myöhemmin. Ylimääräinen iho voi aiheuttaa potilaalle psyykkisiä ongelmia ja esimerkiksi vaatteiden valinta tuottaa ongelmia. Leikkaushaava vatsan alueella saattaa olla ihopoimujen alla ja on näin ollen altis haavainfektioille. Kaikista 99 osastolle soittaneista potilaista 33 oli miehiä ja naisia oli 66.

6.3 Johtopäätökset

Tuloksista selvisi oireiden yleisyys. Potilaiden tulisi saada ohjausta niin, että he tietävät kuinka toimia oireiden ilmaantuessa. Tulokset viittaavat potilaiden kaipaavan ohjausta lääkehoidossa ja kivun hallinnassa. Myös haavan hoitoon ja erittämisen normaaliuteen kaivataan enemmän tietoa ja ohjausta. Toisaalta taas arvelemme, että potilaita on kehoitettu ottamaan yhteyttä osastolle kyseisissä asioissa tai mikäli nämä asiat heitä askarruttavat. Potilailla kuitenkin on himo kiellettyihin ruoka-aineisiin pian leikkauksen jälkeen. Potilaita on hyvä kehottaa maltilliseen liikuntaan, jonka raskautta voi lisätä asteittain. Potilaita olisi myös hyvä ohjata sopivien liikuntamuotojen pariin. Yllättäen vain yksi potilas soitti osastolle painon putoamisen edistymisestä vaikka se on koko

potilaan hoidon tavoite. Tämä potilas oli huolissaan painon putoavan liian nopeasti. Potilaat ottivat yhteyttä osastolle myös sellaisissa asioissa, jotka kuuluisivat perusterveydenhuollon piiriin. Jotkut potilaat soittivat osastolle vaikka leikkauksesta oli kulunut jo melkein vuosi, he pitivät leikkaavaa osastoa tuttuna ja turvallisena. Tämä osoittaa kuinka merkittävä elämänmuutos leikkaus on ollut potilaille ja kuinka suuri tuen tarve heillä on vielä pitkän aikaa leikkauksen jälkeen. Tämän kertoo myös se, ettei sosiaaliselle alueelle tullut lainkaan yhteydenottoja. Perheen huomioiminen potilaan hoidossa onkin tärkeää, potilaita tulisi kannustaa vieläkin enemmän ottamaan läheisiä mukaan hoitoprosessiin. Potilaat eivät myöskään ottaneet yhteyttä osastolle kuin muutaman kerran liittyen tunteisiin, vaikka suuren elämää mullistavan leikkauksen luulisi herättävän erilaisia tunteita, myös negatiivisia. Kenties nämä tuntemukset käsitellään yksinään tai omien läheisten kanssa. Näissä meidän käsittelemissä yhteydenotoissa potilaat eivät kertoneet kuin kerran ulkonäköön liittyvistä muutoksista, ne selviävät varmasti tarkemmin projektin seuraavassa vaiheessa. Opinnäytetyötä varten olisi ollut mielenkiintoista tarkastella myös kuinka pitkä ajallinen väli oli leikkauksen ja yhteydenottojen välillä. Kuinka pitkän ajan kuluttua potilaat soittivat kivusta, haavan erittämisestä ym. Näitä tietoja emme kirjanneet potilasasiakirjoista analyysia tehdessämme.

6.4 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksena on, että sairaanhoitaja voisi soittaa potilaalle tietyn ajan kuluttua leikkauksesta ja kysellä kuulumisia sekä rohkaista puhumaan tunteistaan myös läheisille ja ottamaan yhteyttä vertaistukeen. Ehdotamme myös lääkehoidon ohjaksen tehostamista ja lisäohjausta sopivien liikuntamuotojen pariin sekä lisää tietoa milloin liikunnan raskautta voi lisätä. Kotiutumisen yhteydessä potilaiden olisikin hyvä saada ohjausta lääkehoidon toteuttamiseen kotona sekä suullisesti että kirjallisesti. Miehiä tulisi myös kannustaa pyytämään apua herkemmin. Ihanne tilanne olisi myös se, että potilas ottaisi osastolle mukaan tukihenkilön.

LÄHTEET

- Grindel M E – Grindel C G 2006: Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. Medical Surgical Nursing 15.
- Hankela, S. 1999: Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis 664. Tampereen Yliopisto.
- Harrington, Linda 2006: Postoperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Medsurg Nursing. Vol 15. No 6.
- Heikkilä, Tarja 1998: Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.
- Heikkinen, Katja – Leino-Kilpi, Helena – Nummela, Taina – Kaljonen, Anne – Salanterä, Sanna 2008: A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. Elsevier. 272.
- Heino, Tarja 2005: Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Ikonen, Tuija S. – Anttila, Heidi – Gylling, Helena – Isojärvi, Jaana – Koivukangas, Vesa – Kumpulainen, Tuija – Mustajoki, Pertti – Mäklin, Suvi – Mäklin – Saarni, Samuli – Saarni, Suoma – Sintonen, Harri – Victorzon, Mikael – Malmivaara, Antti 2009: Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveiden ja hyvinvoinnilaitos. Raportti 16/2009.
- Jeffrey C A. – Kitto S. 2006: Struggling to Care: Nurses perceptions of caring for obese patients in an Australian bariatric ward. Health Sociology Review 15. 71-83.
- Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2008: Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY. Helsinki.
- Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999: Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta, potilas lähtöisen hoidon laadun arvointiperustan kehittäminen. Stakes. Raportteja 229
- McGlinch B – Quef, Melson J. – Wroblewski D – Grant J – Collaz-Clavell M 2006: Perioperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 30.
- Ohjausryhmä 2009: Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. Hankesuunnitelma.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Walsh, Angi – Albano, Heidee – Jones Daniel B. 2008: A Perioperative Team Approach to Treating Patients Undergoing Laparoscopic Bariatric Surgery. Aorn Journal VOL 88 NO 1. 61.
- Wysoker A. 2005: The Lived Experience of choosing Bariatric Surgery to Lose Weight.

Journal of the American Psychiatric Nurses Association 11.

Zuzelo P.R. – Seminara P. 2006: Influence of Registered Nurses` Attitudes Toward Bariatric Patients on Educational Programming Effectiveness. The Journal of Continuing Education in Nursing 37.

Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa

Hoitoasiakirjaan HOI ja RAV kirjatut potilaan yhteydenottoa koskevat merkinnät
Luokittelurunko 30.8.2010 tarkistettu

Potilaan ikä: _____ Potilaan sukupuoli: _____ Painoindeksi: _____

| Terveysongelman sisäisen hallinnan osa-alue/sisältöluokka | Merkintöjen lkm | Kirjaamismerkintään liittyvää huomioitavaa |
|---|------------------------|---|
| 1. Biologis-fysiologinen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - leikkaus toimenpiteenä - oireet (kipu, pahoinvointi, syömiseen liittyvät ongelmat) - lääkehoidon toteuttaminen | | |
| 2. Toiminnallinen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - liikkuminen - lepo - syöminen (ohjeet, ruokavalion epäselvyydet) - juominen - kehon hygienia - ihon hoito - haavan hoito - erittäminen (myös ripuli, oksentaminen) - muut | | |
| 3. Kokemuksellinen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - tunteet (esim. masennus, pelko, turhautuneisuus) - sairaalakokemukset - varmistaminen (onko syytä huoleen) - ennakoiminen - ulkonäköön liittyvät muutokset - oman kehon hyväksyminen - hoito-ohjeiden noudattaminen (myös ravitsemusohjeiden) | | |
| 4. Eettinen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - potilaan oikeudet ja velvollisuudet - osallistuminen päätöksentekoon - luottamuksellisuus - muut | | |
| 5. Sosiaalinen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - perheenjäsenen tuki - läheisen henkilön tuki - toiset potilaat (myös vertaistukiryhmät) - osallistuminen kodin ulkopuoliseen elämään | | |

| | | |
|--|--|--|
| - muut | | |
| 6. Taloudellinen | | |
| - kustannukset (esim. jatkokoleikkaustarpeiden aiheuttamat kustannukset) - taloudelliset etuudet - sairausloma - muut | | |