



Lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolku

Potilaiden kokemuksia Tays Hatanpään käytännöistä

Sari Harju

Sanna Marttinen

OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2020

Kliininen asiantuntija (YAMK)
Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija (YAMK)
Sosiaali- ja terveysalan palveluketjujen kehittäminen

HARJU, SARI & MARTTINEN, SANNA:
Lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolku
Potilaiden kokemuksia Tays Hatanpään käytännöistä

Opinnäytetyö 113 sivua, joista liitteitä 28 sivua
Huhtikuu 2020

Ylipainoisten suomalaisten määrä on kasvanut viime vuosina, minkä seurauksena ylipainoon liittyvien liitännäissairauksien esiintyvyys on nousussa. Lihavuusleikkausten on todettu olevan tehokkain keino sairaalloisen lihavuuden hoitoon. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Tays Hatanpäällä lihavuusleikkattujen potilaiden kokemuksia hoitopolun toimivuudesta sekä saamastaan ohjauksesta ja tuesta hoitopolkunsu eri vaiheissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tiedon avulla kehittää lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolkua nykyistä potilaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen kvalitatiivista menetelmää haastatteleamalla seitsemää Tays Hatanpäällä lihavuusleikkattua henkilöä. Haastateltavilta kerätty aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että potilaat kokivat hoitopolun hyvin pirstaleisena eikä hoitopolun aikataulullinen kokonaiskuva ollut selkeä. Erityisesti epäselvyyttä potilaiden keskuudessa oli leikkausprosessin alkuvaiheilla, jolloin tietämättömyys tulevaisuudesta oli suurimmillaan. Ohjaus oli pääosin oikea-aikaista ja selkeää, mutta siihen kaivattiin nykyistä enemmän yhteneväisyyttä eri ammattilaisten kesken sekä selkeämpää runkoa. Potilaiden kokemukset eri ohjausmuotojen ja -määrien painottamiseen vaihtelivat suuresti, minkä seurauksena yksilöllistä vaihtelua kaivattiin nykyistä enemmän. Potilaiden kokemusten mukaan psyykkistä tukea kaivattiin suunnitellusti koko prosessin ajalle tukemaan keho- ja minäkuvan muutosten käsittelyä.

Opinnäytetyön avulla voidaan tarkastella hoitopolun sujuvuutta ja tarvittaessa kehittää hoitopolkua potilaslähtöisemmäksi potilaskokemusten perusteella. Opinnäytetyön tuloksista hyötyvät tulevat lihavuusleikkauspotilaat sekä heidän kanssaan töitä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset. Jatkotutkimusaiheina voisi olla toistaa tutkimus toisissa sairaanhoitopiireissä sekä tutkia, millaisia hyötyjä lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolun käytäntöjen innovointi ja yhtenäistäminen mahdollistaisi Suomessa kehittämisen ja kustannusten näkökulmasta.

Asiasanat: lihavuus, lihavuusleikkaukset, hoitopolku, ohjaus, kokemus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development

HARJU, SARI & MARTTINEN, SANNA:
Critical Pathway in Bariatric Surgery,
Patients' experiences about Tays Hatanpää Hospital's Practices

Master's thesis 113 pages, appendices 28 pages
April 2020

Obesity is an increasing problem in Finland causing comorbidities, for example cardiovascular diseases and diabetes. Bariatric surgery is considered the most effective treatment for morbid obesity. The critical pathways among bariatric surgery patients vary between health care districts.

The purpose was to gather information about patients' experiences of the critical pathway in bariatric surgery in Tays Hatanpää. The study was qualitative in nature and the data were collected through seven theme interviews. The data were analyzed using qualitative content analysis.

The results show that at the beginning of the surgery process patients are unaware of what will happen next and when. There were no consistent opinions among patients about what kind of guidance should be emphasized, but more possibilities to build individual content were needed. The findings also suggest that more psychological support is needed to help the patients cope with the changes that rapid weight loss causes.

These results indicate how the critical pathway in bariatric surgery could be improved to utilize patients' needs better. Further studies are needed to explore how bariatric patients in other health care districts experience their critical pathway.

Key words: obesity, bariatric surgery, critical pathways, patient reported outcome measures

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	LEIKKAUS LIHAVUUDEN HOITONA	8
4	LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAIEN HOITOPOLKU	14
	4.1 Ennen leikkausta	15
	4.2 Sairaalahoido	16
	4.3 Jatkoahoito leikkauksen jälkeen	17
	4.4 Yhteenveto hoitopoluista	18
5	LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN TUESTA JA OHJAUKSESTA	20
	5.1 Välittömät leikkauksen jälkeiset tiedon tarpeet	20
	5.2 Leikkauksen tuomat muutokset päivittäiseen arkeen	21
	5.3 Minäkuva ja parisuhde	22
	5.4 Tuki lihavuusleikkausprosessin aikana	23
6	KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ	25
	6.1 Aineistonkeruu	25
	6.2 Aineiston analyysi	30
7	TULOKSET	34
	7.1 Kokemukset hoitopolun toimivuudesta	34
	7.1.1 Hoitopolun toimivuus	35
	7.1.2 Terveystuon ammattilaisten toiminta	38
	7.1.3 Yksilöllinen hoito	41
	7.2 Kokemukset ohjauksesta	43
	7.2.1 Ohjausmuodot	44
	7.2.2 Kokemukset ohjaustilanteesta	47
	7.2.3 Painonpudotus	50
	7.3 Kokemuksia saamastaan tuesta	53
	7.3.1 Konkreettiset tuen tarpeet	53
	7.3.2 Itse muodostettu tukiverkosto	56
	7.3.3 Ammattilaisten järjestämä tuki	57
8	POHDINTA	60
	8.1 Tulosten tarkastelu	60
	8.1.1 Kokemukset hoitopolun toimivuudesta	60
	8.1.2 Kokemukset ohjauksesta	64
	8.1.3 Kokemuksia saamastaan tuesta	66
	8.2 Eettisyys	70

8.3 Luotettavuus.....	72
8.4 Johtopäätökset, kehittämissuositukset ja jatkotutkimushaasteet	75
LÄHTEET	79
LIITTEET.....	86
Liite 1. Hoitopolut kaaviona	86
Liite 2. Aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia	87
Liite 3. Tiedote tutkimuksesta.....	109
Liite 4. Tutkittavan suostumuslomake	111
Liite 5. Teemahaastattelurunko.....	112

1 JOHDANTO

FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan suomalaisista yli 30-vuotiaista miehistä ja naisista noin joka neljäs on lihavia eli painoindeksiltään vähintään 30 kg/m² (Jääskeläinen ym. 2019, 6). Luvut ovat nousujohteisia verrattuna vuoteen 2011. Lihavuuden ja erityisesti keskivartalolihavuuden seurauksena kasvaa riski sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä moniin syöpäsairauksiin. (Lundqvist ym. 2018, 45, 47.) Ensisijainen lihavuuden hoitomuoto on elintapaohjaus. Muita lihavuuden hoitomuotoja ovat ENE eli erittäin niukkaenerginen ruokavalio, lääkehoito ja leikkaushoito. (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020.)

Useat tutkimukset osoittavat lihavuusleikkausten olevan tehokkain laihdutusmenetelmä lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä. Vuoden 2006 jälkeen lihavuusleikkaukset ovat yleistyneet Suomessa, mutta niitä tehdään edelleen muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna suhteellisen vähän. (Salminen & Koivukangas 2017, 118.) Lihavuusleikkauspotilaiden hoitopoluissa ja käytännöissä on havaittu olevan huomattavia eroja ja kehityskohteiksi on ehdotettu käytäntöjen yhtenäistämistä eri sairaaloiden välillä (Kumpulainen ym. 2009, 173). Lihavuusleikkauspotilaiden ohjauksen ja tuen tarvetta on tutkittu erittäin vähän jopa kansainvälisesti arvioituna. Myös aiheen arkaluonteisuuden vuoksi olisi tärkeää tutkia aihepiiriä, jotta ammattilaisilla olisi käsitys lihavuusleikkauspotilaiden ohjauksen, tuen ja puheeksi ottamisen tarpeista. Saataessa tietoa tuen ja ohjauksen tarpeista voidaan tarkastella hoitopolun toimivuutta, jotta potilaat saadaan sitoutettua koko elämän kestävään muutokseen. (Rekola ym. 2013, 40.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Tays Hatanpäällä lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia hoitopolkunsa eri vaiheista. Opinnäytetyössä selvitetään potilaiden kokemuksia hoitopolun toimivuudesta sekä saamastaan ohjauksesta ja tuesta prosessin aikana. Tavoitteena on tarkastella potilaiden näkökulmasta tuotetun tiedon pohjalta hoitopolun sujuvuutta sekä tarvittaessa kehittää hoitopolkua aikaisempaa potilaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä lihavuusleikattujen yhdistyksen, LILE ry:n kanssa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Tays Hatanpäällä lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja tuesta hoitopolkunsä eri vaiheissa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia lihavuusleikkausprosessin eri vaiheiden toimivuudesta.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia kokemuksia lihavuusleikkauspotilailla on hoitopolun toimivuudesta?
2. Millaisia kokemuksia lihavuusleikkauspotilailla on saamastaan ohjauksesta hoitopolun eri vaiheissa?
3. Millaisia kokemuksia lihavuusleikkauspotilailla on saamastaan tuesta hoitopolun eri vaiheissa?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa lihavuusleikkausprosessista potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä tuotetun tiedon avulla voidaan tarkastella hoitopolun sujuvuutta ja tarvittaessa kehittää hoitopolkua aikaisempaa potilaslähtöisemmäksi potilaiden kokemusten perusteella. Tuloksista hyötyvät tulevat lihavuusleikkauspotilaat sekä heidän kanssaan töitä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset.

3 LEIKKAUS LIHAVUUDEN HOITONA

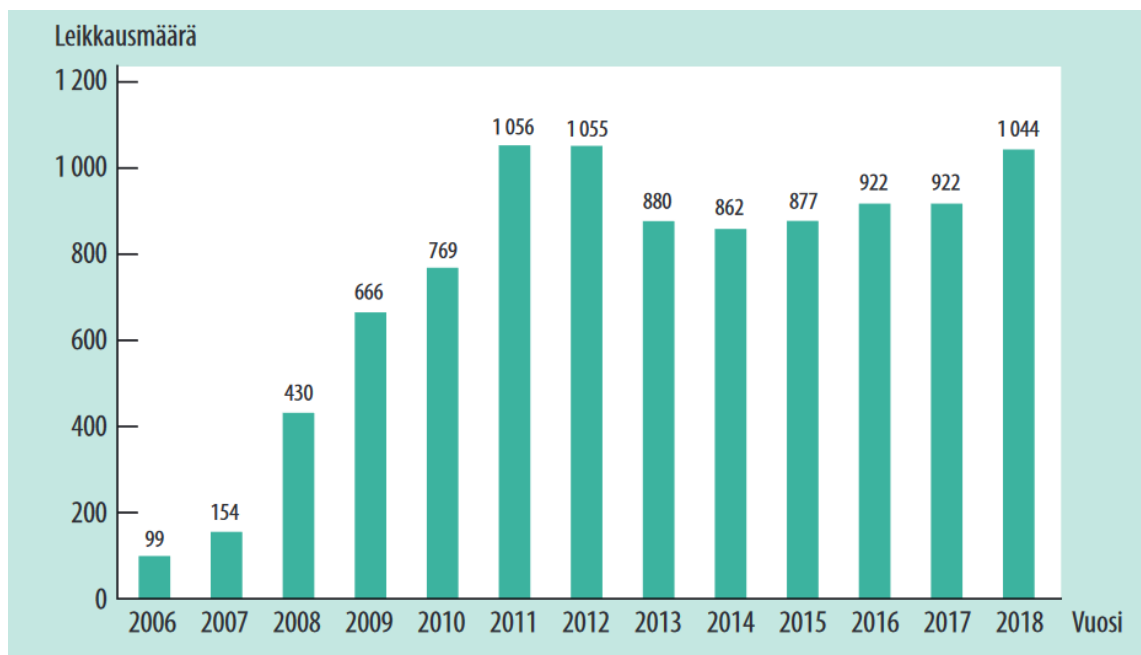
Lihavuudesta puhutaan silloin, kun aikuisen henkilön painoindeksi eli BMI on yli 30 kg/m². BMI:n ylitettyä 30 kg/m² sairastavuuden riski lisääntyy huomattavasti. (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020.) Pysyvät elämäntapamuutokset ovat perusta lihavuuden hoidossa. Lihavuusleikkaushoitoa harkitaan yksilöllisesti ja vain, jos muut hoitomenetelmät eivät ole tuottaneet toivottua tulosta tai laihtuminen ei ole ollut riittävää terveydentilan kannalta. Leikkaushoito ei ole oikotie painon putoamiseen vaan antaa siihen mahdollisuuden, kun muut toimenpiteet ovat olleet tehottomia. (Pietiläinen, Mustajoki, & Borg 2015, 254–256.)

Käypä hoito -kriteerien mukaan lihavuuden leikkaushoidon edellytyksenä on, että potilas on 18–65-vuotias ja hänen painoindeksinsä ylittää 40 kg/m². Leikkaushoidon kriteerit täyttyvät myös painoindeksin ollessa 35 kg/m², mikäli potilaalla on lihavuudesta johtuva oheissairaus tai vaaratekijöitä siihen. Näitä ovat muun muassa uniapnea, lääkehoidettu tyypin 2 diabetes, munasarjojen monirakkulatauti, lääkehoidettu verenpainetauti tai kantavien nivelten nivelrikko. Tyypin 2 diabetesta sairastavien konservatiivisen hoidon huonon hoitotuloksen vuoksi leikkaukseen pääsyn painoindeksin alarajaa voidaan laskea 30 kg/m². (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020.)

Lihavuusleikkaukseen hakeutuvalla tulee olla edellisen viiden vuoden aikana annettuna jotain muuta lihavuuden hoitoa, esimerkiksi terveydenhuollon yksikön vähintään puoli vuotta kestänyt yksilöllinen hoito tai painonhallintaryhmähoito. Hoidon tulee olla johtanut vähintään viiden prosentin laihtumiseen ja elämäntapamuutoksiin. Potilaalla tulee olla kyky muuttaa ruokatottumuksiaan leikkauksen edellyttämällä tavalla, eikä hänellä saa olla merkittävää päihdeongelmaa. Jos potilaalla on vakavia mielenterveysongelmia tai vaikea syömishäiriö, pyydetään psykiatrin konsultaatio ja harkitaan toimenpidettä. (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020.)

Väestöön suhteutettuna Suomen lihavuusleikkausmäärät, noin 800–900 vuodessa, ovat Länsi-Euroopan pienimpiä verrattuna esimerkiksi naapurimaahan

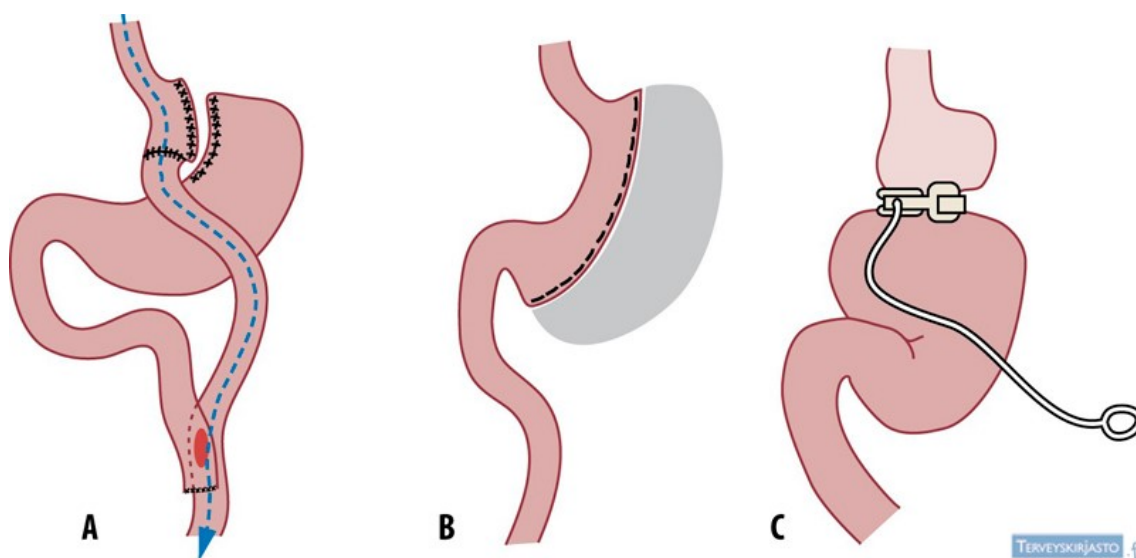
Ruotsiin, jossa tehdään 6000–7000 lihavuusleikkausta vuosittain (Salminen & Koivukangas 2017, 118–119). Lihavuusleikkausten määrät kasvoivat nopeasti vuodesta 2006 vuoteen 2011, jonka jälkeen niiden määrä hieman laski ja tasaantui (kuva 1). Yhtenä tekijänä Suomen suhteessa vähäiseen leikkausmäärään on arvioitu olevan toisiin maihin verrattuna tiukemmat kriteerit leikkauskelpoisuuteen. Suomen mallin mukaisia puolen vuoden painonhallintaohjausjaksoja ei vaadita missään muussa maassa, vaan motivoituminen ja sitoutuminen elämänmuutokseen ovat riittävät perusteet leikkaukseen pääsulle. (Salminen, Juuti & Nuutila 2019, 1491.)



KUVA 1. Lihavuusleikkausmäärät Suomessa 2006–2018 (Salminen, Juuti & Nuutila 2019, 1490)

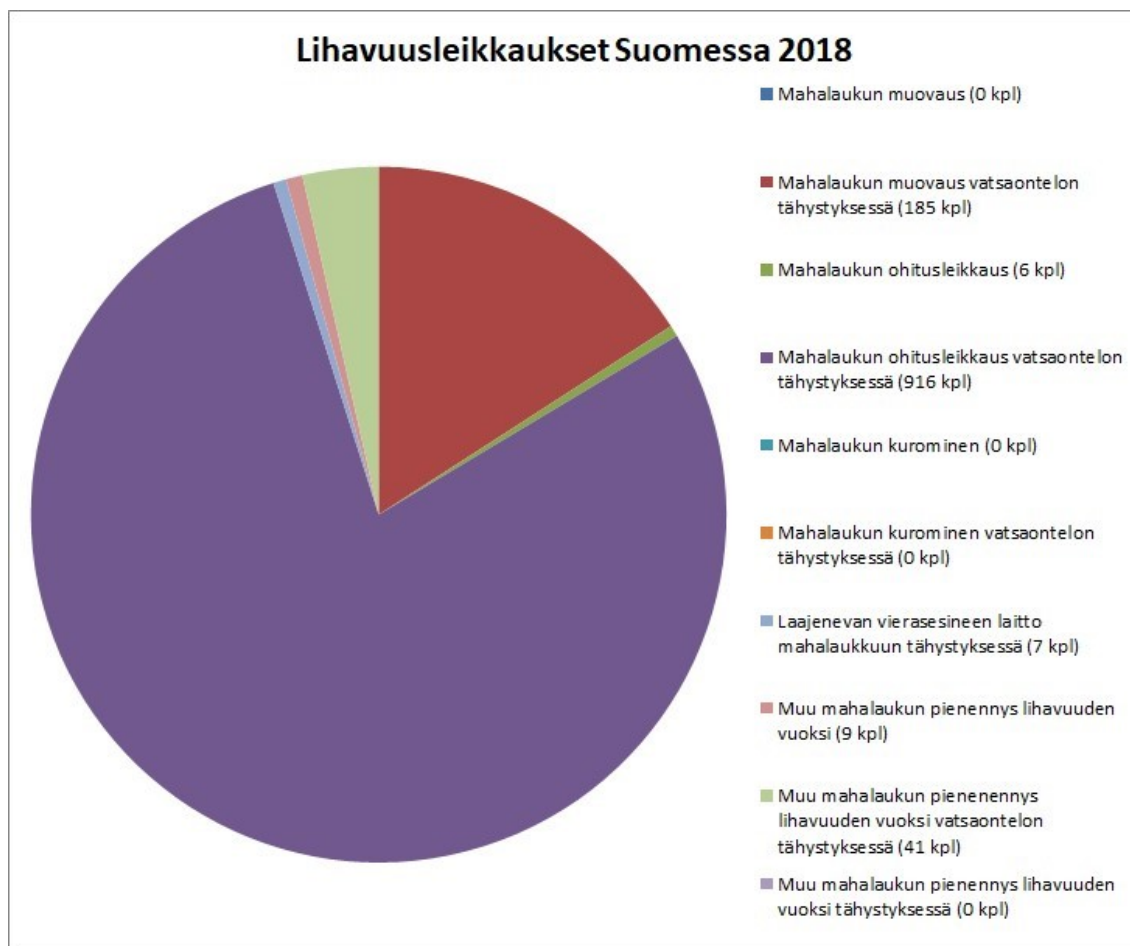
Tähystystekniikalla tehtävät mahalaukun ohitus- ja kavennusleikkaukset ovat eniten käytetyt leikkausmuodot Suomessa (Pietiläinen ym. 2015, 254; Salminen & Koivukangas 2017, 118). Pantaleikkausta, jossa mahalaukun yläosa kiristetään renkaalla, ei enää tehdä (Mustajoki 2019). Pantaleikkauksien komplikaatioina on esiintynyt pinnan luiskahdusta, kulumaa ja eroosiota mahalaukun seinämän läpi, täyttösysteemin vuotoa sekä mahalaukun laajentumista pinnan yläpuolelta (Victorzon & Tolonen 2002, 2296). Myöhemmin on havaittu, että pantaleikkauksen yksi yleisimmistä komplikaatioista on pinnan infektoituminen (Koivukangas ym. 2009, 100), vaikka Victorzonin ja Tolosen artikkelissa (2002, 2295) yhtenä mahapantaleikkauksen eduista on mainittuna muita, invasiivisem-

pia toimenpiteitä pienempi infektioriski. Kuvassa 2 on kuvattuna kolme eri lihavuusleikkausmuotoa: A. mahalaukun ohitusleikkaus, B. mahalaukun kavennusleikkaus ja C. pantaleikkaus.



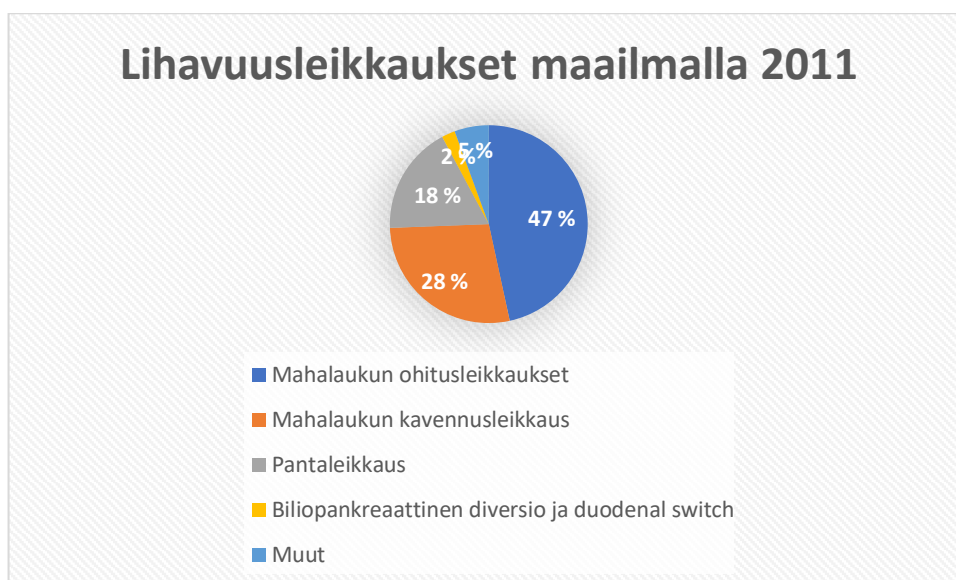
KUVA 2. Leikkausmuodot (Mustajoki 2019)

Suomessa lihavuusleikkauksia tehtiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n Yksittäiset toimenpiteet toimenpideryhmittäin -tilaston mukaan vuonna 2018 yhteensä 1168 kappaletta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2019) tilaston yhteenlaskettu summa poikkeaa 1168:sta neljällä kappaleella ja näin ollen alla olevassa kuviossa (kuvio 1) on huomioitu vain sivustolla näkyvä ja yhteenlaskettavissa oleva määrä, 1164 kappaletta. Taulukosta ei selvinnyt, mihin ryhmään 4 puuttuvaa leikkausta on sijoitettu vai onko kyseessä kaava tai laskuvirhe THL:n sivustolla. Lisäksi leikkausmäärä on eriävä Salmisen, Juutin ja Nuutilan (2019, 1490) leikkausmäärästä. Heidän esittämä leikkausmäärä oli vuonna 2018 1044 kappaletta (kuva 1).



KUVIO 1. Lihavuusleikkaukset (1164kpl) Suomessa vuonna 2018 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019, muokattu THL:n 2019 tilaston mukaan)

Vuonna 2011 tehtiin maailmanlaajuisesti 340 768 lihavuusleikkausta. Leikkauksista prosentuaalisesti oli mahalaukun ohitusleikkauksia 46,6 %, mahalaukun kavennusleikkauksia 27,8 %, pantaleikkauksia 17,8 % ja biliopankreaattinen diversio eli sappi- ja haimanesteiden ohitusleikkauksia ja duodenal switch eli pohjukaissuolen vaihtoleikkauksia 2,2 %. (Arterburn & Courcoulas 2014, 1.) Leikkausmuotojen jakauma maailmanlaajuisesti on esitetty kuviossa 2.



KUVIO 2. Lihavuusleikkaukset maailmalla vuonna 2011 (muokattu Arterburnin & Courcoulasin [2014, 1] mukaan)

Vuonna 2011 eniten lihavuusleikkauksia tehtiin Kanadassa ja USA:ssa yhteensä 101 645 leikkausta, Brasiliassa 65 000, Ranskassa 27 648, Meksikossa 19 000, Australiassa ja Uusi-Seelannissa yhteensä 12 000 ja Englannissa 10 000. Muissa maissa tehtiin alle 10 000 leikkausta vuodessa. (Arterburn & Courcoulas 2014, 1.) Leikkausten määrät maittain vertailtuna on esitetty kuviossa 3. Mahalaukun ohitusleikkaukset ovat maailmanlaajuisesti yleisin leikkauksen muoto, mutta mahalaukun kavennusleikkaukset ovat nousemassa määrällisesti samalle tasolle (Pietiläinen ym. 2015, 254).



KUVIO 3. Lihavuusleikkausten määrät maailmalla vuonna 2011 (muokattu Arterburnin & Courcoulasin [2014, 1] mukaan)

Suomessa lihavuuden leikkaushoito maksaa itsensä takaisin kuudessa vuodessa (Juuti, Roine & Salminen 2019, 1487). Vastaavaksi ajaksi Kanadassa on arvioitu 3,5 vuotta. Liitännäissairauksien vähenemisen myötä säästöjä syntyy eniten perusterveydenhuollossa. Leikkaustyyppillä ei ollut merkittävää eroa kustannustehokkuuden kannalta tarkasteltuna. Mitä suurempi painoindeksi potilaalla oli ennen leikkausta, sitä suuremmat säästöt saatiin leikkaushoidolla. (Mäklin ym. 2009, 2271; Pietiläinen ym. 2015, 257.) HUS:n alueella lihavuusleikatut ilmoittivat käyttävänsä terveystalvuita merkittävästi vähemmän leikkauksen jälkeen kuin ennen leikkausta, minkä johdosta kustannusten on arvioitu laskevan kahden vuoden jälkeen leikkauksesta ennen leikkausta käytetystä 800 eurosta 384 euroon yhtä henkilöä kohden (Juuti, Roine & Salminen 2019, 1488).

Lihavuusleikkaukset pienentävät diabeteksen komplikaatioiden esiintymistä, syöpä- ja kuoleman riskiä sekä parantavat tai lievittävät muita liitännäissairauksia. Lisäksi lihavuuskirurgia edistää työ- ja toimintakykyä konservatiivisia lihavuuden hoitomuotoja paremmin. (Juuti, Roine & Salminen 2019, 1487.) Lihavuusleikatut ovat arvioineet oman fyysisen ja psyykkisen elämänlaatunsa paremmaksi leikkauksen jälkeen lyhyellä ja pidemmällä aikavälillä (Magallares & Schomerus 2015, 171). Lisäksi heillä on todettu esiintyvän vähemmän masennusta ja ahdistusta kuin konservatiivisesti hoidetuilla (Gubik, Gill, Laffin & Karmali 2013, 2).

4 LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAIEN HOITOPOLKU

Hoitopolun perimmäinen tarkoitus on ottaa vastuu hoidon järjestämisestä. Hoitopolussa kuvataan jokaisen osapuolen tehtävät ja työnjako moniammatillisessa tiimissä ja siihen sisältyy lupaus yhteistyösopimuksesta ja tiedonkulusta. Hoitopolut ovat julkisia ja yleensä laadittu sairaanhoitopiireittäin. Hoitopolkujen perustana on paras saatavilla oleva ja kriittisesti arvioitu tutkittu tieto, joka tukee hyvin hoitotuloksiin pääsyä. Hyväksi koetut toimintatavat on hyvä jakaa myös kansallisesti. Parhaimmassa tapauksessa, kun hoitopolku on sujuva, ammattilaiset kokevat hallitsevansa työnsä paremmin ja potilaat luottavat hoidon sujumiseen. (Ketola ym. 2006, 7–8.)

Vuonna 2009 julkaistussa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa vertailtiin eri sairaaloiden hoitopolkuja ja käytäntöjä lihavuusleikkauspotilaiden kohdalla. Hoitopoluissa ja käytännöissä on jo tuolloin havaittu olevan huomattavia eroja ja kehityskohteiksi on ehdotettu käytäntöjen yhtenäistäminen eri sairaaloiden välillä. (Kumpulainen ym. 2009, 173.)

Tässä opinnäytetyössä hoitopolun tarkastelu aloitettiin siitä, kun lähete lihavuusleikkaukseen oli tehty ja päätettiin kaksi vuotta leikkauksen jälkeen hoidon siirtyessä perusterveydenhuollon piiriin. Tällä tavalla tarkastelun ajankohta rajattiin koskemaan vain erikoissairaanhoidon toimintaa. Kyselyä hoitopoluista lähetettiin usean eri sairaanhoitopiiriin ja vastauksia saatiin lihavuusleikkauspotilaiden hoitoon osallistuvilta ammattilaisilta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS), Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP), Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (EPSHP) ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) alueilta. Eri sairaanhoitopiirien vertailun tavoitteena oli saada laajempaa perspektiiviä tutkittavaan asiaan. Eri sairaanhoitopiirien hoitopolkuja vertailtiin taulukon avulla (liite 1), josta nostettiin merkittävimpiä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia tähän lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolku kappaleeseen.

4.1 Ennen leikkausta

Kaikkien sairaanhoitopiirien käytäntöihin kuuluu, että potilaat käyvät lihavuusleikkausarviossa sisätautilääkärillä ja ravitsemusterapeutilla. Lisäksi jokaisessa sairaanhoitopiirissä on mahdollisuus ohjata potilas tarvittaessa psykiatrin arviointiin. (Dahlström 2018; Terveyskylä 2018b; Gröndahl 2019; Jokelainen ym. 2019; Juurakko 2019.)

PSHP:n hoitopolun mukaan potilas etenee lähetteen saapumisen jälkeen esikäynnille Vatsakeskuksen poliklinikalle Tays Hatanpäälle. Poliklinikalla potilas tapaa kirurgin ja sairaanhoitajan sekä osallistuu viidelle potilaalle pidettävään ryhmäinfoon sekä yksilökäynnille. Esikäynnillä arvioidaan potilaan leikkauksekelpoisuus ja mikäli hän on soveltuva leikkaukseen, etenee potilas hoitopolun seuraavaan vaiheeseen eli leikkausjonoon. (Sulkava 2019.) Leikkausjonon pituus on noin 2-5 kuukautta (Krötzl 2019). Hoitotakuu velvoittaa järjestämään leikkauksen kuuden kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010). Potilaat saavat 6-8 viikkoa ennen toimenpidettä leikkauksutsun, jossa ilmoitetaan leikkaus-, esikäynti- ja laboratorioskäyntipäivä. Samalla kun hoidonsuunnittelija lähettää leikkauksutsun potilaalle, hän välittää potilaan tiedot myös ravitsemusterapeuteille. (Kekkonen 2019; Krötzl 2019.)

Ravitsemusterapeutit kutsuvat potilaat leikkausta edeltävälle käynnille erittäin niukkaenergistä eli ENE-dieettiä varten. Ravitsemusterapeutin käynnit ovat toteutettu useimmiten ryhmäkäynteinä. (Kekkonen 2019; Krötzl 2019.) ENE-dieetin kesto vaihtelee sairaaloittain kahdesta viikosta jopa 16:een viikkoon (Kumpulainen ym. 2009, 166). Pääsääntöisesti sairaanhoitopiirien ohjeellinen ENE-dieetin kesto on neljästä kahdeksaan viikkoa, riippuen kuinka hyvin paino on laskenut ruokavalion avulla. ENE-dieettiä noudatetaan leikkauspäivään saakka. (Dahlström 2018; Terveyskylä 2018b; Gröndahl 2019; Jokelainen ym. 2019; Juurakko 2019.) Tays Hatanpäällä potilaiden ENE-dieetti kestää pääsääntöisesti neljä viikkoa, mutta esimerkiksi potilaan painoindeksin ollessa yli 50 ENE-dieetin pituus on kuusi viikkoa (Kekkonen 2019; Krötzl 2019). VSSHP:n alueella ohjeistuksena on muista sairaanhoitopiireistä poiketen lopettaa ENE-dieetti viikkoa ennen leikkausta ja noudattaa viimeinen leikkausta edeltävä viikko postoperatiivista eli leikkauksen jälkeistä ruokavaliota (Gröndahl 2019).

Tays Hatanpäällä esikäynti eli leikkausta edeltävä käynti Leiko-24 -osastolla on noin kaksi viikkoa ennen toimenpidettä, jota ennen potilas on käynyt sovituisissa laboratoriotesteissä. Esikäynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja tarvittaessa anestesia- ja leikkauksenlääkäriä. Tarvittaessa potilailla on mahdollisuus tavata psykiatrinen sairaanhoitaja ennen toimenpidettä. (Kekkonen 2019; Krötzl 2019.)

Kaikissa tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä on käytössä ryhmäohjaus osana hoitopolkua. Yleisimmin ryhmäohjausta käyttävät ravitsemusterapeutit ja fysioterapeutit. (Dahlström 2018; Terveyskylä 2018a; Gröndahl 2019; Jokelainen ym. 2019; Juurakko 2019.) Ryhmäohjausta on hyödynnetty myös osana leikkaukseen liittyvissä yleisinfotilaisuuksissa (Terveyskylä 2018a; Juurakko 2019).

Muista sairaanhoitopiireistä poiketen HUS on kehitellyt lihavuusleikkauspotilaille nettihoitopolun, joka avataan potilaalle lähetteen hyväksymisen yhteydessä ja on käytössä aina vuoden leikkauksen jälkeen (Sammalkorpi 2019). Nettihoitopolulla on erilaisia kuvia, videoita, kyselyitä, potilasohjeita ja tehtäviä. Siellä on myös mahdollista seurata omia terveysarvoja. Verkossa olevan hoitopolun tarkoituksena on täydentää perinteisiä vastaanottopalveluita. (Terveyskylä 2019.)

4.2 Sairaalahoito

Lihavuuskirurgiassa noudatetaan *enhanced recovery after surgery*, lyhennettynä ERAS-ohjelmaa eli nopean toipumisen ohjelmaa (Painonhallintatalo 2019). ERAS-ohjelman tarkoituksena on optimoida potilaiden leikkaushoito niin, että sairaalassaoloaika on mahdollisimman lyhyt. Tämä toteutetaan muun muassa perusteellisella ohjauksella, mahdollisimman lyhyellä anestesiolla, mahdollisimman vähäisellä opioidien käytöllä, varhaisella mobilisaatiolla ja enteraalisen ravitsemuksen aloittamisella. (Hahl ym. 2016, 65.) ERAS-ohjelman mukaisesti hoidetuilla potilailla ei esiintynyt sen enempää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, kuin aiemman protokollan mukaisesti hoidetuilla sekä heidän sairaalajaksonsa olivat lyhyempiä (Loots ym. 2018, 27-28).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä leikkauksen jälkeen potilaat ovat yleensä osastolla hoidossa yhdestä kolmeen vuorokautta. Tänä aikana potilas tapaa fysio-

rapeutin, kertaa ruokavalion hoitajan kanssa sekä tarvittaessa tapaa diabeteshoitajan. (Kekkonen 2019; Krötzl 2019.) HUS:in käytäntönä on, että potilaat pääsääntöisesti kotiutuvat jo ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä (Sammalkorpi 2019). VSSHP:n alueella lihavuusleikkauspotilaat kotiutuvat aikaisintaan toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä (Gröndahl 2019).

4.3 Jatkohoito leikkauksen jälkeen

Käypä hoito -suositus ohjeistaa, että erikoissairaanhoidon yksikkö järjestää lihavuusleikkattujen seurantakäynnit vähintään vuoden ajan leikkauksen jälkeen. Seurantakäynteihin kuuluvat sisätautilääkärin, ravitsemusterapeutin sekä tarvittaessa kirurgin ja fysioterapeutin vastaanotot. Yleisimmin seurannat järjestetään 2-3, (6,) 12 ja 24 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Potilaalle pitää leikkauksen jälkeen suoda mahdollisuus tarvittaessa psykiatrin, psykologin tai psykoterapeutin säännöllisiin vastaanottoihin. (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020.)

Kirurgin tapaamisissa tai yhteydenotoissa on alueellisia eroja. PSHP:n käytännön mukaan leikkauksen jälkeen kirurgi soittaa noin kuuden viikon kuluttua potilaalle (Dahlström 2018). HUS:in ja EPSHP:in alueella potilas tapaa kirurgin noin kuukauden kuluttua leikkauksesta poliklinikkakäynnillä (Terveyskylä 2018c; Juurakko 2019). PPSHP on ohjelmoinut kirurgin kontrollin puolen vuoden päähän leikkauksesta (Jokelainen ym. 2019). VSSHP:n alueella lihavuusleikkauspotilaille on suunniteltu kirurgin kontrolli kaksi vuotta leikkauksen jälkeen (Gröndahl 2019).

Pirkanmaalla potilaiden käynnit ravitsemusterapeutin luona järjestetään 2, 6, 12 ja 24 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti pitävät ryhmäkäynnin. (Dahlström 2018.) Muiden sairaanhoitopiirien käytäntöjen mukaan suunniteltuja ravitsemusterapeutin kontakteja on leikkauksen jälkeisen kahden vuoden seuranta-ajan aikana kahdesta kuuteen. Eniten vaihtelua sairaanhoitopiirien välillä oli siinä, kuinka pian ensimmäinen tapaaminen ravitsemusterapeutin kanssa on. (Gröndahl 2019; Jokelainen ym. 2019; Juurakko 2019; Sammalkorpi 2019.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä sisätautien erikoislääkärin kontrollit ovat 3, 12 ja 24 kuukauden kuluttua, joita edeltävästi tarkastetaan aina verikokeet. Potilaalla on myös mahdollisuus sairaanhoitajan tukikäynteihin. Näiden käyntien jälkeen seuranta siirtyy perusterveydenhuoltoon. (Dahlström 2018.) Terveyskylä (2018c) ohjeistaa lihavuusleikkauspotilaita käymään sisätautilääkärin seurannoissa ensimmäisen vuoden ajan tiheämmin, 3-6 kuukauden välein. Tällä hetkellä HUS:in alueella sisätautilääkärin kontrollikäynnit järjestetään yhtäläisesti PSHP:n käytännön kanssa (Sammalkorpi 2019). VSSHP:ssä sisätautilääkärin ensimmäinen kontrolli on kolmen kuukauden kohdalla ja se toteutetaan puhelimitse. VSSHP:n alueella leikkauksen jälkeen ainoa sisätautilääkärin vastaanotokäynti on kuuden kuukauden kuluttua. (Gröndahl 2019.) EPSHP:ssä ja PPSHP:ssä potilaat käyvät vain yhden kerran sisätautilääkärin vastaanotolla vuoden kuluttua leikkauksesta (Jokelainen ym. 2019; Juurakko 2019).

Muista sairaanhoitopiireistä poiketen PPSHP:ssä järjestetään 4-6 kuukautta toimenpiteen jälkeen liikuntainfo liikuntafysiologin tai fysioterapeutin toimesta (Jokelainen ym. 2019). Poikkeuksena muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna EPSHP:ssä järjestetään psykologin ryhmäkäynti vuosi leikkauksen jälkeen (Juurakko 2019).

4.4 Yhteenveto hoitopoluista

Ennen leikkausta lähes kaikkien sairaanhoitopiirien kohdalla potilaat tapaavat samat ammattiryhmät. Se kuinka monesti ja missä vaiheessa hoitopolkua kyseiset käynnit järjestetään, vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitopolussa on huomattavasti enemmän käynnejä ja tapaamisia eri ammattiryhmien kanssa verrattuna monen muun sairaanhoitopiirin malliin. Poikkeuksellista oli VSSHP:n käytäntö, sillä siellä ei muista poiketen ollut lainkaan fysioterapeuttia nimettynä osaksi lihavuusleikkauspotilaan hoitopolkua.

Kaikissa sairaanhoitopiireissä korostui ravitsemusterapeutin rooli koko hoitopolun ajan. Potilaat tapaavat ravitsemusterapeuttia useammin kuin mitään muuta ammattiryhmää. Psykologin tai psykiatrin käynnejä ei ollut ohjelmoitu valmiiksi

hoitopolkuihin vaan ne olivat vain tarvittaessa käytettävissä, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta.

PSHP ja HUS olivat ainoat sairaanhoitopiirit, joissa lihavuusleikkauspotilaat saattoivat kotiutua jo ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, kun muissa sairaanhoitopiireissä hoitajaksot kestivät vähintään kaksi vuorokautta. Leikkauksen jälkeisten seurantakäyntien määrät ja ajankohdat vaihtelivat huomattavasti eri sairaanhoitopiirien välillä.

5 LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN TUESTA JA OHJAUksesta

Tutkimuksia lihavuusleikkauspotilaiden ohjauksen ja tuen tarpeista haettiin Medic-, Arto- CINAHL Complete (EBSCO)-, Ovid-, Medline-, Pubmed- ja Cochrane Library-tietokannoista. Käsitteet tarkistettiin MeSH-asiasanastosta. Tutkimuksia haettiin tietokannoista hakutermeillä: lihavuusleikkaukset, mahalaukun ohitusleikkaus, neuvonta, hoitopolku, hoitoketju, hoitopolut, palveluketju, critical pathway, clinical pathway, surgery, operative, bariatric surgery, sleeve gastrectomy, weight loss surgery, counseling, counceling, gastric bypass, operating room information systems. CINAHL Complete:ssa hakuja tehtiin myös nursing protocols ja nursing care plans hakutermeillä, jotka löytyivät CINAHL Completen omilla asiasanoilla. Hakutermejä yhdisteltiin boolean operaattoreilla AND ja OR.

Tutkimuksia haettiin vuosilta 2008–2020 suomen ja englannin kielellä. Mukaan otettiin niitä vertaisarvioituja tutkimuksia, joista oli koko teksti saatavilla. Edellisten lisäksi tutkimustietoa on haettu manuaalisesti. Tutkimushaku aloitettiin vuoden 2018 syksyllä, jolloin tehtiin ensimmäinen laajempi tutkimushaku. Viimeisimmät, laajemmat tutkimushaut tehtiin joulukuussa 2019 ja tammi-helmikuussa 2020. Näiden lisäksi aiheeseen liittyviä tutkimuksia haettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tässä opinnäytetyössä hyödynnetyt aiheeseen liittyvät aiemmat tutkimukset on koottu taulukkoon (liite 2).

5.1 Välittömät leikkauksen jälkeiset tiedon tarpeet

Potilaat toivoivat tietoa ja ohjausta normaalista kivusta, kivun laadusta ja mihin olla yhteydessä, jos kivun kanssa ei pärjää kotona (Rekola ym. 2013, 35). Välittömästi leikkauksen jälkeisestä kivusta ja liikkeelle lähdön haasteellisuudesta olisi toivottu puhuttavan edeltävästi (Häggman-Laitila, Mattila & Rekola 2012, 256). Leikkaushaavojen hoidosta ja infektion merkeistä toivottiin tarkempaa ohjausta. Haavojen hoitoon kaivattiin harjoitusta jo sairaalassa ollessa. (Häggman-Laitila ym. 2012, 248; Rekola ym. 2013, 36.) Lihavuusleikkauspotilaita yllätti

leikkauksesta aiheutuneiden sivuvaikutusten voimakkuus ja yleinen kokemus oli, ettei niistä kerrottu riittävästi leikkausta edeltävästi (Anttila ym. 2009, 133).

Lääkehoidon osalta haluttiin ohjausta kipulääkityksestä, perussairauden lääkeytyksen jatkohoidosta ja kenellä on vastuu leikkauksen jälkeen resepteistä ja lääkehoidosta. Kustannuksiin liittyvää ohjausta haluttiin esimerkiksi Kelakorvauksista. Ohjausta haluttiin myös korjausleikkauksista ja niiden kustannuksista, mahdollisista komplikaatioista ja niistä johtuvista sairauspoissaoloista. (Rekola ym. 2013, 40.) Välttämättömänä pidettiin tukiverkoston merkityksen korostamista. Myös muiden ihmisten keskuudessa vallitsevasta negatiivisesta mielipiteestä lihavuusleikkauksia kohtaan toivottiin keskustelua leikkausta edeltävästi. (Owers, Halliday, Saradjian & Ackroyd 2017, 122–123.)

5.2 Leikkauksen tuomat muutokset päivittäiseen arkeen

Ennen leikkausta potilaat toivoivat tietoa ja ohjausta liittyen ruokailu- ja juomatottumuksiin. Ohjausta kaivattiin sopivasta ruuan laadusta ja miten ruokavaliota käytetään töissä sekä kodin ulkopuolella erilaisissa tilaisuuksissa. He toivoivat myös ohjausta annoskoosta, vitamiinien ja ravintoaineiden riittävästä saannista sekä tietoa dumping-oireista ja syömiseen liittyvästä pahoinvoinnista. (Häggman-Laitila ym. 2012, 255; Rekola ym. 2013, 36.) Käytännön vinkkejä kaivattiin enemmän esimerkiksi ravintolassa syömiseen (Owers ym. 2017, 123).

Päivittäisessä arjessa potilaat halusivat ohjausta liikuntaan liittyvistä asioista. (Rekola ym. 2013, 36). Myös imeytymishäiriöistä sekä hiusten, hampaiden ja kynsien kunnon heikkenemisestä kaivattiin enemmän tietoa. (Rekola ym. 2013, 36; Owers ym. 2017, 122.) Monet mainitsivat, että lihavuusleikkauksen myötä mahdollinen riippuvuussuhde ruokaa kohtaan saattoi vaihtua esimerkiksi päihderiippuvuudeksi. Riippuvuutta esiintyi myös vaatteisiin, liikuntaan sekä seksiin. Riippuvuuksien tunnistamiseen sekä avun hakemiseen kaivattiin tukea jo leikkausta edeltävästi. (Owers ym. 2017, 123.)

5.3 Minäkuva ja parisuhde

Ennen ja jälkeen leikkauksen potilaat kokivat tuen tarpeita oman kehon muutosten ja uuden keho- ja minäkuvan vuoksi, tunnereaktioiden käsittelyyn sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyviin muutoksiin (Häggman-Laitila ym. 2012, 255; Rekola ym. 2013, 36). Oman kehon positiivisen muutoksen myötä minäkuvan hyväksyminen oli vaikeaa. Kehon muuttuessa lyhyessä ajassa ei mieli pysy muutoksessa mukana ja oma keho nähtiin edelleen lihavana. (Häggman-Laitila ym. 2012, 255.) Laihtumisen myötä monet potilaat tunsivat itsensä aiempaa haavoittuvaiseksi ja erilaisten pelkojen ja heikkouksien tulevan paremmin esiin (Anttila ym. 2009, 135). Ohjausta toivottiin myös ihmisten väliseen kanssakäymiseen. Tukea ja ohjausta kaivattiin myös oman vastuun hahmottamiseen, leikkauksen jälkeisen elämäntavan muutoksiin ja heidän oman roolin tukemista tulosten saavuttamiseksi. (Rekola ym. 2013, 36, 40.)

Lihavuusleikkaus vaikuttaa myös mahdolliseen parisuhteeseen ulkonäön muutoksen, lisääntyneen aktiivisuuden ja itseluottamuksen kohentumisen myötä. Pariskuntia usein huolettaa eron todennäköisyyden lisääntyminen lihavuusleikkauksen jälkeen, vaikka tutkimuksen mukaan yli puolet pariskunnista on aiempaa tyytyväisempiä parisuhteeseensa puolison lihavuusleikkauksen jälkeen. Oleellista on, että potilaan puoliso on saanut riittävästi tietoa lihavuusleikkauksen vaikutuksista. Todennäköistä on, että lihavuusleikkauksen myötä parisuhteessa tulee vastaan uusia haasteita. Tämä vuoksi on tärkeää, että lihavuusleikkauksen tuomista muutoksista keskustellaan avoimesti jo leikkausta edeltävästi. (Applegate & Friedman 2008, 137-141.) Bruzen ym. (2018) mukaan lihavuusleikkauksen myötä naimattomat solmivat uusia parisuhteita tai avioliittoja ja naimisissa olevat erosivat verrokkiryhmää todennäköisemmin. Suurempi painonpudotus oli yhteydessä todennäköisyyteen luoda uusia parisuhteita, kun taas erojen määrään sillä ei ollut vaikutusta (Bruze 2018).

Monille lihavuusleikkauksiin hakeutuville raskaaksi tulemisen todennäköisyyden parantaminen voi olla yksi keskeisimmistä syistä hakeutua leikkaukseen (Jatlaoui ym. 2016, 459). Lihavuusleikkauksen jälkeen suositellaan vältettävän raskaaksi tulemistä 18 kuukauden ajan leikkauksen jälkeen. Pietiläinen ym. (2015, 257) teoksessa raskautta suositellaan aikaisintaan 1–1,5 vuotta toimenpiteestä.

Tällä pyritään varmistamaan, ettei sikiön kehitys häiriinny voimakkaan painonpudotuksen myötä. Kuitenkin jopa 4 % yhdysvaltalaisista lihavuusleikatuista naisista yrittää aktiivisesti tulla raskaaksi ensimmäisen puolentoista vuoden aikana ja yli 40 % on ollut suojaamattomassa sukupuoliyhdyntänsä. Tärkeää onkin, että ehkäisyneuvonta kuuluu yhtenä osana lihavuusleikkauspotilaiden preohjaukseen. (AHC Media 2017, 1–2.)

Terveystieteiden ammattilaisten kokemusten mukaan paras hetki keskustella ehkäisystä on ennen leikkausta. Lisääntymisterveyden koetaan olevan tärkeä aihe ottaa puheeksi etenkin naispotilaiden kohdalla. Vaikka suurin osa kokee aiheen luontevaksi, vain osa ammattilaisista ottaa aktiivisesti puheeksi lisääntymisterveyteen liittyvät asiat ohjauksikäynnillä. Lisääntymisterveyden näkökulmasta erityisesti kaivataan aiempaa tiiviimpää yhteistyötä gastrokirurgien, gynecologien sekä perusterveydenhuollon lääkärin välillä. (Jatlaoui ym. 2016, 457, 461.)

5.4 Tuki lihavuusleikkausprosessin aikana

Useissa tutkimuksissa on osoitettu ryhmäohjauksella tai vertaistukiryhmiin osallistumisella olevan positiivisia vaikutuksia painonpudotukseen lihavuusleikkauspotilailla (Orth ym. 2008, 393; Aguilera ym. 2014, 459; Livhits ym. 2011, 145). Aguilera ym. (2014, 456) mukaan useampi ryhmäohjaukselta oli yhteydessä suurempaan painonpudotukseen. Vertaistukiryhmissä potilaat johtivat keskustelua esittäen mielenkiintoisia aiheita, vaikka vertaistukiryhmän virallisina johtajina toimivat kirurgi, sairaanhoitaja ja ravitsemusterapeutti. (Aguilera ym. 2014, 456.) Toisaalta Lierin, Biringerin, Stunbhaugin & Tangen (2012, 341) tutkimuksen mukaan ryhmäohjaus ei ollut yhteydessä parempiin laihdutustuloksiin.

Tukiryhmiä on järjestetty sekä verkossa että kasvokkain. Ryhmissä kasvokkain tavanneet arvioivat oman elämänlaadun fyysisesti ja henkisesti paremmaksi kuin verkossa osallistuneet. (Häggman-Laitila ym. 2012, 257.) Samansuuntaisia tuloksia oli Aguilera ym. (2014, 458) tutkimuksessa, josta kävi ilmi, että parempia tuloksia saatiin esimerkiksi liikunnan lisäämiseen ajallisesti ja painonpu-

dotukseen ohjausryhmillä verrattuna ryhmään, joka oli saanut ohjeet vain paperisena.

Lihavuusleikkauspotilaiden vertaistukiryhmät ja sairaalan valmennusryhmät koettiin hyvinä. Vertaistukea kaivattiin lisää lihavuusleikkausprosessiin. Suurin rooli vertaistukiryhmillä nähtiin olevan leikkauksesta toipumisessa, jonka aikana ryhmistä koettiin saavan tietoa. Toisaalta vertaisryhmät koettiin myös painostavaksi niissä tilanteissa, kun toiminta alkoi ulottua liian monelle elämäntilanteelle. Tietoa haettiin myös internetistä, kuten lihavuusleikkattujen potilasjärjestön sivuilta ja kirjoista sekä lihavuusleikkauksia käsittelevistä radio- ja televisio-ohjelmista. (Anttila ym. 2009, 136; Rekola ym. 2013, 36; Häggman-Laitila ym. 2012, 256.) Osa potilaista koki, ettei heillä ollut tietoa mistä tukea olisi voinut saada (Rekola ym. 2013, 36).

Psykologisen tuen merkitystä pidettiin yhtenä merkittävimmistä, mutta usein unohdettuna hoidon osana. Tuen huonompi saatavuus vaikutti joillakin tutkimukseen osallistuneilla negatiivisesti leikkaustuloksiin tai leikkauskokemukseen. (Sharman ym. 2015, 35.) Tutkimuksesta riippuen tuen tarve koettiin suurimmaksi yhdestä kolmeen kuukauteen (Rekola ym. 2013, 40) tai vuosi (Sharman ym. 2015, 44) leikkauksen jälkeen.

6 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

Kun ilmiöstä tiedetään enimmäispäästä vain vähän ja lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote soveltuvin. Sen tarkoituksena ei ole luoda yleistyksiä vaan kuvata ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä syvällisemmin. Laadullisen tutkimuksen pyrkimys on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja löytää tosiasioita eikä tuoda esille jo olemassa olevia totuuksia. (Kananen 2012, 29; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää mahdollisimman syvällisen ja kattavan kuvan saamiseksi tutkittavasta aiheesta. Lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia hoitopoluista ja saamastaan ohjauksesta ja tuesta on tutkittu vähäisesti, joten laadullinen lähestymistapa katsottiin sopivimmaksi.

Tutkimusprosessi aloitetaan huolellisen tutkimussuunnitelman teosta, joka luo laajan pohjan tutkittavalle aiheelle sekä auttaa jäsentämään aikataulua. Tutkimuslupa tarvitaan useimmiten tutkimusluvan saamista varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 85.) Tässä opinnäytetyössä tutkimussuunnitelma laadittiin vuosien 2018 ja 2019 vaihteessa, jonka jälkeen se hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla maaliskuussa 2019. Kirjallinen opinnäytetyösopimus tehtiin LILE ry:n edustajan kanssa keväällä 2019.

6.1 Aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on tarkoituksenmukaisin silloin, kun halutaan tietää mitä ihminen ajattelee. Haastattelussa haastattelija esittää kysymyksiä sekä kirjoittaa haastateltavan vastaukset ylös. Haastattelu mahdollistaa kysymyksen toistamisen, väärinkäsitysten korjaamisen tai lisäkysymysten esittämisen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84–86.) Teemahaastattelussa haastattelun aiheet pohjautuvat aiempiin tutkimustuloksiin sekä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Haastattelussa aihepiirit ovat jo etukäteen tiedossa, mutta järjestys niiden käsittelyssä on vapaa. Haastatteluun valikoidaan henkilöitä, joilla on

omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Flick 2006, 155–156; Hirsjärvi & Hurme 2008, 47; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87.)

Tässä opinnäytetyössä haastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska sen avulla saadaan syvällistä tietoa potilaiden omakohtaisista kokemuksista tutkittavasta aiheesta. Haastateltavat rekrytoitiin LILE ry:n suljetun Facebook-ryhmän kautta. Koska laadullisessa tutkimuksessa ei ole tavoitteena päästä yleistyksiin, ei tutkittavia valita sattumanvaraisesti vaan valitaan harkiten niitä, joilla on mahdollisimman hyvin kokemusta tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 67). Tarkoituksena oli saada haastateltavaksi niitä henkilöitä, joille oli tehty lihavuusleikkaus Tays Hatanpäällä edellisen vuoden aikana. Näin pyrittiin varmistamaan, että haastateltavilla olisi hoitopolkuun ja saamaansa ohjaukseen sekä tukeen liittyvät asiat mahdollisimman hyvin muistissa.

Rekrytoinnin tueksi laadittiin tiedote tutkimuksesta (liite 3) ja tutkittavan suostumuslomake (liite 4). Tavoitteena oli saada kahdeksan haastateltavaa. Haastattelut valittiin toteutettavaksi yksilöhaastatteluina, joka on sopivin silloin kun käsiteltävä aiheet ovat arkoja ja henkilökohtaisia ja jolloin on todennäköisempää, etteivät osallistujat halua keskustella asioista ryhmässä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 123).

Koska haastateltavia oli alkuun haastavaa löytää, hyväksyttiin haastatteluihin myös ne, joiden leikkauksesta oli kulunut enemmän aikaa kuin yksi vuosi. Lopulta haastateltavia saatiin yhteensä seitsemän kappaletta. Haastattelijana toimi jompikumpi opinnäytetyön tekijöistä, toinen haastatteli yhteensä kolmea ja toinen neljää lihavuusleikattua. Tähän ratkaisuun päädyttiin aikataulullisista syistä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin sanelimen avulla. Haastatteluiden nauhoittaminen mahdollistaa, että tarvittaessa analyysivaiheessa tutkijoiden on mahdollista palata alkuperäiseen aineistoon (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2017, 127).

Teemahaastattelussa määritellään keskeiset käsiteltävät teemat tarkkojen haastattelukysymysten sijaan (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66; Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori 2017, 21). Teemahaastattelussa keskitytään enemmän teemojen

läpikäyntiin ja siitä puuttuvat tarkat kysymykset. Haastattelijalla on tukilista, muttei valmiita kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Valli & Aaltola 2015, 29; Hirsjärvi ym. 2009, 208). Teemahaastattelurunko luovaa ideointia käyttäen voi olla vaillinainen, jos teemat muokataan vain intuition pohjalta. Myös jäntevän analyysin tekeminen voi olla vaikeaa teoreettisten kytkentöjen puuttuessa. (Valli & Aaltola 2015, 35.) Haastattelun tavoitteena on keskustelu, mutta joskus vastausten saamisen eteen joutuu tekemään paljon työtä. Tällöin on hyvä olla valmiita kysymyksiä. (Valli & Aaltola 2015, 36).

Tässä opinnäytetyössä haastatteluissa hyödynnettiin teemahaastattelurunkoa (liite 5), joka laadittiin aiemmista tutkimuksista nousseiden teemojen pohjalta. Haastatteluissa käytiin kaikki teemarungon aiheet läpi, mutta järjestys oli vapaa ja keskustelunomainen. Haastattelurunkoa testattiin ensimmäisessä haastattelussa ja se todettiin toimivaksi, jonka seurauksena myös kyseinen haastattelu otettiin mukaan tutkittavaan aineistoon. Teemarunkoon oli jaoteltu käsiteltävät teemat tutkimuskysymysten mukaan helpottamaan tiedon jäsentämistä. Haastatteluja toteutettiin yhteensä seitsemän kappaletta, joista kaksi toteutettiin kasvotusten ja loput viisi puhelinhaastatteluina. Haastateltaville annettiin mahdollisuus valita, kuinka haastattelut toteutetaan. Haastattelut ehdotettiin ensisijaisesti toteutettavaksi kasvotusten, jolloin eleitä ja ilmeitä olisi voinut tulkita. Kuitenkin osittain maantieteellisistä tai aikataulullisista syistä suurin osa haastateltavista toivoi haastattelut toteutettavan puhelimitse.

Haastattelijan tulee ottaa haastateltavan näkökulma huomioon haastattelupaikkaa valittaessa. (Valli & Aaltola 2015, 30). Haastatteluun osallistumisen motivaatioon voi vaikuttaa erilaiset seikat kuten halu tuoda mielipiteensä esille, halu kertoa omista kokemuksista tai toive, että omat kokemukset voivat auttaa toisia samassa tilanteessa olevia. Myös aikaisemmat onnistuneet tutkimusosallistumiset voivat lisätä motivaatiota osallistumiseen. (Valli & Aaltola 2015, 29). Haastattelutilanne on vuorovaikutusta, jossa aloitus luo tunnelman ja luottamuksen, perustan haastattelulle. On tärkeää kohdata ihminen ihmisenä ja aloittaa tapaaminen epävirallisella keskustelulla eli niin sanotulla esipuheella. Haastattelijan olisi toivottavaa kertoa vähän itsestään, tutkittavasta aiheesta sekä käydä rekrytointikuvaus läpi vielä kertaalleen. Sopimustiedoista keskustellaan vielä

mahdollisimman epäviralliseen sävyyn. (Hyvärinen ym. 2017, 39; Valli & Aaltola 2015, 32.)

Maantieteellinen etäisyys on yksi keskeinen syy puhelinhaastattelun tekemiselle. Puhelimitse tapahtuva haastattelu ei vaadi niin paljoa valmisteluita kuin kasvokkain tapahtuva haastattelu. Kasvokkain tapahtuvaan haastatteluun pitää valmistautua muun muassa suunnitteleamalla, miten pukeutuu haastattelutilanteeseen. Osa haastateltavista voi pelätä tutkijan arvioivaa katsetta ja jopa kieltäytyä sen vuoksi haastattelusta. Puhelinhaastattelu sopii hyvin muun muassa sensitiivisiin aiheisiin, esimerkiksi terveysaiheisiin, anonymiteettinsä vuoksi. (Hyvärinen ym. 2017, 271–272.)

Tämän opinnäytetyön haastatteluita sovittaessa kysyttiin haastateltavan toivetta haastattelupaikalle, jonka mukaan haastattelutilanteet järjestettiin. Toinen kasvotusten toteutetuista haastatteluista tehtiin autossa kaupan pihassa ja toinen haastateltavan työpaikalla neuvotteluhuoneessa. Ennen virallista haastattelun aloitusta haastateltavien kanssa keskusteltiin muun muassa opinnäytetyön aiheesta ja haastattelijat kertoivat itsestään ja taustoistaan, jotta saatiin luontevampi vuorovaikutus haastateltavien ja haastattelijan välille. Haastateltaville myös kerrottiin vielä lyhyesti haastattelun kulusta sekä haastattelun nauhoituksesta.

Tutkittaville lähetettiin tiedote tutkimuksesta (liite 3) sekä tutkittavan suostumuslomake (liite 4) tutustuttavaksi ennen haastatteluun suostumista. Suostumuslomakkeet allekirjoitettiin haastateltavan ja haastattelijan toimesta haastattelutilanteen yhteydessä. Puhelinhaastatteluiden yhteydessä haastateltaville lähetettiin suostumuslomake, jonka he tulostivat ja lähettivät allekirjoitetun version sähköpostitse opinnäytetyön tekijöille. Suostumukset, haastatteluaineistot sekä tutkittavien tiedot säilytettiin lukollisessa paikassa, jonne vain opinnäytetyön tekijöillä oli pääsy. Henkilötietoja sisältäviä aineistoja käsiteltiin luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön mukaisesti. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen julkaisupäivästä seuraavana päivänä tietosuojalain mukaisesti (Tietosuojalaki 2018; Tietosuojavaltuutetun toimisto n.d.).

Tuomi & Sarajärvi (2018, 85–86) pitävät hyvänä asiana lähettää tutkimuskysymykset haastateltavalle etukäteen, jotta haastateltava voi tutustua niihin ennen haastattelua ja saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Hyvärinen ym. (2017, 38) pitävät tätä ohjetta kohtalokkaana. Heidän mielestään se vaikuttaa haastatteluun tuhoisasti estäen reagoivan haastattelun, jos haastateltava antaa vain kysymyksiin vastauksia (Hyvärinen 2017, 38). Tässä opinäytetyössä haastateltaville lähetettiin etukäteen teemarunko tutustuttavaksi, jotta he pystyisivät etukäteen miettimään tutkittavia teemoja. Tällä pyrittiin varmistamaan mahdollisimman monipuoliset vastaukset.

Hyvän haastattelijan ominaisuuksiin kuuluu kuuntelu ja sen osoittaminen haastateltavalle. Haastateltavalle pitää haastattelun aikana antaa vähintään minimipalautetta sanomalla ”joo” tai nyökyttelemällä. Haastattelijan pitää osoittaa kunniotusta ja kiitosta haastateltavalle, koska haastateltava on antanut omaa aikaansa ja kokemuksensa tutkimuskäyttöön. Haastateltavaa ei saa arvioida tai tuomita eikä kehuakaan sen paremmin. Haastateltavalle annetaan tilaa vastata ja otetaan kiinni tärkeistä asioista pyytämällä tarkennusta aiheesta. Haastattelijan luonteva osallistuminen sietämällä myös hiljaisuutta antaa haastateltavalle mahdollisuuden syventää itse vastaustaan. Haastattelun lopuksi haastateltavaa on hyvä muistuttaa, että on antanut aineiston tutkijan käyttöön. (Hyvärinen ym. 2017, 30–32.)

Kasvotusten tehtyjen haastatteluiden yhteydessä kuuntelun osoittaminen elein, kuten nyökkäämällä oli kohtalaisen helppoa ja luontevaa. Puhelinhaastatteluisa edellä mainittu osoittautui haastavammaksi, kun katsekontaktia haastateltavaan ei ollut. Haastattelijat kokivat, että myöntävät ja mukailevat äänneet mahdollisesti haittasivat nauhoitusta ja tekivät siitä epäluotettavan, jonka vuoksi puhelinhaastatteluissa ne pyrittiin pitämään mahdollisimman vähäisinä. Haastateltaville mainittiin haastattelun yhteydessä ennen nauhoituksen aloittamista, että haastattelija pyrkii tarkoituksenmukaisesti olemaan mahdollisimman hiljaa vastausten aikana antaen haastateltavalle tilaa ja aikaa muotoilla ajatuksiaan.

Aloittelevalla tutkijalla voi tulla virheitä muun muassa siinä, että hän keskittyy papereiden selailuun tai kysymysten esittämiseen, jolloin kuuntelu voi jäädä vähemmälle. Aloittelevan tutkijan ääni voi olla jännittynyt, hän voi punastella tai

hikoilla tai hän voi olla kömpelö aiheiden käsittelyssä, siirtymissä, aloituksessa tai lopetuksessa. Hän saattaa kysyä uudelleen asian, minkä haastateltava on jo kertonut ehkä hieman eri sanoin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 124–125.) Kumpiin opinnäytetyön tekijöistä ei ollut haastatellut tutkimusta varten aikaisemmin, minkä seurauksena on mahdollista, että haastattelun toteuttamiseen keskittyminen on häirinnyt tilannetajua ja tarttumista täydennystä kaipaaviin asioihin.

6.2 Aineiston analyysi

Haastatteluista saatu nauhoitettu aineisto muutetaan tekstiksi eli litteroidaan (Hyvärinen ym. 2017, 427; Valli & Aaltola 2015, 42). Sisällönanalyysissä analysoidaan haastattelussa puhuttuja sisältöjä, jolloin usein litteroidaan kaikki puhuttu sanatarkasti (Hyvärinen ym. 2017, 430). Litteroitaessa huolehditaan, ettei kirjoitetusta tekstistä ole mahdollista tunnistaa yksittäistä henkilöä eli aineisto anonymisoidaan (Hyvärinen ym. 2017, 438). Litteroinnissa kannattaa miettiä, onko valinnut sopivan litterointitarkkuuden ja miten perustelee sen (Hyvärinen ym. 2017, 448).

Haastatteluaineisto litteroitiin aina mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, jotta käyty keskustelu olisi vielä mahdollisimman hyvin muistissa. Litteroinnin teki aina sama henkilö, joka oli ollut haastattelussa mukana. Toinen opinnäytetyön tekijöistä kuunteli ja tarkasti toisen litteroidun aineiston, jolla pyrittiin minimoimaan mahdolliset virheet. Nauhoitettua aineistoa oli yhteensä 3 tuntia 43 minuuttia. Litteroitua aineistoa kertyi seitsemästä haastattelusta yhteensä 61,5 sivua, fonttina Calibri, fonttikokona 11 ja rivinvälinä 1. Litterointiin käytettiin yhteensä aikaa 60 tuntia 12 minuuttia. Litterointi päätettiin toteuttaa sanatarkasti, jotta haastateltavien vastauksista ei muuttuisi mikään. Litteroituun tekstiin kirjoitettiin myös tauot, naurahdukset ja muut vastaavat äänet omilla koodeillaan tuomaan haastattelun tunnelman esiin mahdollisimman hyvin kirjoitettuun tekstiin. Haastatteluaineistot koodattiin numeroilla haastatteluiden ajankohdan mukaan niin, että ensimmäinen haastattelu oli haastattelu numero yksi ja viimeinen numero seitsemän.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta muodostetaan teoreettinen kokonaisuus ilman aiemman teorian ohjausta. Sen tarkoituksena on saada vastaus tutkittavaan ilmiöön tiivistetysti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä puhutaan aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä, ala-, ylä-, pää- ja yhdistävien luokkien muodostamisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108, 114, 117.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, koska tarkoituksena oli tuoda esiin potilaiden kokemusten perusteella merkitykselliset kokonaisuudet. Opinnäytetyön analyysi päättyi yläluokkiin. Systemaattisessa analyysissä kerrotaan analyysia ohjaavat periaatteet, matkan varrella tehdyt valinnat rajauksineen (Ruusuvuori ym. 2010, 27). Tässä opinnäytetyössä on pyritty raportoimaan kaikki analyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti ja perusteellamaan tehdyt rajaukset ja valinnat.

Sisällönanalyysissä aineisto käydään järjestelmällisesti läpi luokittelemalla aineisto keskeisten käsitteiden, tutkimusongelman ja lähtökohtien määrittämällä tavalla (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 18). Teemahaastattelussa aineiston voi jaotella teemoittain ja analysoida aina yksi teema kerrallaan (Valli & Aaltola 2015, 43). Litteroitu aineisto tulostettiin ja käytiin molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta yhdessä läpi. Aineisto värikoodattiin teemoittain.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Redusoinnilla tarkoitetaan tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaisen tiedon karsimista pois joko tietoa tiivistämällä tai pilkkomalla osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Aineistosta teemoittain värikoodatut ilmaisut pelkistettiin tiivistämällä. Pelkistetyt ilmaisut vietiin erilliseen tiedostoon listamuotoon niin, että jokaisen pelkistetyn ilmauksen pystyi jäljittämään alkuperäiseen ilmaukseen joko haastattelun numerokoodin tai värikoodin perusteella.

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaisut jaotellaan joko samankaltaisuuksien tai eroavaisuuksien perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Erilliseen tiedostoon kootut värikoodatut pelkistetyt ilmaukset tulostettiin ja leikattiin erilleen. Kaikki pelkistetyt ilmaukset leviteltiin pitkälle pöydälle satunnaiseen järjestykseen. Molemmat opinnäytetyön tekijät tarkastelivat pelkistetyksiä alkuun itsenäisesti ja tämän jälkeen yhdessä. Pelkistetyt ilmaukset jaoteltiin samankaltaisuuksien mukaan, mikä tuntui luontevammalle tavalle kyseisen aineiston

ryhmittelyyn. Ryhmittely tehtiin siirtämällä konkreettisesti samankaltaisia ilmauksia sisältävät paperilaput omiin pinoihin. Ryhmittelyn jälkeen jokainen pino käytiin yksitellen läpi, jotta varmistuttiin sisällön yhtäläisyydestä sekä siitä, että ilmaisut olivat oleellisia tutkimuskysymyksen kannalta.

Ryhmittelyn tuloksena syntyneet, samankaltaiset ryhmät muodostavat alaluokat ja niille annetaan yhdistävä nimi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Jokaisesta pinosta muodostui oma alaluokka, joka nimettiin yhdistävän tekijän mukaan. Alaluokista muodostettiin edelleen uusia ryhmiä yhdistävien tekijöiden mukaan muodostaen yläluokat. Ryhmittelyn sekä ala- ja yläluokkien muodostuksessa hyödynnettiin post it -lappuja sekä värillisiä kyniä. Sisällönanalyysin vaiheet vietiin taulukkomuotoon, jossa on näkyvillä esimerkkejä alkuperäisilmaisuista, pelkistetyt ilmaukset, alaluokat ja yläluokat (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki analysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"...kun käytiin vasta siellä ravintoterapeutilla ni oli hirveen niinku epäselvää semmonen et, et, et, koska mahdollisesti et miten tää niinku eteni tavallaan sitte niinkun kyllä se kerrottiin mitä vaiheita tähän kuuluu mut semmosta niinku aikataulullista etenemistä ni ei ei saanu."	Kerrottiin prosessin vaiheista mutta ei aikataulullisesta etenemisestä(1)	Hoitopolun aikataulutus	Hoitopolun toimivuus
"se on niinku hyvin hiottu sellanen kone mikä läh-ku se lähtee liikkeelle ni sit ei tarvii paljo itte funtsii että mitä tapahtuu"	Hoitopolku/prosessi on kuin hyvin hiottu kone, kun se lähtee liikkeelle, niin asiat etenee itsestään(3)	Prosessin sujuvuus	
"semmonen pieni epäselvyys tuntu olevan ja mä luulen että mun osalta se johtu ainaki siitä että sillonhantuolla Tampereella just nää leikkaukset siirty keskussairaalasta Hatanpäälle ... prosessin kuluessa ni siellä ne oli vissiin vähän ittekki sillaj ettei ne ollu kaikki asiat ihan kristallin kirkkaita"	Prosessin kuluessa ammattilaisilla ei asiat niin kristallin kirkkaita(1)	Tiedon kulku	

7 TULOKSET

Tutkimustulokset on esitetty tutkimustehtävittäin. Alla olevassa kuviossa 4 kuvataan tutkimustulosten yhdeksän yläluokkaa sekä niihin sisältyneet alaluokat.

Yläluokat ➤ Alaluokat		
Hoitopolun toimivuus <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoitopolun aikataulutus ➤ Prosessin sujuvuus ➤ Tiedon kulku 	Ohjausmuodot <ul style="list-style-type: none"> ➤ Yksilöohjaus ➤ Ryhmäohjaus ➤ Suullinen ohjaus ➤ Kirjalliset ohjeet ➤ Ulkopuoliset tiedonlähteet 	Konkreettiset tuen tarpeet <ul style="list-style-type: none"> ➤ Läheisten huomioiminen prosessissa ➤ Muutosten käsittely ➤ Psykkisen tuen tarjoaminen ➤ Leikkauksesta kertominen läheisille
Terveydenhuollon ammattilaisten toiminta <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ammattilaisten tapaamisten määrä ➤ Yhteydenotot ammattilaisiin ➤ Ristiriitaiset odotukset ammattilaisten tapaamisesta ➤ Uuden ammattiryhmän tarve 	Kokemukset ohjaustilanteesta <ul style="list-style-type: none"> ➤ Positiiviset kokemukset ohjauksesta ➤ Negatiiviset kokemukset ohjauksesta ➤ Ilmapiiri ➤ Toiveita ohjaukseen 	Itse muodostettu tukiverkosto <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vertaiset ➤ Ystävät ja perhe
Yksilöllinen hoito <ul style="list-style-type: none"> ➤ Potilaan taustojen huomioiminen ➤ Vaikuttavuuden seuranta mittausten avulla 	Painonpudotus <ul style="list-style-type: none"> ➤ Leikkausta edeltävä ruokavalio ➤ Leikkauksen jälkeinen ruokavalio ➤ Keho- ja minäkuvan muutos 	Ammattilaisten järjestämä tuki <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ammattilaisten tarjoama henkinen tuki ➤ Tapaamisten paikka ja ajankohta

KUVIO 4. Tutkimustulosten yläluokat ja alaluokat

7.1 Kokemukset hoitopolun toimivuudesta

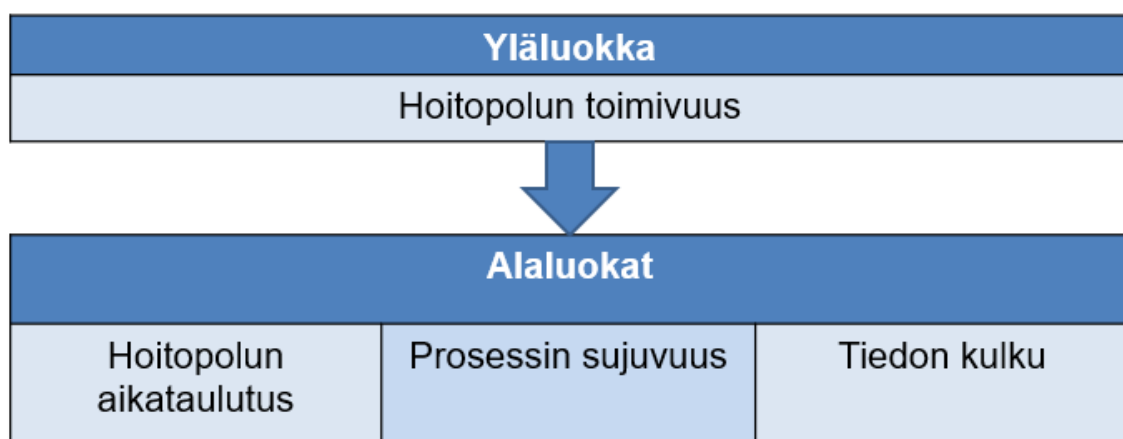
Lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksista nousi kolme erilaista hoitopolun toimivuuteen liittyvää teemaa, joista muodostuivat yläluokat *hoitopolun toimivuus*, *terveydenhuollon ammattilaisten toiminta* ja *yksilöllinen hoito* (kuvio 5). Nämä luokat vastaavat ensimmäiseen tutkimustehtävään.

Yläluokat		
Hoitopolun toimivuus	Terveysthuollon ammattilaisten toiminta	Yksilöllinen hoito

KUVIO 5. Ensimmäiseen tutkimustehtävään vastaavat yläluokat

7.1.1 Hoitopolun toimivuus

Yläluokasta hoitopolun toimivuus muodostuivat alaluokat *hoitopolun aikataulutus*, *prosessin sujuvuus* ja *tiedon kulku* (kuvio 6). *Hoitopolun aikataulutukseen* sisältyy kokemukset hoitopolun aikataulusta sekä siitä, kuinka oikea-aikaisesti ammattilaisten tapaamiset sijoittuvat hoitopolun varrelle. Alaluokka *prosessin sujuvuus* kuvaa, kuinka sujuvana potilaat ovat kokeneet hoitopolun. *Tiedon kulku* sisältää potilastietojen siirtymisen ammattilaisten välillä ja kuinka potilasta on tiedotettu prosessin aikana.



KUVIO 6. Yläluokka hoitopolun toimivuus alaluokkineen

Hoitopolun aikataulutus

Lihavuusleikkauspotilaat kokivat saaneensa hyvin tietoa prosessin eri vaiheista, mutta heille oli jäänyt epäselväksi, kuinka tapahtumat sijoittuvat aikataulullisesti hoitopolun varrelle. Potilaat toivoivat aiempaa täsmällisempää ja selkeämpää tietoa tyypillisen hoitopolun etenemisestä aikataulullisesti. Kokemusten mukaan on helpompi hyväksyä prosessin asioita, kun niille on tiedossa päivämäärä.

– – kun käytiin vasta siellä ravintoterapeutilla ni oli hirveen niinku epäselvää semmonen et, et, et koska mahdollisesti et miten tää niinku eteni tavallaan sitte niinkun kyllä se kerrottiin mitä vaiheita tähän kuuluu mut semmosta niinku aikataulullista etenemistä ni ei ei saanu – –

Potilailla oli toiveena, että terveydenhuollon puolelta saisi jo lihavuusleikkaukseen hakeutuessa jonkun visuaalisen kaavion hahmottamaan hoitopolun aikataulua ja kokonaisuutta. Tällä hetkellä potilaat hakevat toistuvasti tietoa vertaisryhmistä epäselvästä prosessin etenemisestä.

Se alkuvaihe oli sellai, et minä en tiä et mikä paketti siinä pitäis olla tyyliin – – et kaikille Suomen yleislääkäreille että anna tämä paperi ihmisille.

Prosessin mukaiset käynnit terveydenhuollon ammattilaisten luona koettiin olevan oikeaan aikaan. Käynnit vastasivat sen hetkisiin tarpeisiin.

Ne tapaamiset joo, mä yritän nyt kauheesti muistella ni kyllä ne kyllä ne mun mielest oli sillai sopivas kohassa.

Mulle oli kyllä, kyllä ne osu ihan kohdalleen.

Prosessin sujuvuus

Ongelmallisimmaksi vaiheeksi lihavuusleikkauksen prosessissa koettiin lähetteen jälkeinen noin puolen vuoden ajanjakso. Potilaat kokivat, että joutuivat odottamaan ensimmäistä käyntiä pitkään ilman mitään ilmoitusta lähetteen käsittelyyn liittyen. Jatkuva odottaminen aiheutti turhautumista ja epävarmuuden tunnetta.

– – mä palaan nyt taas siihen ensimmäiseen puoleen vuoteen, et tavallaan siinä kohtaa ku mä oon saanu sen sysäyksen et hei, toi on se mitä mä haluan ja sit mä jään puoleks vuodeks niinku tyhjän päälle ettei oo mitään tietoo mistään niin, niin se oli älytöntä.

Ja, ei oikeen tietenkää voinu ottaa mihinkään yhteyttä, koska se nyt oli vaan sellasta venailuu – – ja sit sillo prosessin alkuvaihees muutenki – –

Yleisesti prosessin etenemiseen oltiin tyytyväisiä ja se koettiin sujuvaksi. Liivuuusleikkauspotilaat kokivat, että alun epäselvyyden jälkeen prosessi oli edennyt ongelmitta.

Se on niinku hyvin hiottu sellanen kone, mikä läh- ku se lähtee liik- keelle ni sit ei tarvii paljo itte funtsii että mitä tapahtuu.

Aineistosta nousi esiin ymmärrys hoitopolun vaiheiden tarpeellisuudesta hoitoon sitoutumisen näkökulmasta. Koko prosessi koettiin jatkuvana tutustumisena itseensä. Jokaisella käynnillä koettiin olevan tarkoitus prosessin etenemisessä.

– – jokasella tapaamisella niin jotain tapahtui ja jotain tehtiin, et mullei ollu sellanen olo et tää junnaa nyt paikoillaan.

Tiedon kulku

Tiedon siirtyminen organisaation sisällä koettiin pääosin hyväksi, mutta myös kehitettävää löytyi. Tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä ja potilaiden taustoihin oltiin tutustuttu etukäteen.

– – koska kyl siis ihmiset oli tutustunu siihen, et mitä on tapahtunu en- aikaisemmin, et ne niinku ties, että mitä minä oon kenellekin puhunu ja mitä missäkin tapahtunu.

Tiedon kulussa koettiin olevan myös kehitettävää, sillä samankaltaisia lomakkeita oli täytetty toistuvasti. Myös samoja asioita oli kyselty useaan kertaan, vaikka lupa potilastietojen siirrosta oli annettu.

Kyllä multa kyseltiin samoja asioita, niinku uudelleen. Vaikka mää annan aina kaikki luvat, että et, et mun tiedot saa mennä– –

Tiedotuksessa oli ollut epäselvyyttä esimerkiksi vastaanottoajoissa, minkä seurauksena sovittuja ohjauskäyntejä oli jäänyt välistä. Yhdelle haastatelluista oli jäänyt käynnin jälkeinen olo, ettei ammattilaisillekaan kaikki asiat prosessin etenemiseen liittyen olleet täysin selviä. Potilas ajatteli epäselvyyksien johtuvan siitä, että lihavuusleikkauksia oli vasta keskitetty enenevässä määrin Tays Keskussairaalaan Hatanpään sairaalaan.

– – semmonen pieni epäselvyys tuntu olevan ja mä luulen että mun osalta se johtu ainaki siitä että sillohan tuolla Tampereella just nää leikkaukset siirty keskussairaalaan Hatanpäälle – – prosessin kuluessa ni siellä ne oli vissiin vähän ittekki sillai – – ettei ne ollu kaikki asiat ihan kristallin kirkkaita.

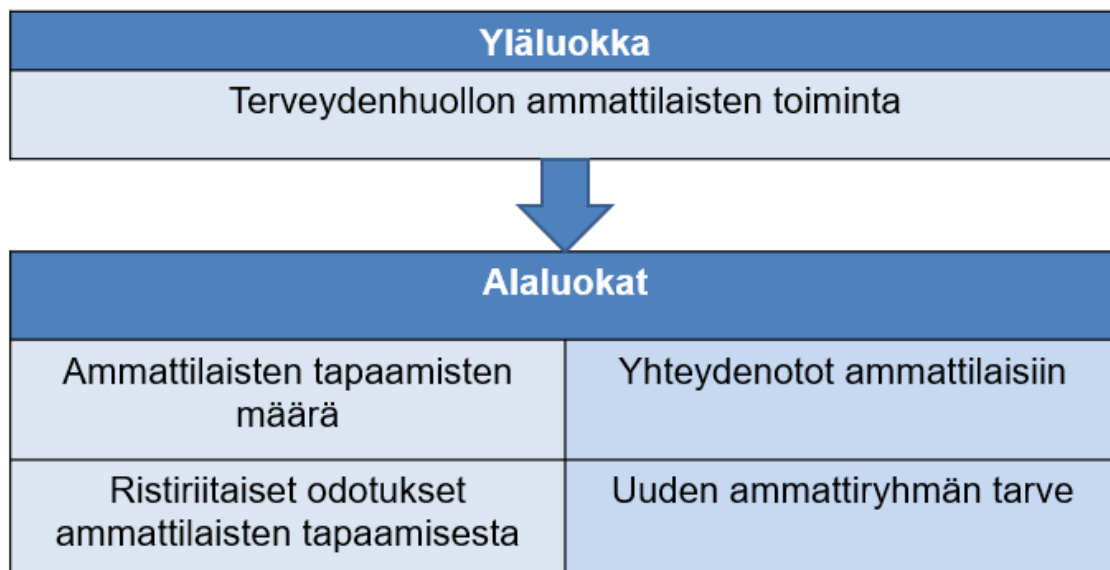
Organisaation sisällä tapahtuvien käyntien pirstaleisuus eri toimipisteiden välillä aiheutti hämmennystä. Hoitopolun varrella oli useita paikkoja, joihin olla tarvittaessa yhteydessä vaihtuvin ajanjaksoin. Eräs potilas koki, että oli vaikea hahmottaa minne olla missäkin tilanteessa yhteydessä.

– – tai et nyt tästä eteenpäin ei nyt tarviikkaan olla tänne yhteydessä vaan oo tonne yhteydessä ni taas on vähän sellattii et täh, et eiks tää nyt oo niinku yks ja sama paikka– –

7.1.2 Terveydenhuollon ammattilaisten toiminta

Yläluokasta *terveydenhuollon ammattilaisten toiminta*, muodostui neljä alaluokkaa: *ammattilaisten tapaamisten määrä, yhteydenotot ammattilaisiin, ristiriitaiset odotukset ammattilaisten tapaamisesta ja uuden ammattiryhmän tarve* (kuvio 7). *Ammattilaisten tapaamisen määrä* sisältää potilaiden kokemuksia siitä, kuinka hyvin käyntien määrät vastasivat heidän tarpeitaan ja toiveitaan prosessin eri vaiheissa. Alaluokassa *yhteydenotot ammattilaisiin* on potilaiden kokemuksia siitä, kuinka hyvin he ovat tarvittaessa saaneet yhteyden hoitavaan tahoon. *Ristiriitaiset odotukset ammattilaisten tapaamisesta* pitää sisällään kokemuksia, kun odotukset ja käyntien sisällöt eivät kohtaa toisiaan. Alaluokassa *uuden*

ammattiryhmän tarve on kuvattu potilaiden toiveita lisätä psykiatrin, psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan käyntejä osaksi hoitopolkua.



KUVIO 7. Yläluokka terveydenhuollon ammattilaisten toiminta alaluokkineen

Ammattilaisten tapaamisten määrä

Leikkausta edeltävästi potilaat kokivat käyntejä olevan kohtalaisen paljon. Kuukaan haastatelluista ei kuitenkaan kokenut, että niitä olisi ollut liikaa. Eräällä potilaalla ei ollut ennen leikkausta ENE-dieettiä ja olisi toivonut sen tilalle muita käyntejä. Leikkauksen jälkeen ensimmäisen puolen vuoden ajalla koettiin olevan riittävästi yhteydenpitoa ammattilaisten kanssa, jonka jälkeen tuli pidempi ajanjakso ilman suunniteltuja kontrollikäyntejä. Tälle ajanjaksolle olisi toivottu joku tapaaminen.

– – *se prosessi, se ennen leikkausta. Ja siinä tavattiinkin niitä ihmisiä must tuntuu että me tavattiin ihan kohtuullisen paljon.*

– – *tän leikkauksen jälkeen ni vois olla mun mielestä enemmän jotain tapaamista. Varsinkin nyt kun nyt on se fysioterapeutin juttu täs puolessa vuodessa ni sit on puol vuotta eikä oo yhtään tapaamista mihkää.*

Yhteydenotot ammattilaisiin

Potilaat olivat saaneet selkeät yhteystiedot ja heitä kannustettiin olemaan tarvittaessa herkästi yhteydessä. Pääsääntöisesti yhteydenotot olivat puhelimitse, mutta tiettyjä asioita oli mahdollista hoitaa myös sähköpostitse. Yhteydenotot terveydenhuollon ammattilaisiin koettiin vaivattomina.

Ravintoterapeutilta tuli. Ne, ne teki sen hyvin selväks, että otat yhteyttä, laitat sähköpostia että, et ehottomasti ollaan vastaamassa.

Varattujen aikojen siirtäminen onnistui helposti. Mikäli varattuja käyntejä joutui siirtämään niin uudet käynnit saatiin järjestymään nopeammin kuin potilaat olivat olettaneet.

Mä en joutunu peruunkaan ku yhen kerran ni niin se oli tosi helpoa.

– – se oli tasan kaks viikkoo, mitä sit lopulta se leikkaus leikkaus sitte siirty ni mut leikattiin – – päivä, että mä toki pelkäsin siinä että täytyyks mun nyt taas odottaa joku kuus viikkoo tai muuta vastaavaa, mut ei sentään että se oli sit se kaks viikkoo ku mitä se sitte veny lopulta.

Ristiriitaiset odotukset ammattilaisten tapaamisesta

Osa terveydenhuollon ammattilaisten tapaamisista tuntui potilasta kovin lyhyiltä ja liukuhihnamentaista. Potilaat olisivat kaivanneet yksilöllisempää otetta kohtaamisiin.

– – tuli vaa semmonen fiilis että – – se oli se oli jotenki semmosta liuku-liukuhihnamaista.

Eräs haastateltavista olisi toivonut, että välittömästi leikkauksen jälkeen vielä osastolla oloaikana ravitsemusterapeutti olisi kerrannut kotona noudatettavan ruokavalion ohjeet. Vaikka leikkauksen jälkeisestä ruokavaliosta oli puhuttu paljon jo etukäteen, olisi potilas toivonut ruokavalio-ohjauksen läpikäyntiä ennen kotiutumista.

Olis voinu olla, niinkun hyvinkin nopeesti sen leikkauksen jälkeen vielä siitä, siitä leikkauksen jälkeisestä ruokavaliosta, vaikka olis olu vaikka siellä sairaalassa joku, joku niinku et mistä, missä oltais kädestä pitäen puhuttu, et mitä nyt kannattaa syödä kun sä meet kotiin ja kuinka paljon sun kannattaa, edes yrittää syödä.

Uuden ammattiryhmän tarve

Potilaat olisivat kokeneet tarpeelliseksi psyykkisen tilan tarkempaa kartoitusta osana lihavuusleikkausprosessia ennen ja jälkeen leikkauksen. Potilaat kokivat, että vaikei heillä olisi ollut haasteita mielenterveyden kanssa, olisivat he hyötöneet leikkauksen tuomien muutosten käsittelystä ammattilaisen kanssa.

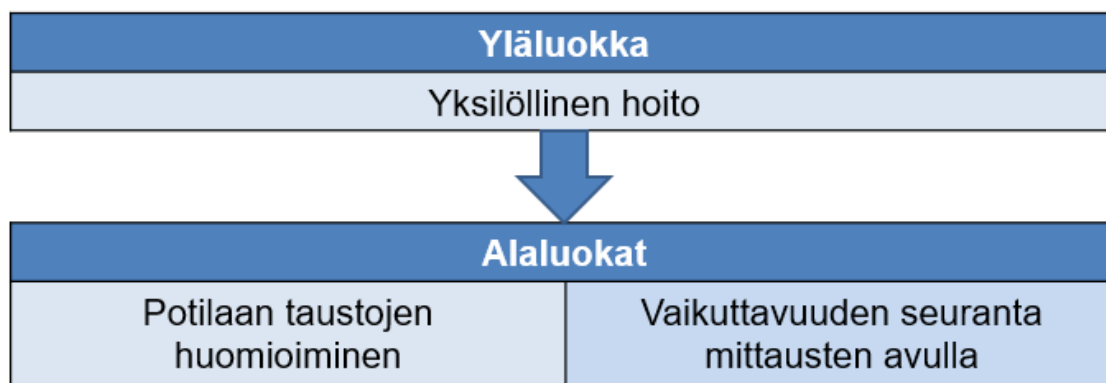
Ihan joku tsekkaus siinä, siinä niinku ennen sitä leikkausta ja sen jälkeen ois hyvä, et just niinku, ja nimenomaan puhuisin tsekkauksesta et ei oo mikään sellanen että kartoitamme sinun diagnoosisi.

Potilaat kokivat, ettei psykiatrisia tukipalveluita juurikaan tarjottu terveydenhuollon ammattilaisten puolelta, eivätkä potilaat tulleet ottaneeksi asiaa itsekään puheeksi. Suurin osa haastatellusta kertoi, ettei heille oltu lainkaan mainittu mahdollisuudesta tavata psykiatrista sairaanhoitajaa leikkausta edeltävästi.

– – helpointahan se olis jos tulis suoraan siellä tarjottas mahdollisuutta.

7.1.3 Yksilöllinen hoito

Yksilöllisen hoidon alaluokiksi muodostui potilaan taustojen huomioiminen ja vaikuttavuuden seuranta mittausten avulla (kuvio 8). Potilaan taustojen huomioiminen sisältää potilaan yksilöllisyyden huomioimisen hoidossa. Alaluokka vaikuttavuuden seuranta mittausten avulla pitää sisällään potilaiden kokemuksia siitä, kuinka tärkeitä konkreettiset mittaukset ovat seurannan kannalta.



KUVIO 8. Yläluokka yksilöllinen hoito alaluokkineen

Potilaan taustojen huomioiminen

Potilaat kokivat, että heidän elämäntilanteet ja taustat oli huomioitu prosessin suunnittelussa. Esimerkiksi erään haastatellun kohdalla leikkausajankohta suunniteltiin potilaan työt huomioiden niin, ettei sairausloma sotkisi potilaan arkea.

Sit se sano et hän pistää suosittelun et mut leikataan ennen ennen tota leikkureitten kesätaukoo – – niin ei tuu semmosta semmosta sitte että työ-työt menee pieleen sen takia.

Eräs potilas kertoi esimerkkinä yksilöllisestä huomioimisesta, kuinka hänen aiemmat onnistuneet dieetit olivat riittävä näyttö niukan ruokavalion noudattamisesta. Tämän vuoksi häneltä ei vaadittu nyt uutta ENE-dieettiä todistaakseen, kykeneekö noudattamaan niukkaenergistä ruokavaliota.

Noi oli niinkun tosi hyviä ja ihania ne henkilökunta että et niinku, asiansa tuntevia, että et, et tuli sellanen olo, että munki tilanne sillä tavalla huomioitiin yksilöllisesti.

Vaikuttavuuden seuranta mittausten avulla

Kehonkoostumusmittausta toivottiin toteutettavaksi myös leikkausta edeltävästi, silloin kun potilas on ollut painavimmillaan. Tämä mahdollistaisi koko prosessin vaikuttavuuden seurannan aiempaa monipuolisemmin.

– – se oli muuten ehkä kiva kun tuli se kehonmittaus ni se oli mun mielestä ihan kiva et se ois voinu olla kans siinä alussa jo heti ku sä

olit painavillas..painavil..sä olit.. painoit en.. eniten ni sitte siitä ois niinku nähnyt sen sen tota noin ni leikkauksen jälkeisen tilan ois voinu ois tosi hyvä verranto.

Leikkauksen jälkeisiä verikokeita pidettiin tärkeinä mittareina riittävän ravinnon saannin turvaamiseksi. Ruokavalion ollessa aiempaa niukempi koettiin alkuun haastavaksi arvioida syödyn ruuan ravintosisältöä suhteessa elimistön energi-antarpeeseen.

Pidän tosi hyvänä sitä, että on noita verikokeita sen jälkee, mistä näkee, näkee vähäsen niinku, nii taika aika paljonki niitä arvoja, että että missä menee kun, kun tosiaan se oli aika semmosta, semmosta niinkun haparoivaa ja epävarmaa se syömine siinä sanotaa parin ekan kuukauden aikana leikkauksen jälkee että, et tuntu et et meneeks tää nyt ihan päin männikköä vai meneeköhän tää hyvin vai mikäköhän tässä on ni, ni tota et se olisit oikeestaa ainoo se se se se ne verikokeet että siitä sai sitte tietää että mihin suuntaan sitä muokkaa sitä ruokavalioo.

7.2 Kokemukset ohjauksesta

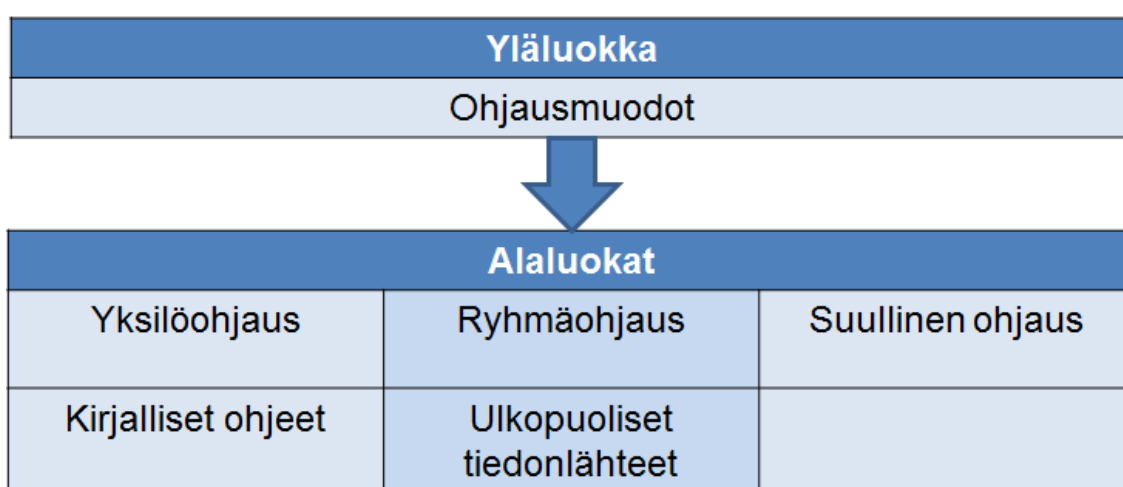
Lihavuusleikkauspotilaiden ohjaukseen liittyvistä kokemuksista muodostui kolme yläluokkaa (kuvio 9). Näitä ovat *ohjausmuodot*, *kokemukset ohjaustilanteesta* ja *painonpudotus*. Kokemukset ohjauksesta vastaavat toiseen tutkimustehtävään.

Yläluokat		
Ohjausmuodot	Kokemukset ohjaustilanteesta	Painonpudotus

KUVIO 9. Toiseen tutkimustehtävään vastaavat yläluokat

7.2.1 Ohjausmuodot

Yläluokasta ohjausmuodot, muodostui viisi alaluokkaa, jotka ovat *yksilöohjaus*, *ryhmäohjaus*, *suullinen ohjaus*, *kirjalliset ohjeet* ja *ulkopuoliset tiedon lähteet* (kuvio 10). *Yksilöohjaus* sisältää potilaiden kokemuksia henkilökohtaisista ohjaustilanteista ja *ryhmäohjaus* kokemuksia ryhmätilanteista. *Suullinen ohjaus* pitää sisällään ajatuksia ohjauskeskusteluista ammattilaisten kanssa. *Kirjalliset ohjeet* -alaluokassa kerrotaan, kuinka potilaat ovat kokeneet saamansa kirjallisen materiaalin. *Ulkopuoliset tiedonlähteet* alaluokassa on avattuna potilaiden käyttämiä, vaihtoehtoisia tiedonlähteitä.



KUVIO 10. Yläluokka ohjausmuodot alaluokkineen

Yksilöohjaus

Yksilöohjauksessa koettiin, että on helpompi puhua itselle aroista asioista, kuten painosta, sekä esittää kysymyksiä. Yksilöohjauksen positiivisena puolena koettiin, että sai kaiken huomion itseensä. Näin oli helpompaa alkuun tunnustella tilannetta, ennen kuin rohkaistui kysymään mietittyitä asioita.

– – *hyviä asioita on se, että, et monelle tää on tosi arka aiha, kun puhutaan painosta. Niin, niin se, että kun on tämmönen yksilövalmennus ni, niin niin mm, tai valmennus, mikä ikinä se nyt onkaan sitte tapaaminen, niin ää ehkä on helpompi puhua.*

Ni siin yksilöohjauksessa jää tilaa sille, että et ensin vähän niinku lämmittelee itteänsä..ja sit vasta niinku loppupuolella tulee ne asiat, mitkä oikeesti mietityttää.

Ryhmäohjaus

Lihavuusleikkauspotilaiden kokemukset ryhmäohjaustilanteista oli ristiriitaisia. Positiivista ryhmäohjaustilanteissa oli muiden samassa tilanteessa olevien tapaminen. Ryhmäohjauksen hyötynä koettiin myös se, että jos itsellä unohtui kysyä jotain, saattoi joku toinen esittää vastaavan kysymyksen. Ryhmäohjauksen tuoma ajansäästö ymmärrettiin.

– – että sä itse unohdat vaikka kysyy jotain asiaa ja sit siinä samassa ryhmässä oleva toinen henkilö muistaaki kysyä, kysyy just sen et mikä sua itteeski olis saattanu niinku kiinnostaa.

– – tietenkään oo yhtä hyvä mutta tietysti siinä säästetään aikaa jos tarvi niinku samoja asioita kaikille kertoo ja samas vaiheessa menossa – –

Negatiivisena asiana ryhmäohjauksessa koettiin, ettei vieraiden ihmisten läsnä ollessa kehdannut kysyä mieltä askarruttavista asioista, eikä omista asioista pystynyt puhumaan avoimesti.

– – ois ehkä osannu kysyä semmosia henkilökohtasempia kysymyksiä niinku ja tarkennuksia tyyliin kaikkiin ene juttuhin ja näihin sielkin sielkin ravitsemusterapeutin tapaamisella jos ei siinä ois ollu ihan ventovieraita ihmisiä ne muut, koska eihän se niinku, no se on ihan luonnollista ettei ihminen us-kehtaa kysyä mitään että mites tää asia mulla ku mulla on tälleen ,niin niin niin tota se oli just sitä et mä jouduin soittaan muutaman kerran sille ravitsemusterapeutille perään että mitäs nyt ja mitäs nyt ni – –

Suullinen ohjaus

Keskustelu ammattilaisten kanssa koettiin tärkeänä osana, vaikka etenkin välittömästi leikkauksen jälkeen kerrotut asiat eivät jääneet mieleen. Keskustelun

mahdollisuutta toivottiin nykyistä enemmän. Turvallisuuden tunnetta lisäsi se, kun henkilökunta kertoi mitä tehdään ja mitä tapahtuu seuraavaksi. Osa potilaita sisäisti saadut ohjeet keskustelun kautta paremmin.

*– – ku mä olin ihan pököllös vielä le..noista aineista n isit se joku –
– tuli selittää jotai mulla ei oo hajuakaan mitä se on selittäny mulle
– –*

*– – kyllä se puhumalla ehkä niinkun parhaiten menee, että paljon-
han sitä tuli sitä semmosta lippulappusta sitten mitkä jäi johonki au-
too ja pöydän nurkalle, jota mitä ei löytäny – –*

Suulliseen ohjaukseen kaivattiin nykyistä selkeämpää runkoa. Osa potilaista koki, että käyntien yhteydessä sisältö oli hyvinkin vaihteleva. Samaa asiaa kerrottiin monella eri tavalla ja osalla käynneistä asiasisältö saattoi hyppiä miten sattuu. Potilaat kokivat ajoittain turhauttavana saadessaan ohjeeksi epämääräisiä ”Se selviää kokeilemalla.” -lausahduksia.

– – se oli vähän semmosta että mitä nyt sattuu tuleen puheeks – –

– – et ne puhuu samasta asiasta ni kumpiki vähän erilailla – –

Kirjalliset ohjeet

Kirjallinen materiaali koettiin selkeäksi ja hyväksi. Etenkin leikkaukseen valmistautumisohjeet saivat paljon kehuja. Saatua tietoa leikkaukseen liittyen oli paljon, jonka vuoksi koettiin tärkeänä, että kaikki tieto oli myös kirjallisena.

*– – siinäkin oli hyvä, että ne sai vielä paperilla ne kaikki ohjeet siitä,
että mitä lääkettä ottaa ja tai millon otetaan ja millon lopetetaan
syöminen ja millon lopetetaan juominen ja näin pois päin et ne oli
aika selkeitä ja se oli, se oli totaa tota totaa hyvä että, että ne käy-
tiin niin tarkkaan läpi – –*

– – se on ollu ihan riittävää, että hirvee määrä lippulappuja.

Ulkopuoliset tiedon lähteet

Potilaat ovat hakeneet tietoa internetistä, lähipiiristä olevilta leikkauksen läpikäyneitä sekä vertaisryhmistä. Muilla tiedonlähteillä täydennettiin niitä tietoaukoja, joita oli jäänyt ammattilaisten tapaamisista ja kirjallisista ohjeista.

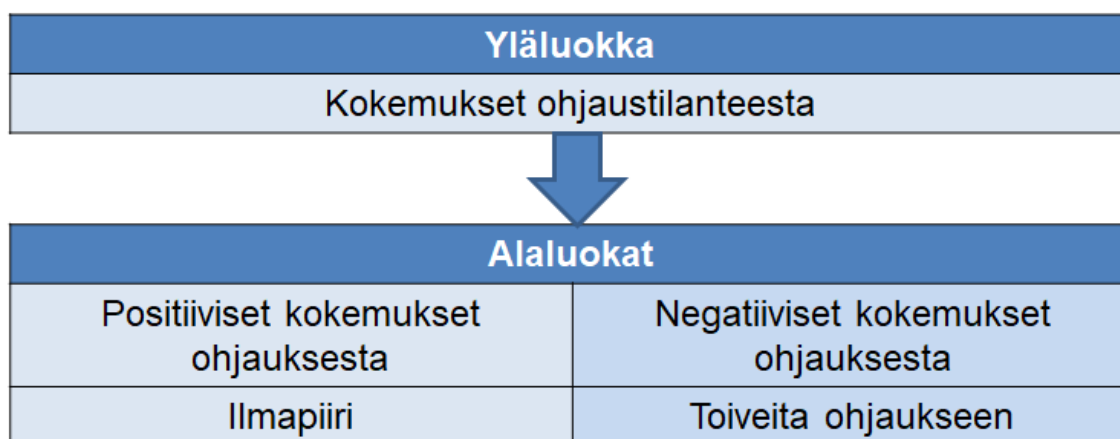
Näis vertaisryhmis esimerkiksi Facebookis ni tasaseen tahtiin joku kysyy et mitä voin tehdä nyt, mitä tapahtuu seuraavaksi, ni sieltä ryhmistä mie sen tiesin et miten se prosessi menee, koska ei mulle sitä kukaan kertonu.

Olin ettiny sitä tietoo netistä niinkun järkevistä paikoista, ainaki mielestäni ni, nii silti se on eri asia kun joku asiantuntija sen sulle kertoo, kuin se, että on luku jostai netistä.

– – Hyksinkö niin siellähän oli tosi hyvät sivut, mistä sai kans niinkun tietoo että semmosen niinkun tota nettisivut mä sain tietää ja sieltä mä luin kans niitä ohjeita – –

7.2.2 Kokemukset ohjaustilanteesta

Yläluokasta kokemukset ohjaustilanteesta nousi neljä alaluokkaa, joita ovat *positiiviset kokemukset ohjauksesta, negatiiviset kokemukset ohjauksesta, ilmapiiri sekä toiveita ohjaukseen* (kuvio 11).



KUVIO 11. Yläluokka kokemukset ohjaustilanteesta alaluokkineen

Positiiviset kokemukset ohjauksesta

Pääasiassa saatu ohjaus koettiin riittäväksi, selkeäksi ja oikea-aikaiseksi. Erityisesti ravitsemusterapeuttien ja fysioterapeutin antama ohjaus sai positiivista palautetta. Leikkaukseen liittyen koettiin, että tietoa sai paljon ja sitä oli hyvin saatavilla. Aina myös tiedusteltiin, oliko jäänyt jotain epäselvää tai kysyttävää.

– – positiivinen kokonaiskuva yleisesti jäi, ei mitään moitittavaa.

– – parhaan ohjauksen minkä mä oon saanu koko aikana oli fysioterapeutti leikkauksen jälkeisenä päivänä.

– – tietoo oli kyllä saatavilla ja, ja kyl sitä niinku joka kerta kun jossain kävi ni kysyttiin, että voisko, tai että onko jotain kysyttävää tai muuta vastaavaa, mut mul harvemmi sit enää oikeestaa mieleen tuli mitään kysyttävää – –

Negatiiviset kokemukset ohjauksesta

Lihavuusleikkauspotilaat kokivat, etteivät olleet saaneet edeltävästi tietoa mahdollisista leikkauskomplikaatioista, millaista eläminen leikkauksen jälkeen on tai mistä hakea tarvittaessa psykiatrista tukea.

– – ei näistä komplikaatio mahdollisuuksista nyt juurikaan sitten tai mistään niinku etukäteen tietysti kyl kerrottu.

– – eikä niinku eikä oo tiedossakaan että et mitä reittiä sitä sitte lähtee hakeen jos tarvii sellasta et ja niinku keltä kysyä et mitä reittiä nyt pitäs mennä. Nii-niinku tämmöset asiat puuttuu mut se on hyvä että tiedetään että sit pitäs hakee psykiatrista apua mutta ku sekin on niin monimutkasta että pitääks sitä hakee niinku ravitsemusterapeutin kau.. niinku vai vai kenen kenen niinku leima siinä pitää olla ennen ku ennen ku sitä saa oman tk:n kautta vai – –

Saadun tiedon määrä oli niin suuri, että potilaiden oli vaikea sisäistää kaikkea saamaansa tietoa. Toisaalta osa potilaista koki, että ohjaus tuntui ajoittain sa-

mojen asioiden jankkaukselta. Saadun ohjauksen sisältö oli ollut osittain ristiriitaista.

Ravintoterapeutti niin sieltähän sai paljon niinku tietoa ni palj.. oikeastaan niin paljonkin että sitä ei pystyny kaikkee omaksuunkaan.

– – turhautti, et taas näitä samoja, – – juttuja pitää käydä läpi – – ni, sit se tuntu minust, minusta vähän jankkaamiselt siin jossain niinku sanotaanko just enne leikkausta.

– – ne materiaalit mitä sai sairaalasta ennen, niissä puhuttiin tyyliin että autoo ei saa ajaa 24 tuntiin, mutta fysioterapeutti sit kerto et sitä ei saa ajaa viikkoon, ja siinä tuleekin sit semmonen niinku palapelijärjestely siinä vaihees – –

Ilmapiiri

Pääsääntöisesti ohjaustilanteiden ilmapiiri ja henkilökunta koettiin miellyttäväksi sekä kannustavaksi. Vastaanottokäynnit vaikuttivat potilaiden mielestä ajoittain kovin kiireisille ja vastaanotot saattoivat vaikuttaa liukuhihnamentaista. Kiireen vuoksi asioiden kysymistä arasteltiin.

– – henkilökunta oli tosi miellyttävää – –

– – ku sit tietysti – – minuuttiaikataulu mitä heidän pitää noudattaa niin eihän niiltä ehdi kysyyn – –

Toiveita ohjaukseen

Potilaat kokivat, että olisivat kaivanneet nykyistä enemmän ohjausta leikkauksen jälkeiseen elämään liittyen. Dumping-oireiden ehkäisystä, leikkaukseen liittyvistä komplikaatioista ja sivuvaikutuksista kaivattiin nykyistä enemmän tietoa ja ohjausta. Toiveissa olisi myös koko prosessin ajalle yhteydenottokanava, jonka kautta voisi kysyä askarruttavia asioita.

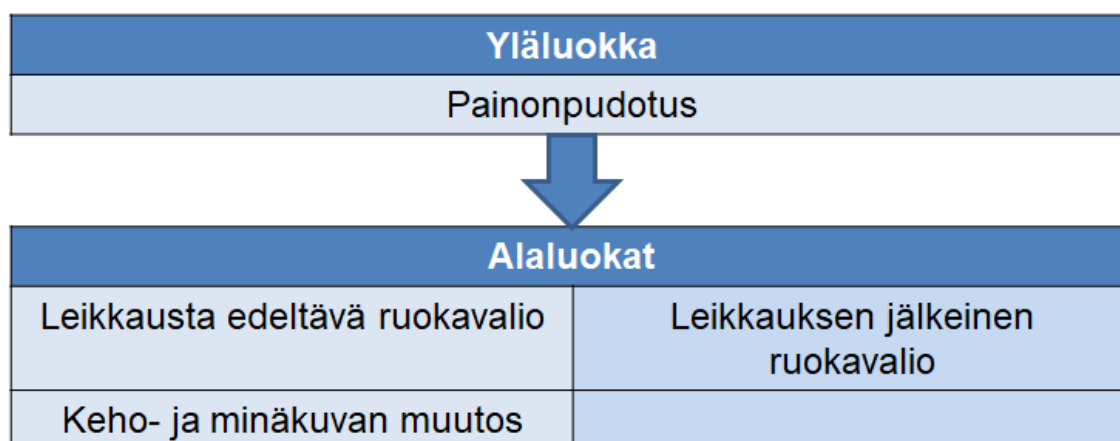
– – kukaan terveydenhuollon ammattilainen ei ei näissä ohjauksissaan kertonu semmosta asiaa että, et leikkauksen jälkeen ni suurel-

le määrälle potilaista jää pysyvästi ripuli. Tai että niitten hampaat haurastuu tai hiukset putoo – –

– – mut jos siinä ois viä viä sotkettu tähän soppaan viel yks sairaanhoitaja jolta niinku vois kysyä ihan ihan mitä tahansa koko prosessin aikana niin niin – –

7.2.3 Painonpudotus

Yläluokka painonpudotus jakautui kolmeen alaluokkaan, joita ovat *leikkausta edeltävä ruokavalio*, *leikkauksen jälkeinen ruokavalio* sekä *keho- ja minäkuvan muutos* (kuvio 12).



KUVIO 12. Yläluokka painonpudotus alaluokkineen

Leikkausta edeltävä ruokavalio

Leikkausta edeltävä ENE-dieetti koettiin ajoittain testiksi ja koettelemukseksi, josta koettiin aiheutuvan turhaa stressiä. ENE-dieetin tarkoitus tulevaan ruokavalioon valmistautumisen näkökulmasta kuitenkin ymmärrettiin tarpeellisena. Ohjeet ENE-dieetin toteuttamiseen koettiin hyvinä ja selkeinä.

– – kyl mä sillon ihmettelin ää sillon ihan alkuvaiheessa jo kun käytiin läpi leikkauksen jälkeistä ruokavaliota se tuntu jotenki niinkun kauheen kaukaselta vielä mutta tiiäkkö siinä haettiin myöskin sitä että ymmärtää mihin sitoutuu – –

Etenkin painon pudotuksen hidastuessa oli esiintynyt voimakasta stressiä, sillä potilailla ei ollut tietoa, että painon laskun pysähtyminen voi olla normaalia. Painon pudotuksen tärkeyttä leikkauksen onnistumisen kannalta painotettiin niin voimakkaasti, että pienikin painon laskun hidastuminen koettiin stressaavana.

– – niinku se asia mitä painotettiin koko ajan et siinä ene-dieetissä pitää onnistua tai lääkäri ei nää leikata – –

– – ei sanottu tällastakaan asiaa että se paino ei välttämättä putoa sillä enedieetillä koko ajan, et se voi jäädä junnaamaan, ja määhän menin ihan paniikkiin siitä ku se paino junnas kuus päivää putkeen et mitä mää teen väärin – –

Leikkauksen jälkeinen ruokavalio

Leikkauksen jälkeiseen ruokavalioon saadut ohjeet koettiin osittain tiukoiksi. Ravintopäiväkirja oli koettu hyväksi apuvälineeksi oman syömisen seuraamiseksi. Ruokamäärät, joita pystyi ensimmäisten viikkojen aikana syömään, olivat yllättäneet niukkuudellaan.

Vaihtoehtoja joo ja ja sitte tota öö tavallaan ehkä niitä ku siinähän on erilaisia tuntemuksia siinä sen leikkauksen jälkeen et toisilla tulee sitä dumping-oiretta esimerkiks tosi herkästi ni minkälaisella syömisellä voi niinku estää sitä dumpingkia ja ja tota esimerkiks semmonen että ei saa ees juoda aterian yhteydessä ni niin niin niin mulle on koko aika sopinu se et mä juon vähän aterian yhteydessä et se oli hirveen tiukka tavallaan niinku se että vain nämä vaihtoehdot.

– – varsinkiii täs leikkauksen jälkeen ni se on ollu kyl hyvä ku se on ollu, pitäny tehdä, koska se on ollu sellai niinku pakolline tsekkaus siihen, että miten syö. Et sit esimerkiks leikkauksen jälkee tuli niinku ittelleki todennettua, että syön aivan liia vähä ja pitää lisätä kasviksii esimerkiks.

Leikkauksen jälkeiseen ruokailuun olisi toivottu ravitsemusterapeutin käyntiä välittömästi leikkauksen jälkeen. Vaikka asioista oli puhuttu jo aiemmin, olivat ne tuntuneet silloin kovin kaukaisille ja leikkauksen jälkeen oli herännyt paljon kysymyksiä ruokavalioon liittyen.

– – jos siinä olis ravitsemusterapeutti käynyt, käynyt vaikka siellä sairaalassa sitte tapaamassa tai, tai sitte et olis sovittu joku tapaaminen niinku tyyliin viikon sisään leikkauksesta missä ois voinut sitte ensimmäisiä asioita kysellä ja ihmetellä – –

Keho- ja minäkuvan muutos

Leikkaukseen liittyvään nopeaan painon putoamiseen liittyen kaivattiin nykyistä enemmän ohjausta. Kehon muuttuessa nopeasti potilaat kokivat, etteivät ole omassa kehossaan. Potilaat olisivat kaivanneet tietoa siitä, miten leikkaus muuttaa omaa kehoa ja kuinka se vaikuttaa omaan mielialaan ja näkemykseen itsestä. Tietoa toivottiin myös siitä, kuinka kehon muutos vaikuttaa lähipiiriin.

– – mitä ennakoajatuksia pariskunnalla on siitä että kun toinen muuttuu ja ja sitte se prosessi ei oo välttämättä korvien välissä kauheen helppo niinku sille leikatulle mut ei se oo välttämättä sitte sille joka on siinä sivussa seuraa – –

Potilaat kokivat, että keho- ja minäkuvan muutoksista olisi mainittu vain ohimennen tai ei ollenkaan. Potilaat uskoivat, että mikäli asiasta olisi puhuttu enemmän olisi sopeutuminen muuttuvaan kehoon ollut helpompaa. Aihetta toivottiin käsiteltävän jo ennen leikkausta ENE-dieetin aikana eli silloin kun painon putoaminen alkaa.

No siin varmaan sanottiin se lause, että, että kun kehosi muuttuu, niin minäkuvasi muuttuu ja se oli siinä.

– – mun mielestä se ois niinku siihen olis hyvä paneutua niinku pitkällä aikavälillä koska sitten niihin muutoksiin sopeutuminen olis niinku periaatteessa tehty tiiäksää niinku ennakoivasti niinku omis-

sa ajatuksissa että ku sitä tapahtuu niin sitä ehkä hyväksyis paremmin sitä omaa minäkuvaa.

7.3 Kokemuksia saamastaan tuesta

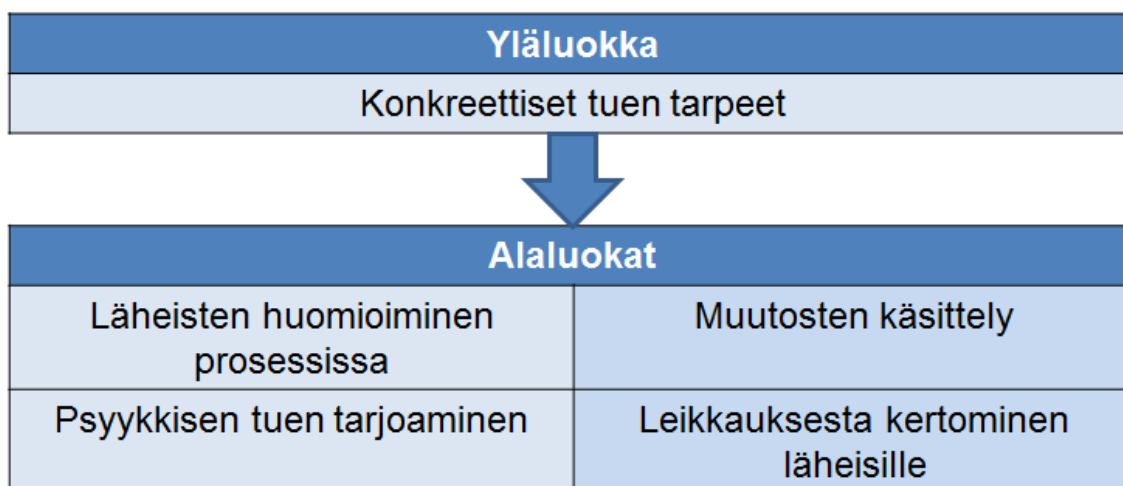
Lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksista nousi kolme tuen saamiseen liittyvää yläluokkaa. Näitä ovat *konkreettiset tuen tarpeet*, *itse muodostettu tukiverkosto* ja *ammattilaisten järjestämä tuki* (kuvio 13). Nämä yläluokat vastaavat kolmanteen tutkimustehtävään.

Yläluokat		
Konkreettiset tuen tarpeet	Itse muodostettu tukiverkosto	Ammattilaisten järjestämä tuki

KUVIO 13. Kolmanteen tutkimustehtävään vastaavat yläluokat

7.3.1 Konkreettiset tuen tarpeet

Yläluokasta konkreettiset tuen tarpeet muodostui neljä alaluokkaa, joita ovat *läheisten huomioiminen prosessissa*, *muutosten käsittely*, *psykkisen tuen tarjoaminen* ja *leikkauksesta kertominen läheisille* (kuvio 14). *Läheisten huomioiminen prosessissa* pitää sisällään asioita siitä, kuinka potilaat toivoisivat läheisensä otettavan mukaan prosessiin. *Muutosten käsittelyssä* on potilaiden kokemuksia ja toiveita siitä, kuinka käsitellä painon putoamisen myötä persoonaan, kehoon ja parisuhteeseen liittyviä muutoksia. *Psykkisen tuen tarjoaminen* muodostuu niistä asioista, kuinka potilaat kokivat psykkisen tuen tarpeen ja kuinka sitä tarjottiin prosessin aikana. *Leikkauksesta kertominen läheisille* sisältää toiveita, kuinka ottaa leikkaukseen liittyvät asiat puheeksi perheen kanssa.



KUVIO 14. Yläluokka konkreettiset tuen tarpeet alaluokkineen

Läheisten huomioiminen prosessissa

Potilaat esittivät mahdollisuutta ottaa perhettä nykyistä enemmän mukaan koko prosessiin. Osa potilaista koki perheen mukaan ottamisen todella tärkeänä, mutta vastaavasti osa ei kaivannut sitä. Esimerkiksi puolison mahdollisuudesta osallistua ohjauksikäynnille ei ollut mainittu. Potilaat ehdottivat joko erillistä läheisille suunnattua kirjallista materiaalia tai esimerkiksi sopeutumisvalmennuskursseja aiheeseen liittyen.

– – tai sit voihan se mieski olla eihän siin.. yhtälaillla miehet että et yhtä lailla ja sit justiin siinä parisuhteessa että mitä ennakkoajatuksia pariskunnalla on siitä että kun toinen muuttuu ja ja sitte se prosessi ei oo välttämättä korvien välissä kauheen helppo niinku sille leikatulle mut ei se oo välttämättä sitte sille joka on siinä sivussa seuraa, että..et tota noin sitä muutosta ja sitte ku siinä mielialat voi vaihdella – –

Eikä pysty niinku välttämättä siinä kertoo niinku omia ajatuksia ja ja ehkei siinä arjessa ehditä jakaankaan niitä joku tommonen sopeutumisvalmennuskurssi tai joku semmonen parisuhdeviikonloppu tai joku et seki ois ihan jees.

Muutosten käsittely

Lihavuusleikkauspotilaat kokivat kaipaavansa tukea painon putoamisesta seuranneiden asioiden käsittelyyn, kuten muuttuneeseen ulkonäköön, parantuneeseen

seen itsetuntoon, elämänlaatuun ja energisyyteen. Ulkonäön muuttuessa yllätyksenä tuli ympärillä olevien ihmisten suhtautuminen potilaaseen eri tavalla painon pudottua. Ajoittain potilaat itse sokaistuvat oman kehon muutokseen, jonka näkemiseen myös kaivattiin nykyistä enemmän tukea.

– – et mitäs – – täs tapahtuu, et et ihmiset suhtautuu toisel tavalla ja ne tuntuu silt että ei oo oma ittensä, et se oli aika yllättävää.

– – voi varmaan tulla sellasia kovia irtiottoja ihan vaan siks, että nyt yksinkertasessti on energiaa ja voimaa tehdä niitä. Et sit tulee monta elämän taitekohtaa ja se voi sitte tietysti olla läheisille hankalaa.

Psyykkisen tuen tarjoaminen

Erään haastatellun kokemuksen mukaan kaikilla lihavuusleikkaukseen päätyvillä on jotain haasteita psyykkisellä puolella, joita olisi hyvä selvittää prosessin aikana. Tällä hetkellä potilaat kokivat, ettei psyykkistä puolta oteta koko prosessin aikana lainkaan huomioon. Psyykkistä tukea oli tarjottu vasta jälkitarkastuksen yhteydessä, kun toipumisessa oli tullut komplikaatioita. Tukea kaivattiin koko prosessin ajalle niin, että määrät sovittaisiin yksilöllisen tarpeen mukaan.

– – niin kyl mää melkein uskon, että kaikilla, kaikilla meillä siellä on niinku takana jotain korvien välissä, mitä pitäis sel-, selvittää, niin se olis kyllä erittäin hyvä lisä.

Kyllä mää melkein sanoisin, että se olis siellä jo ennen leikkausta sais alkaa. Että, että totaa pystys alkaa jo työstäämää sitä, että miks tähän pisteeseen on tultu.

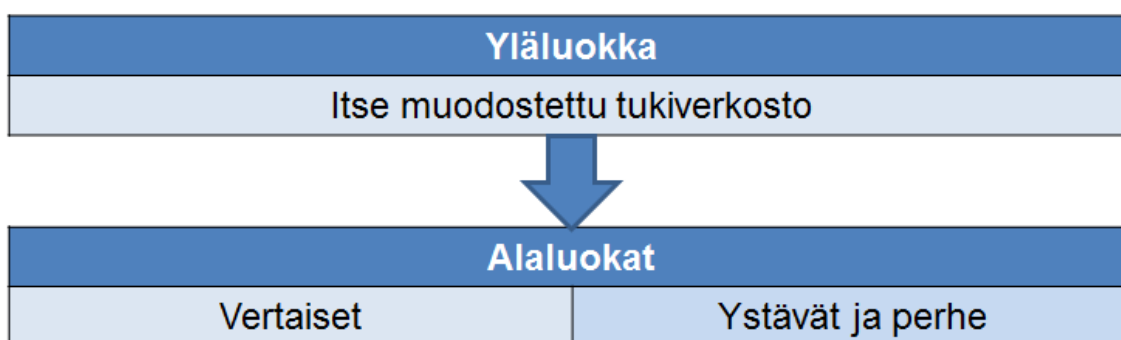
Leikkauksesta kertominen läheisille

Potilaat kaipasivat ammattilaisten tukea siihen, kuinka kertoa lapsille ja puolisol-le lihavuusleikkauksesta sekä siihen liittyvistä muutoksista. Etenkin lapsille asiasta puhumisen ajankohta ja tapa tuntui haastavalle.

– – *miten on aikonu kertoo perheelle ja, ja niinku lapsille ja, miehelle ja ja miten niinku sitä kotona niinku työstetään sitä asiaa että äiti joutuu äiti joutuu leikkaukseen ja ja sitä äiti niinku niinku muuttuu.*

7.3.2 Itse muodostettu tukiverkosto

Itse muodostettu tukiverkosto jakaantui kahteen alaluokkaan, joita ovat *vertaiset* sekä *ystävät ja perhe* (kuvio 15).



KUVIO 15. Yläluokka itse muodostettu tukiverkosto alaluokkineen

Vertaiset

Vertaistuki koettiin tärkeäksi osaksi prosessia, kun pystyi vaihtamaan ajatuksia samassa tilanteessa olevien kanssa. Vertaisryhmät olivat tyypillisesti yhteydessä joko sosiaalisen median, kuten Facebookin välityksellä tai tapasivat kasvotusten. Facebook-ryhmissä asioiden käsittely oli ajoittain kasvanut liiallisiin mitasuhteisiin.

– – *ollaan kyllä niinku tsempattu puolin ja toisin ja ja sit on kauheen, niin ihana että nyt mä painan alle sata kiloo tai niin mitä millonkin niin niin se, että on niinkun toisen kanssa ö niin tai joka on niinku samassa tilanteessa ja samaan aikaan ni niin se on kyllä niinku tosi kullan arvosta.*

Potilaat toivoivat, että terveydenhuollon puolelta järjestettäisiin vapaaehtoisia ryhmätapaamisia lihavuusleikattujen kesken. Olemassa oleville ryhmäkäynneille toivottiin jatkoa. Myös ammattilaisten toivottiin osallistuvan järjestettäviin ryh-

miin. Lihavuusleikattujen potilasjärjestön sopeutumisvalmennuskurssit oli koettu positiivisina kokemuksina.

Mä olin sitte tossa vähän toista kuukautta sitte tämmösessä lihavuusleikkau, leikattujen sopeutumisvalmennuksessa missä oli kaks-toista leikattua ni siellä oikeen huomaa miten se ryhmän semmonen vertaistuki ni se on se on tosi hienoo. Et et julkisella puolellakin ehkä niinku tämmönen se vertaistuen saaminen pitäis olla isommassa roolissa.

Ystävät ja perhe

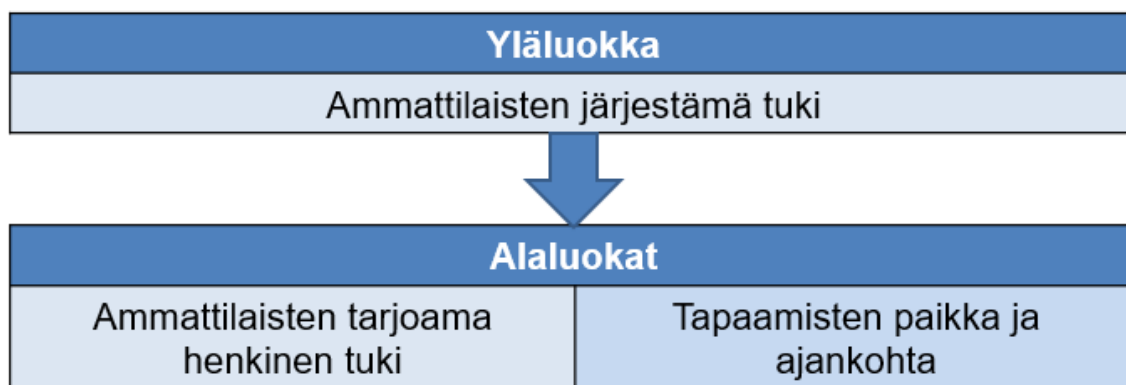
Potilaiden kokemuksen mukaan ystäviltä ja perheenjäseniltä saatu tuki oli tärkeää prosessin läpikäymisen kannalta. Ystäville ja perheenjäsenille on koettu voivan puhua avoimesti lihavuusleikkaukseen liittyvistä asioista. Perheenjäsenten myötäeläminen on helpottanut kohtaamaan uusia asioita ja kannustanut jatkamaan.

Ku, mie oon käyny läpi juttuja, ja sehän on siinä vieressä ollu tukena ja ihmettelijänä, kanssaihmettelijänä, että, vai että tommostaki.

– – puoliso ja lapset on ollu mulle niinkun iso todella iso tuki. Se on se on kannustanu ja just siinä semmosen positiivisen minäkuvan ylläpitämisessä ja kaikessa semmosessa niin he ovat olleet iso apu.

7.3.3 Ammattilaisten järjestämä tuki

Ammattilaisten järjestämä tuki jakaantui kahteen alaluokkaan, joita ovat *ammattilaisten tarjoama henkinen tuki* sekä *tapaamisten paikka ja ajankohta* (kuvio 16). Alaluokka *ammattilaisten tarjoama henkinen tuki* sisältää potilaiden kokemuksia ammattilaisilta saadusta tuesta ja sen tarpeista. *Tapaamisten paikka ja ajankohta* muodostuu käyntien määrään ja sijaintiin liittyvistä toiveista.



KUVIO 16. Yläluokka ammattilaisten järjestämä tuki alaluokkineen

Ammattilaisten tarjoama henkinen tuki

Potilaat kokivat, että ammattilaiset suhtautuivat heitä kohtaan positiivisesti ja kannustivat prosessin aikana. Potilaat kaipasivat psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan keskusteluapua. Terveystieteiden ammattilaiset eivät juurikaan tarjonneet henkistä tukea, eivätkä neuvoneet mistä sitä olisi mahdollista saada. Osa potilaista koki tarpeelliseksi hakeutua omakustanteisesti psykologin palveluihin.

– – ei kukaan niinkun kohdellut sillä tavalla, että oot sä aatellut, et sä voisit laihduttaa tai tai muuta semmosta että tää on susta ittestäs johtuvaa eikä mitään tämmösiä että oma vika tai muuta et erittäin positiivista niiku suhtauduttiin joka puolella.

– – mitään ei lähtökohtaisesti tarjottu ja eikä niinku eikä oo tiedosakaan että et mitä reittiä sitä sitte lähtee hakeen jos tarvii sellasta et ja niinku keltä kysyä et mitä reittiä nyt pitäis mennä.

Tapaamisten paikka ja ajankohta

Lihavuusleikkausprosessin alkuvaiheeseen olisi kaivattu tukea ammattilaisilta nykyistä aikaisemmassa vaiheessa. Potilaista tuntui, että lähteen jälkeen ensimmäisen puolen vuoden aikana ei tapahtunut mitään, vaikka tällöin motivaatio oli korkeimmillaan. Myös leikkauksen jälkeen kaivattiin lisää tapaamisia tukemaan prosessissa ja nykyistä aikaisemmassa vaiheessa. Yhtenä ehdotuksena esitettiin kotikäyntiä, jotta voisi turvallisessa ympäristössä keskustella mietityistä asioista asianosaisten kanssa.

– – *mutta kyllä nyt olisin leikkauksen jälkeen tähän jonkun ottanu
ehkä jo aikasemminkin – –*

– – *semmosta vaikka kotikäyntiä niinku kotiin että missä vois niin
turvallisessa ympäristössä kaikkien kanssa vähän puhua siitä.*

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Tays Hatanpäällä lihavuusleikat-
tujen potilaiden kokemuksia hoitopolkunsa toimivuudesta sekä saamastaan oh-
jauksesta ja tuesta. Tulokset tarkasteltiin aloittaen hoitopolun käytäntöjen toimi-
vuudesta, jonka jälkeen käsiteltiin ohjaukseen ja saatuun tukeen liittyvät tulok-
set.

8.1.1 Kokemukset hoitopolun toimivuudesta

Potilaat olivat lihavuusleikkausprosessin kokonaisuuteen pääosin tyytyväisiä ja
käynnit terveydenhuollon ammattilaisten luona vastasivat sen hetkisiin tarpei-
siin. Toisaalta potilaiden kokemuksissa toistui ja korostui hoitoprosessin pirsta-
leisuus ja tietämättömyys aikataulullisesta etenemisestä. Haastateltujen koke-
mukset olivat yhteneväisiä Renholmin, Suomisen, Turtiaisen ja Leino-Kilven
(2009, 171) tulosten kanssa, joiden mukaan suunniteltuun leikkaukseen tulevat
potilaat kokivat tärkeänä, että heille kerrottiin mahdollisimman tarkasti leikkaus-
prosessin etenemisen eri vaiheet.

Potilaiden kokemuksissa toistui epävarmuus prosessin alkuvaiheessa, kun he
odottivat ensimmäistä käyntiä lihavuusleikkausarvioon. Tässä vaiheessa pääl-
limmäisenä oli tietämättömyys tulevasta. Tulokset ovat yhteneväisiä Sharmanin
ym. (2016, 49) tutkimuksen kanssa, jossa terveydenhuollon ammattilaisilta saa-
dun tiedon puute odotustilanteesta ja leikkauksen ajankohdasta oli yhteydessä
huonontuneeseen psyykkiseen hyvinvointiin. Myös Renholmin ym. (2009, 171)
tuloksissa korostui potilaiden tarve saada tietää heidän paikkansa leikkauksjo-
nossa sekä kuinka kauan heidän tulee odottaa leikkaukseen pääsyä. Oleellista
oli, että potilaille annettu aika-arvio on mahdollisimman realistinen, jotta siitä
olisi hyötyä psyykkisen jaksamisen näkökulmasta (Sharman ym. 2016, 50).

Useiden vuosien pituiset odotusajat voivat Sharmanin ym. (2016, 48) mukaan olla henkisesti raskaita aiheuttaen esimerkiksi masennusta, turhautumista ja luovuttamisen tunnetta. Vaikka tämänkin opinnäytetyön tuloksista ilmeni turhautumisen tunteita, ne eivät olleet niin voimakkaita kuin Sharmanin ym. (2016, 48) tutkimuksessa, koska Tays Hatanpäällä odotusajat olivat huomattavasti lyhyempiä. Edellä mainittujen oireiden vuoksi osa potilaista ei kyennyt pudottamaan painoa leikkausta edeltävänä odotusaikana (Sharman ym. 2016, 48). Vastaavia turhautumisen tunteita on todettu myös muilla suunniteltuun leikkaukseen tulevilla potilailla, kun heillä ei ole ollut tietoa tulevan leikkauksen ajankohdasta (Berg, Berg, Rolfson & Erichsen-Andersson 2019, 4). Tässä opinnäytetyössä potilaiden kokemukset olivat yhteneväisiä Bergin ym. (2019, 4) tutkimuksen kanssa, jossa potilaat kokivat, että heidän oli helpompi henkisesti valmistautua tulevaan toimenpiteeseen, kun heillä oli tiedossa tarkka päivämäärä. Toisaalta Liun ja Irwinin (2017, 3160) tulosten mukaan potilaat pitivät henkisen valmistautumisen kannalta odotusaikaa tarkoituksenmukaisena, jotta tulevaan ehtii sopeutua mahdollisimman hyvin.

Potilaiden kertoman mukaan he hakivat paljon tietoa lihavuusleikkausprosessin kulusta internetistä ja vertaisryhmistä, koska he eivät olleet saaneet riittävästi tietoa terveydenhuollon ammattilaisilta. Meleo-Erwinin ym. (2019, 157) mukaan suurin osa lihavuusleikkauksista kertovista internetsivuista on vaikeasti luettavia tai ymmärrettäviä. Atwoodin, Friedmanin, Meisnerin ja Casiin (2018, 631) mukaan myös internetin vertaistukiryhmien keskusteluissa jaetaan paljon tietoa, kuinka edetä lihavuusleikkausprosessissa leikkausta edeltävästi. Suomessa lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolut poikkeavat toisistaan eri sairaanhoitopiirien välillä, minkä vuoksi keskustelupalstoilla välitetyt tiedot eivät välttämättä pidäkään toisessa sairaanhoitopiirissä paikkaansa (Dahlström 2019; Gröndahl 2019; Jokelainen ym. 2019; Juurakko 2019; Kekkonen 2019; Krötzl 2019; Sammalkorpi 2019).

Tulosten mukaan potilaiden kokemukset tiedon siirtymisestä olivat vaihtelevia. Lihavuusleikkauspotilaat olivat sitä mieltä, että heitä koskevat tiedot siirtyivät pääsääntöisesti ongelmitta terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle ja että heidän taustoihin oli tutustuttu etukäteen. Toisaalta potilaita ajoittain turhautti täyttää toistuvasti samoja kaavakkeita ja vastata samoihin kysymyksiin kerta toi-

sensa jälkeen. Samansuuntaisia tuloksia oli Renholmin ym. (2009, 171) tutkimuksessa, jossa potilaat kokivat ajoittain turhauttavana vastata useita kertoja samoihin kysymyksiin käydessään usean eri terveydenhuollon ammattilaisen luona. Potilaat kokivat hoitopolun nykyisellään pirstaleisena, kun käyntejä oli paljon eri toimipisteissä, minkä seurauksena oli vaikea hahmottaa minne olla tarvittaessa yhteydessä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (2011, 9) mukaan hoitoprosessien pirstaleisuus vähentää potilashoidon turvallisuutta ja etenkin tiedonkulun ongelmat lisäävät virheiden mahdollisuutta.

Käyntien sisältöihin toivottiin nykyistä enemmän joustovaraa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaat toivoivat kohtaamisista nykyistä henkilökohtaisempia ja keskustelempia. Toisaalta potilaat kokivat, että heidän elämäntilanteensa oli otettu hyvin huomioon leikkaushoidon suunnittelussa. Myös Renholmin ym. (2009, 171) mukaan potilaan pitivät tärkeänä, että heillä oli mahdollisuus itse vaikuttaa hoitopolun suunnitteluun.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että lihavuusleikkauspotilaat kokivat hyötyvänsä erilaisten ohjausmuotojen käytöstä prosessin aikana. Santiagon ym. (2019) intervention mukaan lihavuusleikkauspotilaisiin oltiin yhteydessä puhelimitse noin kuukautta ennen sovittua käyntiä terveydenhuollon yksikössä. Puhelun tarkoituksena oli muistuttaa potilasta tulevasta tapaamisesta sekä kartoittaa tämän sen hetkiset tarpeet ja suunnitella tulevan käynnin sisältö yksilöllisten tarpeiden mukaan. Edellä mainittu käytäntö lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä hoitoa kohtaan ja hoidon yksilöllinen suunnittelu toteutui aiempaa vaivattomammin. Lisäksi uudella käytännöllä käyttämättömät poliklinikka-ajat vähenivät ja vapaat ajat kyettiin käyttämään aiempaa tehokkaammin. (Santiago ym. 2019.)

Kuuden kuukauden jälkeen leikkauksesta tuli lähes puolen vuoden ajanjakso ilman tapaamisia, mikä koettiin liian pitkäksi kontrollien väliseksi ajaksi. Coulmanin, MacKichanin, Blazebyn ja Owen-Smithin (2017, 556) tutkimuksessa lihavuusleikkattujen parissa työskentelevät ammattilaiset myöntävät, että hyvä seurantahoito on välttämätöntä onnistuneelle lopputulokselle. Tutkimuksessa kerrottiin leikkauksen jälkeisen seurannan keskittyvän pääasiassa fyysisiin oireisiin, potilaan sairauksiin sekä ravitsemuksellisiin puutoksiin. Potilaan psykologiset tarpeet muun muassa painon nousun ja syömisen hallinnan vuoksi jäivät

vähemmälle ohjaukselle. Seurannan kehittäminen vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita johtaisi parempiin leikkaustuloksiin ja toisi myös kustannussäästöjä. (Coulman ym. 2017, 556.)

Renholmin ym. (2009, 171) tulosten mukaan potilaat kokivat tärkeiksi sen, että heillä oli tiedossa joku, johon olla tarvittaessa yhteydessä. Tässä opinnäytetyössä potilaat kokivat, että terveydenhuollon ammattilaiset olivat helposti tavoitettavissa. Tarvittaessa sovittujen käyntien peruminen tai siirtäminen koettiin vaivattomana. Koko prosessin ajalle kaivattiin matalan kynnyksen yhteydenotkanavaa mahdollisia kysymyksiä varten.

Tämän opinnäytetyön mukaan potilaat olisivat toivoneet psyykkisen tilan kartoittamista osana lihavuusleikkausprosessia, vaikkei heillä ei olisi ollut entuudestaan mielenterveysongelmia. Tays Hatanpään käytännön mukaan potilaiden on mahdollista tavata psykiatrinen sairaanhoitaja ja keskustella hänen kanssaan ennen ja jälkeen leikkauksen (Dahlström 2020; Kekkonen 2018; Krötzl 2019). Lamoren ym. (2017, 804) haastatteleminen psykiatrien ja psykologien kokemusten mukaan kaikkien lihavuusleikkaukseen hakeutuvien tulisi käydä arviointikäynnillä leikkausta edeltävästi. Heidän kokemuksensa mukaan psykologin tai psykiatrin arviointikäynti pienensi riskiä leikkauksen jälkeiselle haitallisille toimintamalleille. Tämän lisäksi kolme neljästä suositteli potilaille jatkoseurantakäyntiä. (Lamore ym. 2017, 804.)

Tässä opinnäytetyössä haastatellut potilaat kertoivat, ettei heille ollut tarjottu mahdollisuutta tavata psykiatrista sairaanhoitajaa, eivätkä he osanneet itsekään sitä pyytää. Lamoren ym. (2017, 804) tutkimuksesta kävi ilmi, että Ranskassa psykiatrien ja psykologien mukaan suurin osa heidän lihavuusleikkauspotilaista hyötyy säännöllisemmistä käynneistä lihavuusleikkausprosessin aikana. Käypä hoito -suosituksen (2020) mukaan ennen leikkauspäätöksen tekemistä psykologin tai ravitsemusterapeutin vastaanottoa suositellaan vain jos potilaalla esiintyy ahmintaa tai tunnesyömistä. Toisin sanoen silloinkin voidaan ohjata ravitsemusterapeutille psykologin sijaan. Leikkauspäätöksen jälkeen psykiatria tai psykologia konsultoidaan vain tarvittaessa. Potilaille tulisi kuitenkin tarjota mahdollisuus säännöllisiin psykiatrin, psykologin tai psykoterapeutin vastaanottoihin leikkauk-

sen jälkeen jos he kokevat leikkauksen tuomat muutokset psyykkisesti raskaiksi. (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020.)

Tämän opinnäytetyön tuloksista nousi esiin konkreettisten, numeraalisten tulosten merkitys osana kehon muutosten seurantaan. Vastaavia tuloksia ei ollut aiemmissa tutkimuksissa. Kehonkoostumusmittauksia toivottiin heti alusta alkaen ja niiden seuraamista kaivattiin, jotta leikkauksen vaikuttavuuden ymmärtäisi paremmin. Myös verikokeiden tärkeys nousi esiin, jotta tiedettiin oliko ravinnon saanti turvattua. Käypä hoito -suosituksen mukaan seurantaverikokeet otetaan vuosittain (Lihavuus [lapset, nuoret ja aikuiset]: Käypä hoito -suositus 2020).

8.1.2 Kokemukset ohjauksesta

Tässä opinnäytetyössä potilaat kokivat, että kaikille ohjausmuodoille oli oma paikkansa osana lihavuusleikkausprosessia. Haastateltujen vastauksista ei noussut esiin selkeää linjaa, minkä ohjausmuodon määrää tulisi lisätä tai minkä vähentää. Yksilöohjauksen vahvuutena koettiin, että aroista asioista oli helpompaa keskustella ja esittää kysymyksiä. Osa haastatelluista koki, ettei halunnut keskustella henkilökohtaisista asioista muiden kuullen. Ryhmäohjausten tuoma resurssien säästö kuitenkin ymmärrettiin potilaiden keskuudessa.

Ryhmäohjauksen positiivisena puolena koettiin muiden samassa tilanteessa olevien tapaaminen. Ryhmässä myös keskustelut olivat parhaimmillaan monipuolisempia ja muiden esittämistä kysymyksistä hyötyivät kaikki osallistujat. Tarrantin ym. (2017, 87–88) tutkimuksessa huomattiin ryhmätoiminnan tukevan potilaiden psykologisia tarpeita sekä samassa tilanteessa olevien kollektiivisuuden tukevan muutosprosessia.

Suullinen ohjaus koettiin tärkeänä ja keskustelumahdollisuuksia terveydenhuollon ammattilaisten kanssa toivottiin nykyistä enemmän. Tuloksista kävi ilmi, että potilaita harmitti suullisten ohjeiden ollessa ajoittain epämääräisiä ja sisällöltään vaihtelevia ilman selkeää runkoa. Myös Sharmanin ym. (2016, 51) tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden oli ajoittain vaikea luottaa ammattilaisilta saatuun tie-

toon, sillä eri ammattilaiset saattoivat antaa hyvinkin ristiriitaista tietoa keskenään.

Potilaiden saama kirjallinen materiaali oli tarkkaa ja selkeää. Potilaat kokivat, että tietoa tuli leikkausprosessin varrella niin paljon, että kirjalliset ohjeet olivat ehdottomat kaiken sisäistämiseksi. Kirjallisen materiaalin tärkeys korostui myös Liun ja Irwinin (2017, 3162) tutkimuksessa, jossa lihavuusleikkauspotilaat kokivat yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi klinikalta saadun kirjaseen, jossa oli muun muassa ohjeita leikkauksen jälkeiseen aikaan sekä esimerkkiannoksia aterioista.

Tulosten mukaan potilaat hakivat tietoa leikkauksesta ammattilaisten lisäksi internetistä tai muilta lihavuusleikkauspotilailta. Näitä lähteitä käytettiin lähinnä tietoaukkojen täydentämiseen. Renholmin ym. (2009, 171) mukaan potilaat kokivat niin ammattilaisilta saadun, kuin itse hankitun tiedon tärkeiksi. Tässä opinäytetyössä potilaat mainitsivat, että olisivat kaivanneet nykyistä konkreettisempia esimerkkejä muun muassa ruokailun suhteen. Atwoodin ym. (2018, 361) mukaan potilaat jakoivat omia konkreettisia esimerkkejä ja neuvoja vertais-tukisivustoilla.

Opinnäytetyöhön haastatellut potilaat kokivat ohjaustilanteet hyvin vaihtelevasti. Pääosin ohjausta kuvattiin selkeänä, riittävänä ja oikea-aikaisena. Osa potilaista koki, että sisäistämisen kannalta tietoa tuli liikaa, kun taas toisten mielestä ohjaus tuntui samojen asioiden jatkuvalla toistamisella. Toiset taas olivat sitä mieltä, että heille ei ollut kerrottu riittävästi leikkaukseen liittyvistä asioista, kuten sivuvaikutuksista, leikkauskomplikaatioista tai elämästä leikkauksen jälkeen. Myös Renholmin ym. (2009, 171) tuloksessa tuli esiin leikkauspotilaiden tarve tietää edeltävästi todenmukaisesti leikkauksesta ja sen riskeistä. Samansuuntaisia tuloksia ilmeni myös Anttilan ym. (2009, 133), Rekolan ym. (2013, 36) sekä Owersin ym. (2017, 122) tutkimuksissa, joissa lihavuusleikkauspotilaat kokivat, ettei leikkaukseen liittyvistä sivuvaikutuksista puhuttu riittävästi etukäteen. Potilaat kokivat, ettei heille oltu kerrottu mistä tarvittaessa hakea psykiatrista tukea. Vastaavia tuloksia oli Owersin ym. (2017, 123) sekä Rekolan ym. (2013, 36) tutkimuksissa, joissa kaivattiin enemmän tietoa, mistä hakea apua lihavuusleikkausprosessin aikana.

Leikkausta edeltävä ENE-dieetti koettiin pääosin stressaavana koettelemuksena, mutta sen tarkoitus tulevaisuuden ruokavalioon sitoutumisena ja valmistautumisena ymmärrettiin kuitenkin hyvin. ENE-dieettiä varten saadut ohjeet koettiin selkeinä. Osa potilaista ei ollut tietoisia, että painon laskun pysähtyminen ENE-dieetin aikana voi olla normaalia ja koki sen vuoksi kovasti stressiä painon laskun hidastumisesta. Leikkauksen jälkeistä ruokavaliota toivottiin kerrattavan nykyistä enemmän ravitsemusterapeutin toimesta vielä toimenpiteen jälkeen ennen kotiutumista, sillä leikkausta edeltävästi se oli tuntunut kovin kaukaiselta. Leikkauksen jälkeisten ruokamäärien niukkuus yllätti ja ruokavalio-ohjeet koettiin osittain tiukoiksi. Harperin ym. (2018, 1422) tutkimuksessa korostetaan, että terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla syvällinen käsitys siitä, miten asiakkaat kokevat erittäin niukkaenergisien dieetin, jotta ammattilaiset osaisivat tukea asiakasta oikealla tavalla dieetin aikana.

Potilaiden kokemusten mukaan keho- ja minäkuvan muutoksista ei puhuttu lainkaan tai mainittiin ohimennen. Haastatellut olivat sitä mieltä, että mikäli aiheesta olisi keskusteltu enemmän, olisi oman nopeasti muuttuvan kehon hyväksyminen ollut helpompaa. Potilaita mietitytti myös, kuinka oman kehon muuttuminen vaikuttaa lähipiiriin ja myös tätä aihetta toivottiin käsiteltävän. Häggman-Laitilan ym. (2012, 255) ja Rekolan ym. (2013, 36) tutkimukset tukevat tätä tulosta. Heidän tutkimuksessaan potilaat kokivat tuen tarpeita keho- ja minäkuvan muutoksen vuoksi ennen ja jälkeen leikkauksen. He kaipasivat tukea tunnereaktioiden käsittelyyn sekä muuttuneeseen sosiaaliseen vuorovaikutukseen. (Häggman-Laitila ym. 2012, 255; Rekola ym. 2013, 36.) Oman kehon kuvan positiivinen muutoksen myötä minäkuvan hyväksyminen oli vaikeaa. Kehon muuttuessa lyhyessä ajassa ei mieli pysy muutoksessa mukana ja oma keho nähtiin edelleen lihavana. (Häggman-Laitila ym. 2012, 255.)

8.1.3 Kokemuksia saamastaan tuesta

Opinnäytetyössä osa potilaista toivoi perheen huomioimista prosessissa nykyistä enemmän. Bylundin, Benzeinin ja Sandgrenin (2017, 3) tutkimuksessa lihavuusleikkauksen tuomat muutokset yllättivät perheenjäsenet, joten tutkimustulos tukee tarvetta ottaa perheenjäsenet huomioon prosessissa. Perheenjäsenet

yllättyivät esimerkiksi lihavuusleikatun muuttuneesta ulkonäöstä ja hänen kokemistaan mahdollisista sivuvaikutuksista, joita ovat esimerkiksi dumping oireet vatsan kouristuksineen, pahoinvointi, nopea syke, huimaus, ripuli, syömisvaikeudet vatsakipujen ja masennuksen takia sekä psykososiaaliset muutokset kuten mielialanvaihtelut. (Bylund ym. 2017, 3.)

Tässä opinnäytetyössä potilaat ehdottivat läheisille suunnattua kirjallista materiaalia tai sopeutumisvalmennuskurssia. Potilaille ei ollut kerrottu mahdollisuudesta ottaa läheisiä mukaan ohjauksen käynnille. Applegaten ja Friedmanin (2008, 40) mukaan on oleellista, että potilaan puoliso on saanut riittävästi tietoa lihavuusleikkauksen vaikutuksista, jotta tuleviin haasteisiin osataan suhtautua paremmin. Bylundin ym. (2017, 8) mukaan perhepohjaisilla interventioilla voisi olla arvoa perheille, jotka kamppailevat selviytyäkseen ja sopeutuakseen odottamattomiin muutoksiin. Perheenjäsenten osallistuminen ja informaation saaminen alusta alkaen voisi vakauttaa uuden elämäntilanteen perheen sisällä. (Bylund ym. 2017, 8.)

Potilaat kaipasivat tukea painon putoamisen myötä tuomien muutosten käsitteilyyn. Hämmennystä aiheutti laihtumisen myötä ympärillä olevien ihmisten erilainen suhtautuminen, muutokset omassa itsetunnossa ja energisyydessä sekä elämänlaadussa. Kehon nopean muuttumisen myötä myös Liun ja Irwinin (2017, 3162) sekä Ficarón (2018, 10) tutkimuksissa potilaat kertoivat itsetunnon parantuneen ja sitä kautta oman käytöksen muuttuneen sosiaalisissa tilanteissa. Griauzden ym. (2018, 3) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat olivat itsetunnon parantumisen myötä hakeutuneet entistä enemmän erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin ja esimerkiksi hakeneet työpaikkoja, joihin eivät olisi aiemmin kehdanneet edes pyrkiä. Toisten ihmisten muuttunut suhtautuminen aiheutti myös muiden tutkimusten mukaan potilaissa ristiriitaisia tunteita (Liu & Irwin 2017, 3162; Griauzde ym. 2018, 4). Bylund ym. (2017, 3), Griauzden ym. (2018, 6) sekä Ficarón (2018, 9) mainitsemia muiden ihmisten lisääntyneitä huomiota ja kateellista suhtautumista laihtumiseen ei tullut tämän opinnäytetyön tuloksissa esille.

Nopean painon putoamisen myötä potilaat huomasivat sokaistuvan oman kehon muutokselle. Vastaavanlaisia tuloksia potilaiden vaikeuksista sopeutua nopeasti muuttuvaan kehoon on havaittu toisissakin tutkimuksissa (Liu & Irwin,

2017, 3160; Griauzde ym. 2018, 3). Griauzden ym. (2018, 3) mukaan potilaat kokivat laihtumisen myötä peilistä katsovan vieraan ihmisen ja oma kuva nähtiin edelleen lihavana ja rumana laihtumisesta huolimatta.

Haastatellut kaipasivat psyykkistä tukea koko prosessin ajalle yksilöllisen tarpeen mukaan. Tays Hatanpäällä lihavuusleikkauspotilailla on mahdollisuus tavata psykiatrinen sairaanhoitaja tarpeen mukaan (Kekkonen 2019; Krötzl 2019). Tulosten mukaan potilaat kuitenkin kokivat, ettei psyykkistä puolta oteta lainkaan huomioon ja apua tarjottiin vasta kun potilaalle tuli komplikaatioita. Sharmanin ym. (2015, 35) mukaan usein unohdettu psykologinen tuki koettiin yhtenä tärkeimpänä osa-alueena koko lihavuusleikkausprosessissa. Potilaat tiedostivat, että kaikilla lihavuusleikkauspotilailla on psyykkisellä puolella haasteita, joita olisi hyvä käsitellä. Liun ja Irwinin (2017, 3160) tutkimuksessa potilaat kaipasivat terveydenhuollon ammattilaisilta nykyistä enemmän psyykkistä tukea uuteen kehoon sopeutumisen vuoksi.

Psyykkisen tuen heikko saatavuus vaikutti osalla potilaista negatiivisesti leikkaukokemukseen ja -tuloksiin (Sharman ym. 2015, 35). Odgenin, Hollywoodin ja Pringen (2015, 502–503) tutkimuksessa lisätyillä psykologin käynneillä ei näkynyt vielä positiivisia vaikutuksia potilaiden painonpudotukseen vuosi leikkauksen jälkeen. Kuten kyseisessä tutkimuksessakin pohdittiin, tulos voisi olla erilainen mikäli seuranta tehtäisiin, kun leikkauksesta on kulunut enemmän aikaa (Odgen ym. 2015, 503).

Vertaistuen merkityksen näkeminen tärkeänä osana lihavuusleikkausprosessia oli yhteneväistä Anttilan ym. (2009, 136), Rekolan ym. (2013, 36), Häggman-Laitilan ym. (2012, 256) tulosten kanssa. Samassa tilanteessa olevien kanssa vaihdetut ajatukset koettiin kannustavina. Ficarón (2018, 10) mukaan lihavuusleikkausta odottavat potilaat kokivat erityisen tärkeänä kuulla kokemuksia leikkauksen läpikäyneiltä. Yhtä lailla merkityksellisenä pidettiin omien leikkauksen jälkeisten saavutusten jakaminen toisia kannustaen (Ficaro 2018, 10). Vertaistuen ja kokemusten jakamisen tärkeys tuli esiin myös Sharmanin ym. (2016, 51) tuloksissa ja se koettiin kannustavana. Myös Atwoodin ym. (2018, 632) mukaan keskeisimpiä teemoja vertaisryhmien keskusteluissa olivat toisilta saatu kannustus, sympatia ja ymmärrys omaa tilannetta kohtaan.

Yhteyttä pidettiin lähinnä sosiaalisen median välityksellä tai tapaamisilla kasvotusten. Sosiaalinen media mahdollistaa yhteydenpidon kaikkina vuorokauden aikoina, mikä koettiin toivottuna lisänä säännöllisiin tapaamisiin (Ficaro 2018, 11). Sosiaalisen median kanavilla keskustelut saattoivat kasvaa liian suuriin mittasuhteisiin, minkä vuoksi potilaat kokivat ajoittain tarvetta pitää taukoa kyseisistä ryhmistä. Myös Anttilan ym. (2009, 136) mukaan vertaisryhmät saatiin kokea painostaviksi, mikäli niiden toiminta ulottui liian monelle elämänalueelle.

Tulosten mukaan ystävät ja perhe olivat yksiä tärkeimpiä tukiverkostoja lihavuusleikkausprosessin aikana, koska heidän kanssaan oli mahdollista puhua avoimesti. Uusien asioiden kohtaaminen oli ollut helpompaa perheenjäsenen eläessä mukana muutoksessa. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin Ficaron (2018, 9) tutkimuksessa, jossa lihavuusleikkauspotilaat nimesivät merkittävimmiksi tukihenkilöiksi prosessin aikana perheen, ystävät, kollegat, vertaisryhmän jäsenet sekä sosiaalisen median. Livhitsin ym. (2011, 146) mukaan ne lihavuusleikkauspotilaat, joilla oli yhdeksän tai useampi hyvin läheistä henkilöä, pudottivat painoa leikkauksen jälkeen muita enemmän. Läheisten tuki on koettu merkittävänä voimavarana myös Sharmanin ym. (2016, 51) tutkimuksessa ja sen merkitys korostui etenkin leikkausta odottaessa. Potilaat kokivat haastavaksi kertoa tulevasta leikkauksesta läheisille. Etenkin omille lapsille kertomiseen olisi kaivattu tukea ammattilaisilta. Ficaron (2018, 9) mukaan lihavuusleikkauspotilaiden läheisten negatiivinen suhtautuminen leikkaukseen hakeutumista kohtaan johtui useimmiten tiedon puutteesta.

Lihavuusleikkauksen myötä parisuhteen dynamiikka useimmiten muuttui (Liu & Irwin 2017, 3162; Bylund ym. 2017, 3), mikä Liun ja Irwinin (2017, 3162) mukaan joko vaikutti parisuhteeseen tätä vahvistavasti tai puolison tuen ja kannustuksen puuttuessa eroon. Lisääntynyt itseluottamus ja aktiivisuus vaikutti useimmiten Griauzden ym. (2018, 6) myötä parisuhteeseen vahvistavasti, mutta esiin tuli niitäkin kokemuksia, joissa puoliso ei pitänyt potilaan muuttuneesta ulkonäöstä.

Potilaiden kokemusten mukaan ammattilaiset suhtautuivat heihin positiivisesti ja kannustavasti. Sharmanin ym. (2016, 51) mukaan osa terveydenhuollon am-

mattilaisista suhtautui lihavuusleikkauspotilaisiin ylimielisesti ja kommentoi heidän painoaan tai tilannettaan sopimattomasti. Vastaavia kokemuksia ei tämän opinnäytetyön tuloksissa tullut ilmi. Potilaat kuitenkin kokivat, etteivät saaneet riittävästi henkistä tukea, eikä heille kerrottu, mistä sitä olisi tarvittaessa voineet hakea. Sharmanin ym. (2016, 51) tulokset olivat samansuuntaisia potilaiden kokiessa, etteivät he saaneet terveydenhuollon ammattilaisilta riittävästi tukea etenkin leikkausta odottaessa, eivätkä ammattilaiset ymmärtäneet heidän tilannettaan. Vastaavasti Liun ja Irwinin (2017, 3162) mukaan potilaat kokivat ammattilaisilta saadun tuen hyvänä niin ennen kuin jälkeen leikkauksen. Keskusteluavun tarve psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa tuli vahvasti esiin tämän opinnäytetyön tuloksissa. Osa potilaista oli hakeutunut psykologin vastaanotolle omakustanteisesti.

8.2 Eettisyys

Eettinen valinta tehtiin jo tutkittavaa aihetta valittaessa (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Tutkimuksen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Eettisyyteen kuuluu myös vahingoittamisen välttäminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7–8.) Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui lihavuusleikkauspotilaiden hoidon kehittäminen, koska molemmat opinnäytetyön tekijät työskentelevät kyseisen potilasryhmän kanssa. Aihe tarkentui sen mukaan, mistä koettiin olevan eniten hyötyä ammattilaisille ja lihavuusleikkauspotilaille. Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa huolehdittiin, ettei tutkittaville koidu mitään ylimääräistä haittaa tai vahinkoa.

Haastattelun eettisyyteen kuuluvat yksityisyys, tietosuoja ja että haastateltavalla kommenon tieto tutkimuksesta sekä miten hänen antamiaan tietoja käytetään ja säilytetään. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää halutessaan osallistuminen, mikä on itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 25; Hyvärinen ym. 2017, 32; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8.) Opinnäytetyöhön osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Tutkittavat ottivat itse yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin halutessaan osallistua opinnäytetyöhön. Heille annettiin luettavaksi teemahaastattelurunko (liite 5), tiedote tutkimuksesta (liite 3) sekä tutkittavan suostumuslomake (liite 4), jonka he allekirjoittivat. Haastattelut toteutet-

tiin haastateltavien toivomalla tavalla puhelimitse, haastateltavan työpaikalla sekä yksi haastatteluista tehtiin autossa ostoskeskuksen pihassa. Tutkittavien yksityisyydestä ja antamista aineistoista pidettiin hyvää huolta ja huolehdittiin, etteivät ne voi päätyä muiden nähtäviksi tai kuultaviksi.

Vilpittömyys ja rehellisyys kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön ja sitä edellytetään tutkijoilta. Tähän kuuluu, että tutkija kunnioittaa toisten saavutuksia ja työtä täsmällisillä lähdeviitauksilla esittäen asiat oikeassa valossa. (Vilkkä 2015, 42.) Opinnäytetyössä on kunnioitettu toisten tutkijoiden työtä huolehtimalla lähdeviitauksien huolellisesta merkitsemisestä.

Haastateltavia tiedotettiin mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisensa opinnäytetyöhön ennen aineiston analyysin suorittamista. Yhteystietomme oli haastateltavilla tiedossa (liite 3). Kukaan haastatteluista ei halunnut keskeyttää osallistumistaan. Opinnäytetyötä varten tehtiin sopimus Tampereen Ammattikorkeakoulun ja LILE ry:n kanssa (Vilkkä 2015, 47). Opinnäytetyön haastatteluaineisto hävitettiin asianmukaisesti työn valmistuttua.

Suoria lainauksia käytettäessä tulosten esittämisen yhteydessä on huolehdittava, ettei haastateltavaa ole mahdollista tunnistaa esimerkiksi murre sanojen perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198). Tässä opinnäytetyössä alkuperäisiä lainauksia valittaessa huomioitiin, ettei ilmauksissa ollut murre sanoja tai vastaavia ilmaisuja, joista voisi päätellä haastateltavien henkilöllisyyksiä.

Tutkimusta tehtäessä on käytetty yleisesti hyväksytyjä tutkimusmenetelmiä ja tiedon hankintaa (Vilkkä 2015, 41). Tätä opinnäytetyötä tehtäessä on käytetty laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytettyjä menetelmiä, kuten haastattelua ja aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tietoa on haettu asianmukaisista terveydenhuoltoalan tietokannoista sekä laadullisen tutkimuksen tekemiseen liittyvästä kirjallisuudesta. Lähteinä on käytetty mahdollisimman tuoreita teoksia. Artikkelit ovat luotettavista lähteistä ja vertaisarvioituja. Ohjausta haettiin sisällön tuottamiseen ja tiedon hankintaan TAMKin kirjaston informaattikolta ja ohjaavalta opettajalta. Lisäksi työssä käytettiin hyväksi muiden opiskelijoiden vertaisar-

viointia ja erilaisia näkemyksiä, joita saimme seminaarien yhteydessä. Opinnäytetyön eteneminen on pyritty raportoimaan mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen avoimuuteen kuuluu, että tutkimus on kaikkien saatavilla ja mahdollinen rahoitus on kerrottu (Hirsjärvi ym. 2009, 23; Vilkka 2015, 46, 50). Tämä opinnäytetyö ei ole saanut rahoitusta ja julkaistaan Theseus-tietokannassa sekä LILE ry:n internetsivustolla.

8.3 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kautta. Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa kuinka uskottavasti tutkimus ja sen tulokset on esitetty. Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkittava ilmiö on pidemmältä ajalta tuttu tutkijoille, mikä mahdollistaa tutkittavien näkökulman ymmärtämisen syvällisemmin. Uskottavuutta voidaan myös vahvistaa tutkimuspäiväkirjan avulla, mikä auttaa tutkijaa tarkastelemaan omia päätöksiään. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Uskottavuutta vahvistaakseen on tulokset raportoitava niin selkeästi, että lukijan on mahdollista seurata analyysin kulkua. Raportissa tulee myös olla arvioituna tutkimuksen vahvuudet sekä mahdolliset rajoitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2017, 198) nostavat yhdeksi uskottavuutta vahvistavaksi tekijäksi analyysin sekä tulosten esittämisessä taulukoiden ja liitteiden käytön.

Tämän opinnäytetyön tekijät ovat molemmat työskennelleet lihavuusleikkauspotilaiden parissa usean vuoden ajan, minkä ansiosta opinnäytetyön tekijöillä on hyvä ymmärrys lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolusta. Opinnäytetyön tekijät ovat tehneet muistiinpanoja erilliseen tiedostoon ja kommentteja opinnäytetyöhön koko prosessin ajan selventämään valintojaan. Analyysi on kuvattu tekstin lisäksi erillisen taulukon avulla, johon on tuotu luokittelun eri vaiheet alkuperäisilmaisista yläluokkiin saakka. Tuloksia esitettäessä on käytetty kuvioita parantamaan luotettavuutta.

Yksin tehtäessä tutkimusta voi omalle työlle ja tekemilleen ratkaisuille tulla sokeaksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197). Tässä opinnäytetyössä tekijöitä on ollut kaksi ja tehtyjä valintoja on pohdittu koko prosessin ajan useasta eri näkökulmasta. Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan tapaamiset sekä seminaarit toivat lisänäkökulmia, joita on harkiten hyödynnetty.

Tulkittaessa tuloksia kerrotaan perusteet tulkinnalle ja tässä kohdassa voi käyttää suoria lainauksia rikastuttamaan tulkintaa (Hirsjärvi ym. 2009, 233). Suorien lainausten käyttäminen tulosten esittämisessä vahvistaa luotettavuutta antamalla lukijalle mahdollisuuden seurata ja arvioida analyysin etenemistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198). Analyysivaiheen luokittelusta kerrotaan perusteet ja alkujuuret luokittelun syntymisestä (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tässä opinnäytetyössä aineisto vietiin luokitteluvaiheessa taulukkomuotoon analyysin kulun seuraamista helpottamaan. Tuloksia esitettäessä jokaisesta alaluokasta on esitetty alkuperäisilmauksia.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, kuinka toinen voi seurata tutkimuksen etenemistä raportoidun perusteella. Raportissa tulee olla selkeästi ilmaistuna, kuinka kuhunkin johtopäätökseen on päädytty ja mitkä perustelut ovat tehtyjen valintojen taustalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tarkka selostus totuudenmukaisesti ja selvästi tutkimuksen tekemisestä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden vahvistamiseksi kerrotaan paikoista ja olosuhteista, joissa aineistot on kerätty, haastattelujen virhetulkinnat, käytetty aika, häiriötekijät ja tutkijan oma itsearviointi haastattelutilanteista. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Laadullisessa tutkimuksessa todellisuus ei ole yksiselitteinen, minkä vuoksi toinen tutkija voi päätyä eri tulokseen samasta aineistosta. Eri tulokseen päätyminen ei ole kuitenkaan vahvistettavuutta heikentävä tekijä vaan voi jopa lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä työn vaiheet ja tehdyt valinnat on kuvattu mahdollisimman selkeästi, jotta tutkimuksen etenemistä on helppo seurata. Laadittu teemarunko testattiin ensimmäisen haastattelun yhteydessä, jonka jälkeen pohdittiin tarvetta teemojen tarkentamiselle.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijoiden taustojen ja ennako-oletusten vaikutusta tutkimuksen etenemiseen, sisältöön, tutkittavien ja tutkijoiden väliseen

suhteeseen sekä kuinka nämä asiat on huomioitu tutkimuksessa (Mays & Pope 2000). Opinnäytetyötä tehdessä omat näkemykset ja ajatukset hoitopolkuun liittyen on tietoisesti pyritty jättämään taka-alalle. Tästä huolimatta tiedostetaan, että ne ovat jossain määrin voineet vaikuttaa opinnäytetyön sisältöön. Opinnäytetyön tekijät kertoivat ennen haastattelun alkua omasta taustastaan haastateltaville luottamuksen lisäämiseksi ja haastattelutilanteen rentouttamiseksi. Toisaalta opinnäytetyön tekijöiden rooli terveydenhuollon ammattilaisina on voinut vaikuttaa siihen, kuinka avoimesti haastateltavat ovat halunneet tuoda kokemuksiaan ilmi.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka tuloksia voidaan hyödyntää myös muissa konteksteissa. Siirrettävyyttä varten on kuvattava mahdollisimman tarkasti aihe, toimintaympäristö ja tutkittavat. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan Tays Hatanpään käytännöt lihavuusleikkausprosessissa sekä käytetyt työkalut mahdollisimman tarkasti. Tämä mahdollistaa, että opinnäytetyön tuloksia voitaisiin sovellettuna hyödyntää myös muissa sairaanhoitopiireissä.

Haastattelun laatuun vaikuttaa parantavasti, kun haastattelun litteroinnin tekee mahdollisimman nopeasti sama henkilö, joka teki myös haastattelun. (Hirsjärvi & Hurme 2008,185). Näin myös tässä opinnäytetyössä toimittiin. Litteroinnin jälkeen aina toinen opinnäytetyön tekijöistä kuunteli toisen tekemän haastattelun ja tarkasti litteroinnin. Nauhoitusten laatu oli hyvä ja puhe selkeää. Tämä varmistettiin aina testaamalla ennen haastattelua nauhuria jokaisessa haastattelupaikassa ja huomioimalla mahdolliset häiriötekijät.

Haastateltaviksi on mielekästä valita sellaiset henkilöt, joilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta (Vilkkä 2015, 88). Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrää tärkeämpää on saada laajempi sisällöllinen aineisto (Vilkkä 2015, 129) ja ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2009, 181). Tässä opinnäytetyössä haastatellut olivat itse käyneet lihavuusleikkausprosessin läpi ja heillä oli henkilökohtaisia kokemuksia tutkittavaan aiheeseen liittyen. Haastateltavat rekrytoitiin potilasjärjestö LILE ry:n suljetun Facebook-ryhmän kautta. Vaikka tavoitetta kahdeksasta haastateltavasta ei saavutettu, niin seitsemällä haastattelulla saatiin laajasti ja monipuolisesti kokemuksia opinnäyte-

työn aiheeseen liittyen. Opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää potilasjärjestön kautta tehty haastateltavien hankinta, sillä oletettavasti potilasjärjestöjen ja vertaisryhmien jäseniksi hakeutuu henkilöitä, joille vertaistuki on poikkeuksellisen merkityksellistä.

Tuomi & Sarajärvi (2018, 85–86) kertovat, että haastateltaville on perusteltua lähettää kysymykset etukäteen, jotta haastattelun tarkoitus toteutuu mahdollisimman hyvin eli saadaan riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta. Tässä opinnäytetyössä haastateltaville lähetettiin teemarungot etukäteen, minkä ansiosta suurin osa oli jo etukäteen pohtinut aiheita ja näin ollen voidaan olettaa, että vastausten laatu oli näin toteutettuna parempi.

Lähteiden käyttöä tulee tarkastella kriittisesti ja niiden käytössä tulisi suosia tuoreita lähteitä, koska tieto muuttuu ajan saatossa. Toisaalta taas pitäisi suosia alkuperäislähteitä, koska tieto voi muuttua alkuperäisestä useiden lainausten jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Olemme pyrkineet käyttämään lähteinä ajantasaista tietoa. Samasta aiheesta olevaa eriävää tietoa olemme kommentoineet kritiikkiä käyttäen tekstissä.

8.4 Johtopäätökset, kehittämissuositukset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön myötä kartoitettiin lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia nykyisestä lihavuusleikkausprosessista Tays Hatanpäällä. Potilaat olivat vallitseviin käytäntöihin pääosin tyytyväisiä, mutta kokemuksista nousi myös muutamia kehityskohteita. Tuloksissa oli paljon vaihtelevuutta vastauksien kesken, mikä kertoo yksilöllisestä kokemuksesta ja sen huomioon ottamisen tarpeesta. Opinnäytetyön tuloksista tuli paljon samansuuntaisia tuloksia muihin tutkimuksiin verrattuna vahvistaen tarvetta lihavuusleikkauspotilaan hoitopolun potilaslähtöiselle tarkastelulle.

Lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolun prosessi koettiin osittain pirstaleisena ja potilaille prosessin aikataulullinen eteneminen oli epäselvää. Hoitopolun pirstaleisuus olisi hyvä saada pois, jotta luottamus terveydenhuoltojärjestelmään kasvaisi. Hoitopolun alussa potilaat kokivat pitkän odotusajan turhauttavaksi, joten

hoitopolun aikataulua, vastaanottojen jaksottamista aikataulullisesti sekä potilaan informointia tulisi selkeyttää potilaille nykyistä paremmin. Aikataulua selkeyttämään voitaisiin kehittää internetissä saatavilla oleva kaavio tai informaatio sivusto, josta voisi tarkastella tyypillistä lihavuusleikkausprosessin etenemistä. Tälle sivustolle olisi hyvä ohjata potilaat jo lihavuusleikkauksilähetteen tekevistä yksiköistä, sillä potilaat kokivat juuri ensimmäisen ajan odottamisen kaikista turhauttavimpana.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta kehittämisehdotuksena on, että hoitopolku olisi kokonaisuudessaan potilaiden saatavilla sähköisesti ja vaihtoehtoisten sekä hoitopolkuun kiinteästi kuuluvien käyntien sisällöt kuvattuna. Tätä tapaa voisi myös hyödyntää muissa sairaanhoitopiireissä. Internetissä vertaisryhmien jäsenet voivat olla keskenään eri puolilta Suomea, jolloin on mahdollista, että toisen totena antama tieto ei pidäkään toisessa sairaanhoitopiirissä paikkaansa. Epäselvistä lähteistä haettu tieto voi lisätä väärinymmärrysten riskiä, minkä vuoksi olisi tärkeää kertoa potilaille prosessin etenemisestä, sekä ohjata mistä hakea tarvittaessa lisätietoa. Epäselvyyksien välttämiseksi tulisi mainita hoitopolkujen eroavaisuuksista sairaanhoitopiirien välillä. Tässä opinnäytetyössä mainituissa eri sairaanhoitopiirien lihavuusleikkauspotilaiden hoitopoluissa oli kaikissa eroavaisuuksia keskenään. Valtakunnallinen hoitopolkujen yhtenäistäminen ja kaikille lihavuusleikkausta harkitseville hoitopolun näkyväksi tuominen, esimerkiksi internetissä, voisi poistaa epäselvyyden kokemista koko prosessista.

Potilaiden toivoma yksi matalan kynnyksen yhteydenotto paikka asiantuntijahoitajalle koko prosessin ajalle voisi tuoda potilastyytyväisyyttä sekä sitä kautta voitaisiin saada myös paremmin esille hoitopolun kehitystä vaativat asiat. Tiedon siirtymistä ammattilaisten kesken ja eri ammattilaisten ohjauskäyntien ohjausrunkoja voisi kehittää. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi tuntea nykyistä paremmin toisen ammattilaisen antama ohjauksen sisältö. Tämä on tärkeää, jotta ohjaus on kaikilta ammattilaisilta oikealla tavalla kohdennettua sekä päällekkäinen ja ristiriitainen ohjaus saadaan minimoitua. Kaikkien ohjausmuotojen käyttö on edelleen suositeltavaa. Digipalveluita voitaisiin entistä paremmin käyttää tiedottamiseen, ohjaukseen ja kommunikointiin. Digihoitopolku ja chat-yhteys asiantuntijahoitajalle mahdollistaisi helpon ja nopean tavan ottaa yhteyttä ammattilaisiin ja lisäisi kontaktien määrää.

Haastateltujen vastauksista ei tullut esiin minkään teeman suhteen selkeästi samantyyppisiä toiveita, vaan yksilöllisyys tuli voimakkaasti esiin vastausten ollessa hyvin laidasta laitaan. Hoitopolusta voitaisiin tehdä yksilöllisempiä esimerkiksi niin, että olisi tietty määrä yksilökäyntejä, joiden sisältöön potilas voisi itse vaikuttaa omien tarpeidensa pohjalta. Potilas saisi näin ollen olla mukana päättämässä yksilötapaamisten sisältöä ja saisi itselle kohdennettua hoitoa ja ohjausta. Tämän tyyppinen toiminta voisi tuoda vastaanoton sisältöön potilaiden kaipaamaa joustovaraa ja potilaan yksilölliset tarpeet voitaisiin huomioida paremmin.

Ryhmäohjausten tuoma ajansäästö voi olla kyseenalainen, koska ryhmäohjaukset saattavat lisätä puhelinkontaktien määrää jos potilaat eivät uskalla ottaa arkoja asioita puheeksi toisten läsnä ollessa. Ryhmätapaamisissa avoimemmat ihmiset uskaltavat kysellä kun taas hiljaisemmat eivät välttämättä uskalla sitä tehdä. Sen vuoksi myös yksilökäynnit ovat tärkeitä, jotta aroista ja henkilökohtaisista asioista uskalletaan puhua. Ryhmäohjaus sopii varmasti yleisten asioiden ohjaukseen ja vertaisten verkostoitumisen kannalta sillä on iso rooli. Nykyisten ryhmässä tapahtuvien ohjaukseyntien lisäksi terveydenhuollon järjestämänä voisi olla vapaaehtoisia ryhmätapaamisia, joissa vertaistuen lisäksi olisi mahdollista saada tietoa terveydenhuollon ammattilaiselta.

Psykiatristen palveluiden mahdollisuutta tulee korostaa entistä enemmän, koska psyykkistä tukea ei tiedetty edes välttämättä olevan saatavilla. Nopean painonpudotuksen myötä tapahtuvaan keho- ja minäkuvan muutokseen tarvitaan ohjausta ja tukea pysyvänä osana lihavuusleikkausprosessia. Yhtenä vaihtoehtona voisi olla psykologin pitämä ryhmätapaaminen leikkauksen jälkeen, kuten EPSHP:n alueella on tapana. Tämän avulla olisi mahdollista pienin kustannuksin lisätä psyykkistä tukea leikkauksen tuomien muutosten käsittelyyn osaksi lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolkua.

Potilaiden kokemuksista nousi esiin konkreettisten numeroiden näkeminen muutosten tukena. Esimerkiksi leikkauksen jälkeen otettavat verikokeet antoivat yksiselitteistä tietoa syödyn ravinnon määrästä ja laadusta. Toivotut säännöllisesti tehtävät kehonkoostumusmittaukset voisivat olla kustannustehokas keino

lisätä potilaiden motivoitumista elämäntapamuutokseen ja puuttua mahdollisiin ongelmatilanteisiin hyvissä ajoin.

Lihavuusleikkauksen vaikutukset ulottuvat leikatun lisäksi myös tämän lähipiiriin ja perheen huomioiminen lihavuusleikkausprosessissa koettiin tärkeänä. Potilaiden toiveista tuli ilmi esimerkiksi kirjallisen materiaalin tuottaminen läheisille siitä, kuinka leikkaus vaikuttaa arkeen ja perhedynamiikkaan. Mahdollisuudesta ottaa tukihenkilö mukaan ohjauksen ohjauksikäynnille voitaisiin puhua nykyistä enemmän.

Opinnäytetyön tekijöiden näkökulmasta tehty työ on onnistunut ja siihen voidaan olla oikein tyytyväisiä. Koko opinnäytetyöprosessi on ollut aikaa vievä, mutta se on antanut ammatillisesti todella paljon. Opinnäytetyön teko on kehittänyt tutkijan taitoja ja kriittistä ajattelua. Opinnäytetyön lopullinen aikataulu salli ajanjaksoja, jolloin opinnäytetyön teko oli taka-alalla. Nämä aikajaksot mahdollistivat tehtyjen valintojen uudelleen arvioimista ja pohtimista, mikä auttoi pääsemään mahdollisimman huolelliseen lopputulokseen. Tämä opinnäytetyö tuo uusia näkemyksiä lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolun kehittämiseen sekä antaa lihavuusleikkauspotilaille tietoa askarruttaviin asioihin ja uskallusta tuoda kehitysideoita tästä eteenpäin rohkeasti esille.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan vastaavanlaista laadullista tutkimusta potilaiden kokemuksista hoitopolun toimivuuteen liittyen myös muissa sairaanhoitopiireissä. Näin ollen saataisiin laajempi kuva käytännöistä, jotka palvelevat lihavuusleikkauspotilaita ja missä on eniten kehitettävää kansallisesti. Tämän lisäksi voisi selvittää, olisiko lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolun käytäntöjen innovointi ja yhtenäistäminen Suomessa järkevää kehittämisen ja kustannusten kannalta. Hoitopolkujen yhtenäistämistä on ollut puhetta jo aiemmissa tutkimuksissa ja tämä opinnäytetyö tukee myös tätä ajatusta. Tällöin voitaisiin esimerkiksi keskittää potilaiden toivoma matalan kynnyksen asiantuntijapalvelut yhteen paikkaan ja näin ollen säästettäisiin myös työpanosta valtakunnallisesti.

LÄHTEET

Aguilera, M. 2014. Post-surgery support and the long-term success of bariatric surgery. *Practice Nursing* 25 (9), 455–459.

AHC Media. 2018. Counsel Women About Contraception Guidelines After Bariatric Surgery. *Contraceptive Technology Update* 39 (1), 1–3.

Anttila, H., Saarni, S. E., Saarni, S. I., Isojärvi, J., Ikonen, T. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuuden ja lihavuusleikkausten merkitys ja vaikutukset potilaiden kokemana. Teoksessa 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. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti 16. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Applegate, K. & Friedman, K. 2008. The Impact of Weight Loss Surgery on Romantic Relationship. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 3 (2), 135–141.

Arterburn, D. & Courcoulas, A. 2014. Bariatric surgery for obesity and metabolic conditions in adults. *British Medical Journal* 349 (7975), 28.

Atwood, M. E., Friedman, A., Meisner, B. & Cassin, S. E. 2018. The Exchange of Social Support on Online Bariatric Surgery Discussion Forums: A Mixed-Methods Content Analysis. *Health Communication* 33 (5), 628–635.

Berg, U., Berg, M., Rolfson, O. & Erichsen-Andersson, A. 2019. Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee – patients' experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of Orthopedic Surgery and Research* 14 (1), [186], 1–8.

Bruze, G., Holm, T. E., Peltonen, M., Ottosson, J., Sjöholm, K., Näslund, I., Neovius, M., Carlsson, L. M. S. & Svensson, P.-A. 2018. Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status: Results from 2 Swedish Cohort Studies. *JAMA Surgery* 153 (7), 654–661.

Bylund, A., Benzein, E. & Sandgren A. 2017. Stabilizing family life after gastric bypass surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*; Abingdon. 12 (1), 1–11.

Coulman, K. D., MacKichan, F., Blazeby, J. M. & Owen-Smith, A. 2017. Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: a systematic review and qualitative synthesis. *Obesity Reviews* 18 (5), 547–559.

Dahlström, H. 2018. Lihavuusleikkauspotilaan hoidon koordinointi. Sairaanhoitajan toimenkuva. Luento. 23.11.2018. Luettu 19.1.2019.

Dahlström, H. 2020. Sairaanhoitaja. Lihavuusleikkaus YAMK-opinnäytetyöhön kysymyksiä. Sähköpostiviesti. Luettu 13.1.2020.

Ficaro, I. 2018. Surgical weight loss as a life-changing transition: The impact of interpersonal relationships on post bariatric women. *Applied Nursing Research* 40/2018, 7–12.

Flick, U. 2006. *An introduction to qualitative research*. 3. painos. Oxford: The Alden Press.

Griauzde, D. H., Ibrahim, A. M., Fisher, N., Stricklen, A., Ross, R. & Ghaferi, A. A. 2018. Understanding the psychosocial impact of weight loss following bariatric surgery: a qualitative study. *BMC Obesity* 5/2018, 1–9.

Gubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M. & Karmali, S. 2013. The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity* 1/2013, 1–6.

Gröndahl, W. kliinisen hoitotyön asiantuntija. 2019. Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku VSSHP:n alueella. Sähköpostiviesti. Luettu 5.7.2019.

Hahl, T., Peromaa-Haavisto, P., Tarkiainen, P., Knutar, O. & Victorzon, M. 2016. Lihavuuskirurgia nopean toipumisen ohjelmalla. *Duodecim* 132 (1), 63–70.

Harper, C., Maher, J., Grunseit, A., Seimon, R. V. & Sainsbury A. 2018. Experiences of using very low energy diets for weight loss by people with overweight or obesity: a review of qualitative research. *Obesity Reviews* 19 (10), 1412–1423.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino.

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

Jatlaoui, T., Cordes, S., Goedken, P., Jamieson, D. & Cwiak, C. 2016. Family planning knowledge, attitudes and practices among bariatric health care providers. *Contraception* 93 (5), 455–462.

Jokelainen, T., Koivukangas, V., Savolainen, M., Ukkola, O. & Ebeling, T. 2018. Aikuisten lihavuuden alueellinen hoitoketju Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Lääkärin käsikirja. *Hoitoketjut*. Päivitetty 25.4.2018. Luettu 31.1.2019. Vaatii käyttöoikeuden. www.terveysportti.fi.

Juurakko, S. Sairaanhoitaja. 2019. Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku. Sähköpostiviesti. Luettu 1.7.2019.

- Juuti, A., Roine, R. P. & Salminen, P. 2019. Onko lihavuuskirurgia kustannusvaikuttavaa? *Duodecim* 135 (16), 1487–1489.
- Jääskeläinen, T., Koponen, P., Lundqvist, A., Borodulin, K. & Koskinen S. 2019. Nuorten aikuisten terveys ja elintavat Suomessa –FinTerveys 2017 – tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 25.8.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137960/URN_ISBN_978-952-343-319-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kekkonen, S. Hoidonsuunnittelijasairaanhoitaja. 2019. Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku. Sähköpostiviesti. Luettu. 17.1.2019.
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi - opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 3.2.2019. <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjuksi.pdf/16c44832-1319-4b01-be35-4e5761fbc97d>
- Koivukangas, V., Victorzon, M., Gylling, H., Mustajoki, P., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Teoksessa 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. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti 16. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Koski, A-M., Halonen, A. & Valkonen, T. 2017. Lihavuusleikkauspotilaan hoitoketju. Lääkärin käsikirja. Hoitoketjut. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Päivitetty 15.12.2017. Luettu 31.1.2019. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti.fi>.
- Krötzl, A. Hoidonsuunnittelijasairaanhoitaja. 2019. Lihavuusleikkauspotilaan hoitopolku. Sähköpostiviesti. Luettu 16.1.2019.
- Kumpulainen, T., Anttila, H., Mustajoki, P., Victorzon, M., Isojärvi, J., Saarni, S., Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Lihavuusleikkausten järjestäminen Suomessa. Teoksessa 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. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita.
- Lamore, K., Kaci, S. S., Czernichow, S., Bretault, M., Bouillot, J-L., Naudé, A-J., Gribe-Ouaknine, S., Carette, C. & Flahault, C. 2017. Mental Health Support

Provided Throughout the Bariatric Surgery Clinical Pathway in French Specialized Care Centers for Obesity. *Obesity Surgery* 27 (3), 802–810.

Lier, H. Ø., Biringer, E., Stunbhaug, B. & Tangen, T. 2012. The impact of pre-operative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 87/2012, 336–342.

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 3.3.2020. Luettu 8.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50124#s17>

Liu, R. H. & Irwin, J. D. 2017. Understanding the post-surgical bariatric experiences of patients two or more years after surgery. *Quality of Life Research* 26 (11), 3157–3168.

Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C. Y., Shekelle, P. G. & Gibbons, M. M. 2011. Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obesity reviews* 12 (2), 142–148.

Loots, E., Sartorius, B., Paruk, I. & Clarke, D. 2018. The Successful Implementation of a Modified Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Bariatric Surgery in a South African Teaching Hospital. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques* 28 (1), 26–29.

Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. 2018. Lihavuus. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 –tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Luettu 5.11.2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Magallares, A. & Schomerus, G. 2015. Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: A meta-analysis. *Psychology, Health and Medicine* 20 (2), 165–172.

Mays, N. & Pope, C. 2000. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 320 (1), 50–52.

Meleo-Erwin, Z., Basch, C., Fera, J., Ethan, D. & Garcia, P. 2019. Readability of online patient-based information on bariatric surgery. *Health Promotion Perspectives* 9 (2), 156–160.

Mustajoki, P. 2019. Lihavuuden leikkaushoito (lihavuusleikkaus). *Lääkärikirja Duodecim*. Päivitetty 23.10.2019. Luettu 23.10.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845

Mäklin, S., Malmivaara, A., Linna, M., Victorzon, M., Koivukangas, V. & Sintonen, H. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoidon kustannusvaikuttavuus Suomessa. *Lääketieteen aikakauskirja Duodecim* 125 (20), 2265–2273.

Odgen, J., Hollywood, A. & Pring, C. 2015. The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomised Control Trial. *Obesity Surgery* 25 (3), 500–505.

Orth, W. S., Madan, A. K., Taddeucci, R. J., Coday, M. & Tichansky, D. S. 2008. Support group meeting attendance is associated with better weight loss. *Obesity Surgery* 18/2008, 391–394.

Owers, C., Halliday, V., Saradjian, A. & Ackroyd, R. 2017. Designing pre-bariatric surgery education: The value of patients' experiences. *Journal of Diabetes Nursing* 2017 21 (4), 119–125.

Painonhallintatalo. 2019. Hoitopolku lähetteestä leikkaukseen (HUS-alue). Luettu 27.1.2019. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuusleikkaus/tietoa%20lihavuusleikkauksesta/Lihavuuskirurgia%20HUS-alueella/hoitopolku-l%3%A4hetteest%3%A4-leikkaukseen>

Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 2015. *Lihavuus*. 1. painos. Duodecim. Helsinki: Bookwell Oy.

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 (2), 32–43.

Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A. & Leino-Kilpi, H. 2009. Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: the patients' perceptions. *Medsurg Nursing* 18 (3), 169–173.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.

Salminen, P., Juuti, A. & Nuutila, P. 2019. Miksi Suomessa tehdään liian vähän lihavuuskirurgisia leikkauksia? *Duodecim* 135 (16), 1490–1492.

Salminen, P. & Koivukangas, V. 2017. Kenelle lihavuusleikkaus?. *Suomen lääkärilehti* 72 (3), 118–121.

Sammalkorpi, H. erikoislääkäri. 2019. Lihavuusleikkaus hoitopolku. Sähköpostiviesti. Luettu 2.7.2019.

Santiago, V. A., Warwick, K., Ratnakumarasuriyar, S., Oyewumi, A., Robinson, S. & Sockalingam, S. 2019. Evaluation of a Patient-Care Planning Intervention to Improve Appointment Attendance by Adults After Bariatric Surgery. *Canadian Journal of Diabetes* 43 (1), 59–66.

Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A. & Ezzy, D. 2015. What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?. *20* (1), 35–46.

Sharman, M. J., Venn, A. J., Jose, K., A., Williams, D., Hensher, M., Palmer, A. J., Wilkinson, S. & Ezzy, D. 2016. The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery – implications for health service planners. *Clinical Obesity* 7 (1), 46–53.

Sulkava, T. Sairaanhoidaja. 2019. Lihavuusleikkaukspotilaan hoitopolku. Sähköpostiviesti. Luettu 10.1.2019.

Tarrant, M., Khan, S. S., Farrow, C. V., Shah, P., Daly, M. & Kos, K. 2017. Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A qualitative interview study. *British Journal of Health Psychology* 22, 77–93.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Opas 15. Tampere: Juvenes Print.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Toimenpiteiden lukumäärä vuosittain. Tietokantaraportit. Luettu 3.11.2019.
https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/perus01/fact_thil_perus01?row=operation_type-190092&column=time-6656

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyskylä. 2018a. Hoitopolku läheteestä leikkaukseen (HUS-alue). Päivitetty 15.8.2018. Luettu 2.11.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuusleikkaus/tietoa%20lihavuusleikkauksesta/Lihavuuskirurgia%20HUS-alueella/hoitopolku-l%3%A4heteest%3%A4-leikkaukseen>

Terveyskylä. 2018b. Lihavuuden hoito ennen leikkausta (HUS-alue). Päivitetty 23.3.2018. Luettu 2.11.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuusleikkaus/tietoa%20lihavuusleikkauksesta/Lihavuuskirurgia%20HUS-alueella/lihavuuden-hoito-ennen-leikkausta>

Terveyskylä. 2018c. Toipuminen ja seuranta. Päivitetty 15.8.2018. Luettu 2.11.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuusleikkaus/el%3%A4m%3%A4-leikkauksen-j%3%A4lkeen/toipuminen-ja-seuranta>

Terveyskylä. 2019. Digihoitopolut. Päivitetty 8.10.2019. Luettu 30.10.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/palvelut/omapolku-palvelukanava-ja-digihoitopolut/digihoitopolut>

Tietosuojalaki 5.12.2018/1050.

Tietosuojavaltuutetun toimisto. n.d. Aineiston hävittäminen, anonymisointi tai arkistointi tutkimuksen päättyessä. Luettu 24.3.2020.

<https://tietosuoja.fi/aineiston-havittaminen-anonymisointi-tai-arkistointi-tutkimuksen-paattyessa>

Tuomarla, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46 (1), 23–36.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019.

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Victorzon, M. & Tolonen, P. 2002. Laparoskooppinen mahapantaleikkaus sairaalloisen lihavuuden hoitomuotona. *Suomen lääkärilehti* 57 (21), 2295–2299.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Liite 2. Aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia

1 (22)

Tutkimuksen tekijät, vuosi, julkaisukanava, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä, otos	Keskeiset tulokset
<p>Applegate, K. L. & Friedman K. E. 2008</p> <p>The Impact of Weight Loss Surgery on Romantic Relationships.</p> <p>Bariatric nursing and Surgical patient care</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Selvittää, kuinka lihavuusleikkaus vaikuttaa romanttisiin suhteisiin ennen ja jälkeen lihavuusleikkauksen.</p> <p>Tarjota ehdotuksia terveydenhuollon yksiköille, kuinka auttaa potilaita tekemään terveyttä edistäviä muutoksia parisuhteen näkökulmasta.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>N= 21</p>	<p>Lihavuusleikkauksen tuomat haasteet parisuhteeseen voivat liittyä potilaan tai puolison odotuksiin leikkauksen suhteen, potilaan lisääntyneeseen energiamäärään, lisääntyneeseen itsevarmuuteen sekä ulkonäön muutoksiin. Myös muutokset seksuaalisessa kanssakäymisessä, parisuhteen pysyvyys ja avioeron riski mietityttävät. Terveydenhuollon ammattilaisille suositellaan korostamaan kommunikointia, antamaan täsmällistä tietoa ja kannustamaan tarvittaessa hakemaan ulkopuolista tukea.</p>

(jatkuu)

2 (22)

<p>Atwood, M. E., Friedman, A., Meisner, B. & Cassin, S. E. 2018</p> <p>The Exchange of Social Support on Online Bariatric Surgery Discussion Forums: A Mixed-Methods Content Analysis.</p> <p>Health Communication</p> <p>Kanada</p>	<p>Tutkia, minkä tyyppistä sosiaalista tukea on löydetävistä lihavuusleikkattujen foorumeilta ja kuinka paljon minkäkin tyyppistä tukea vaihdetaan</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Keskustelut ja kommentit vertaisryhmän sivuilta.</p> <p>Teorialähtöinen sisällönanalyysi.</p> <p>N=1412 (kommenttia)</p>	<p>Suurin osa viesteistä koski tiedollista ja emotionaalista tukea liittyen todelliseen tietoon lihavuusleikkausprosessista ja ruokavaliosta. Muita aiheita olivat neuvot selviytyä lihavuusleikkausprosessista ja fyysisistä oireista sekä kannustusta hoito-ohjeisiin sitoutumiseen liittyen ja painon putoamiseen.</p>
<p>Berg, U., Berg, M., Rolfson, O. & Erichsen-Andersson, A. 2019</p> <p>Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee – patients' experiences of the clinical pathway and care process.</p> <p>Journal of Orthopedic Surgery and Research</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Lisätä tietoisuutta potilaiden kokemuksista hoitopolkua ja nopean toipumisen mallia kohtaan elektiivisillä leikkauspotilailla ja sitä kautta tunnistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat toipumiseen ja lopputulokseen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Puolistrukturoitu haastattelu.</p> <p>Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.</p> <p>N = 24</p>	<p>Leikkaukseen valmistautumisessa korostui potilaiden kokemukset ja osallistuminen hoidon suunnitteluun. Potilaat kaipasivat tietoa leikkaukseen liittyvistä riskeistä, toipumisennusteesta sekä arvion leikkauksen lopputuloksesta.</p> <p>Sairaalaan tulo, aikainen liikkeelle lähteminen sekä aikainen kotiutus koettiin positiivisina. Toipumisvaiheessa epävarmuutta aiheutti tietämättömyys mikä kuuluu normaaliin toipumiseen ja mikä ei. Mikäli leikkauksen lopputulema ei ollut toivotunlainen, heräsi mieleen paljon kysymyksiä.</p>

3 (22)

<p>Bruze, G., Holm, T. E., Peltonen, M., Ottosson, J., Sjöholm, K., Näslund, I., Neovius, M., Carlsson, L. M. S. & Svensson, P-A. 2018</p> <p>Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status: Results from 2 Swedish Cohort Studies.</p> <p>JAMA Surgery</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Tutkia parisuhdestatuksen muuttumista lihavuusleikkauksen myötä. Verrokki-ryhmänä oli samaa sukupuolta olevat ja saman ikäiset kansalaiset.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kysely ja kansalliset tilastot.</p> <p>N= 1958</p>	<p>Lähtötilanteessa naimattomat solmivat uusia parisuhteita tai avioliittoja verrokkiryhmää todennäköisemmin. Uusien parisuhteiden luominen oli todennäköisempää nuoremmilla ja niillä, jotka olivat jo aiemmin eronneet. Myös korkeampi painonpudotus oli yhteydessä uusiin parisuhteisiin.</p> <p>Lihavuusleikattujen avioliitot päättyivät verrokkiryhmää useammin eroon. Nuorempi ikä, aikaisempi avioero sekä suhteen lyhyempi kesto olivat yhteydessä suurempaan eron todennäköisyyteen. Pudotetun painon määrällä ei ollut yhteyttä eron todennäköisyyteen.</p>
---	--	--	--

4 (22)

<p>Bylund, A., Benzein, E. & Sandgren, A. 2017</p> <p>Stabilizing family life after gastric bypass surgery.</p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being; Abingdon</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää klassinen teoria perheistä, joiden perheenjäsenelle oli tehty lihavuusleikkaus (GBP).</p>	<p>Yksilö- ja ryhmähaastattelu, sekä toissijainen analyysi aiemmasta tutkimuksesta</p> <p>Classic grounded theory</p> <p>N= 36</p>	<p>GBP:n tuomat muutokset perheeseen yllättivät perheenjäsenet, esim. muuttunut ulkonäkö ja mahdolliset sivuvaikutukset kuten dumping, vatsan kouristuksineen, pahoinvointi, nopea syke, huimaus, ripuli, syömisvaikeudet vatsakipujen vuoksi sekä masennuksen takia, psykososiaaliset muutokset kuten mielialanvaihtelut. Leikatut ovat vakuuttavampia, energisempiä ja saavat enemmän hyväksyntää muilta. Nämä muutokset vaikuttavat perheen sisällä kommunikaatioon, rutiineihin ja tottumuksiin. Jos ennen oli sivuuttanut perheenjäsenen lihavana, leikkauksen jälkeen he huomioivat ja näyttivät kiinnostusta enemmän. Perheenjäsenten kesken saattoi tulla kateutta, epävarmuutta ja muutosdynamikkaa. Erilaiset odotukset ja tietämys muutoksesta GBP:n jälkeen perheen sisällä lisäävät epävarmuutta ja arvaamattomuutta riippumatta siitä, pidetäänkö muutosta positiivisena tai negatiivisena. Perhepohjaisilla interventiolla voi olla arvoa perheille, jotka kamppailevat selviytyäkseen ja sopeutuakseen odottamattomiin muutoksiin ja elämäntavan muutoksiin. Muille perheille osallistuminen ja informaation saaminen alusta alkaen voi vakauttaa uuden elämäntilanteen.</p>
--	---	--	--

5 (22)

<p>Coulman, K.D., MacKichan, F., Blazeby, J.M. & Owen-Smith, A. 2017</p> <p>Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: a systematic review and qualitative synthesis.</p> <p>Obesity Reviews</p> <p>Portugali</p>	<p>Laadullinen synteesi lihavuusleikattujen hoidosta. Luoda uusia oivalluksia käytäntöön ja päättäjille.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus laadullisista tutkimuksista</p> <p>Induktiivinen teemaattinen synteesi</p> <p>N= 41</p>	<p>Osallistujat pyrkivät hallitsemaan syömistä, painoa, terveyttään ja kehittämään uuden identiteetin "normaalina" tai sosiaalisesti hyväksyttävänä henkilönä. Painon nousu leikkauksen jälkeen voi liittyä hallinnan menettämisen tunteeseen tai negatiivisiin psykologisiin kokemuksiin. Psykologinen tuki on merkityksellinen leikkauksen rinnalla. Tutkimus vahvistaa, että liikalihavuus on krooninen sairaus, jota voidaan hoitaa, muttei koskaan voida parantaa. Potilaat tarvitsevat elinikäisen tuen. Ammattilaisten pitää ohjata painon nousuissa, mikä normaalia, mikä ei. Seurantapalveluita pitää kehittää.</p>
--	--	---	--

6 (22)

<p>Ficaro, I. 2018</p> <p>Surgical weight loss as a life-changing transition: The impact of interpersonal relationships on post bariatric women.</p> <p>Applied Nursing Research</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia lihavuusleikattujen naisten kokemuksia ihmissuhteiden muutoksista lihavuusleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu.</p> <p>Sisällönanalyysi</p> <p>N= 6</p>	<p>Potilaat mainitsivat merkittävimmiksi tuiksi perheen, ystävät, kollegat, vertaisryhmät ja sosiaalisen median ryhmät. Leikkauksen myötä ruokailuun liittyviä tapaamisia täytyi suunnitella entistä tarkemmin, sekä laihtumisen myötä vastakkaiselta sukupuolelta saatiin uudenlaista huomiota. Omia saavutuksia jaettiin muille kannustavina esimerkeinä. Laihtumisen myötä itsetunto ja energisyys kohenivat, potilaat olivat entistä tyytyväisempiä omaan elämään, haastoivat itseään uusilla tavoilla sekä pysyivät käsittelemään elämän haasteita aiempaa paremmin.</p>
---	--	--	---

7 (22)

<p>Griauzde, D. H., Ibrahim, A. M., Fisher, N., Stricklen, A., Ross, R. & Ghaferi, A. A. 2018</p> <p>Understanding the psychosocial impact of weight loss following bariatric surgery: a qualitative study.</p> <p>BMC Obesity</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia potilaiden kokemuksia lihavuusleikkauksen tuomista psykososiaalisista kokemuksista sekä selvittää yksilöllisiä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa vaihteleviin psykososiaalisiin tuloksiin.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Puolistrukturoidut ryhmähaastattelut</p> <p>Grounded theory approach</p> <p>N= 77</p>	<p>Muutokset identiteetissä: Painon nopean putoamisen myötä itse ei huomaa muutosta, vaan näkee oman kehon edelleen lihavana. Painon putoamisen myötä itseluottamus kasvanut huomattavasti. Muutokset toisten käsityksissä: Osa ihmisistä ajatellut leikkauksen olevan niin sanottu helppo ratkaisu. Osa tuttavista ei tunnistanut, mikä aiheutti vaihtelevia tunteita. Leikkauksen jälkeen potilaat kokivat, että muut ihmiset kohtelivat heitä aiempaa paremmin, mikä aiheutti ristiriitaisia tunteita. Muutokset ihmissuhteissa: Parisuhteet joko vahvistuivat tai mikäli puoliso ei pitänyt muuttuneesta kehosta, päättyivät eroon. Syömiseen liittyvät sosiaaliset tilanteet olivat vaikeita. Jotkut olivat kateellisia kehon muutoksen mukanaan tuomasta lisääntyneestä huomiosta.</p>
<p>Gubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M. & Karmali, S. 2013</p> <p>The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health.</p> <p>Journal of Obesity</p> <p>Kanada</p>	<p>Arvioida kirjallisuuden perusteella lihavuusleikkausten vaikutuksia sairaalloisten lihaviin ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>N= 27</p>	<p>Ylipainoisilla on muuta väestöä enemmän mielen terveyden ongelmia. Psykkiset sairaudet ja oireilut lisääntyvät, mitä enemmän on ylipainoa. Lihavuusleikkausten myötä ylipainoisten potilaiden masennusoireet ja ahdistuneisuus ovat vähentyneet, itsetunto, elämänlaatu ja kehonkuva parantuneet.</p>

8 (22)

<p>Hahl, T., Peromaa-Haavisto, P., Tarkiainen, P., Knutar, O. & Victorzon, M. 2016</p> <p>Lihavuuskirurgia nopean toipumisen ohjelmalla.</p> <p>Duodecim</p> <p>Suomi</p>	<p>Selvittää, voiko lihavuusleikkauksia hoitaa turvallisesti nopean toipumisen ohjelmalla.</p>	<p>Seuranta-tutkimus</p> <p>N= 422</p>	<p>Nopean toipumisen ohjelma on turvallinen lihavuusleikkauspotilaiden hoidossa. Potilaista voidaan kotiuttaa yli 80% ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Uudelleen sairaalaan tuli alle 5% nopean toipumisen ohjelmalla hoidetuista. Alle 10% hoidetuista leikkauksesta johtuvia komplikaatioita. Potilaiden painonlasku oli 31% yhden vuoden aikana ja pysytteli samassa kahden vuoden seurannan aikana. 70% potilaista 2 tyypin diabetesta ja 42% kohonnutta verenpainetta sairastavilla tauti oli remissiassa.</p>
---	--	--	---

9 (22)

<p>Harper, C., Maher, J., Grunseit, A., Seimon, R. V. & Sainsbury A. 2018</p> <p>Experiences of using very low energy diets for weight loss by people with overweight or obesity: a review of qualitative research.</p> <p>Obesity Reviews</p> <p>Australia</p>	<p>Tuoda esiin kokemuksia erittäin niukkaenergisestä ruokavalion käytöstä ylipainoisille ja lihaville.</p>	<p>Systemaattinen laadullinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>N= 3</p>	<p>Erittäin niukkaenergisestä dieetin käyttö ei ole Australiassa yleisesti käytössä ja siitä on tehty vähän laadullista tutkimusta. Perusterveydenhuolto voisi olla toteuttamiskelpoinen ympäristön noudattamiseen. Perheen ja ystävien tuki tärkeää. Ryhmäohjaus voi olla tehokkaampaa kuin yksilöohjaus. Dieetin aikaiset positiiviset fyysiset ja psykologiset muutokset ryhmätuen avulla voivat olla ponnahduslauta terveellisemmälle elämäntavalle. Kohdennettu ja tehokas tuki teki dieetistä helpomman noudattaa. Terveystieteiden ammattilaisilla pitää olla syvä käsitys asiakkaiden kokemuksista laihduttamisen aikana.</p>
---	--	---	---

10 (22)

<p>Häggman-Laitila, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2012</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot – järjestelmällinen katsaus.</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvata kansainvälisen kirjallisuuden avulla lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjauksessa käytettyjä interventioita.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Aineistolähtöinen sisällyönanalyysi</p> <p>N= 22</p>	<p>Ohjausta ja tukea kaivattiin: Syömisen sisäistyneen kontrollin saavuttamiseen, tunnereaktioiden käsittelyyn, uuden minän hyväksymiseen, uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimiseen, oman vastuun ymmärtäminen ensisijaisena tavoitteen saavuttamisessa, valmentautumisessa leikkauksen jälkeiseen aikaan. Ohjausinterventiot: Syömisen opettelu terapiaistunnossa, leikkausta edeltävä opetus, oppimiskeskuksessa annettu opetus, tukiryhmiin osallistuminen.</p>
<p>Jatlaoui, T. C., Cordes, S., Goedken, P., Jamieson, D. J. & Cwiak, C. 2015</p> <p>Family planning knowledge, attitudes and practices among bariatric healthcare providers.</p> <p>Contraception</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tunnistaa terveydenhuollon ammattilaisten tietoja, asenteita ja käytäntöjä perhesuunniteluun liittyen ennen lihavuusleikkausta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kyselylomake</p> <p>N= 272</p>	<p>Yli 70% vastaajista suositteli välttämään raskaaksi tulemistä 1-2 vuoden ajan lihavuusleikkauksen jälkeen.</p> <p>Suurin osa kokee keskustelun lisääntymisterveydestä tärkeäksi sekä luonnolliseksi aiheeksi. Kuitenkin vain harvoilla oli tarkkaa tietoa ehkäisymenetelmien tehokkuudesta ja turvallisuudesta lihavuusleikkauksen jälkeen.</p>

11 (22)

<p>Lamore, K., Kaci, S.S., Czernichow, S., Brethault, M., Bouillot, J-L., Naudé, A-J., Gribouak-nine, S., Carette, C. & Flahault, C. 2017</p> <p>Mental Health Support Provided Throughout the Bariatric Surgery Clinical Pathway in French Specialized Care Centers for Obesity.</p> <p>Obesity Surgery</p> <p>Ranska</p>	<p>Arvioida psykologien ja psykiatrien resursseja ja käytäntöjä lihavuuskirurgiaan erikoistuneissa yksiköissä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kyselylomake</p> <p>N= 44</p>	<p>Yli puolet vastanneista kertoi tapaavansa potilaita ennen lihavuusleikkausta ja noin kolmasosa sekä ennen että jälkeen leikkauksen.</p> <p>14% vastanneista ei tapaa potilaita systemaattisesti lihavuusleikkausprosessin aikana.</p> <p>Kaikki vastanneet tarjoavat arviointikäyntejä.</p> <p>74% vastanneista suosittelee seurantakäyntiä.</p>
<p>Lier, H. Ø., Biringer, E., Stunbhaug, B. & Tangen, T. 2012</p> <p>The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial.</p> <p>Patient education and counseling</p> <p>Norja</p>	<p>Arvioida vaikuttaako preoperatiiviseen ohjausohjelmaan osallistuminen hoitoon sitoutumisessa tai laihtumiseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa.</p> <p>N= 141</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneista 127:lle tehtiin gastric bypass –toimenpide. Vuoden kuluttua leikkauksesta kontrollikäynnille tuli 91 potilasta. Kontrollikäynnille saapuneista suurin osa oli ohjausohjelman läpikäyneitä. Lähes kaikki olivat tyytyväisiä ohjausryhmän sisältöön ja kertoivat sen myötä ymmärtävän lihavuusleikkaukseen liittyvät asiat sekä elämäntapamuutosten tärkeyden aiempaa paremmin. Ohjausryhmään osallistuneiden hoitoon sitoutuminen ei ollut kontrolliryhmiä parempaa, eikä laihtuneet enempää.</p>

12 (22)

<p>Liu, R. H. & Irwin, J. D. 2017</p> <p>Understanding the post-surgical bariatric experiences of patients two or more years after surgery.</p> <p>Quality of Life Research</p> <p>Kanada</p>	<p>Lisätä ymmärrystä lihavuusleikkaukspotilaiden fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kliinistä kokemuksista vähintään kaksi vuotta leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Puolistrukturoidut syvähaastattelut, yksilöhaastattelut.</p> <p>N= 28</p>	<p>Fyysiset muutokset: Lihavuusleikkauksen myötä potilaat olivat pystyneet vähentämään tai lopettamaan kokonaan liitännäissairauksiin käyttämiensä lääkkeiden määrää. Ylimääräinen iho aiheutti vaikeuksia. Psyykkiset muutokset: Potilaat korostivat tarkoituksenmukaisen odotusajan tärkeyttä, jotta tulevan muutoksen ehtii sisäistää. Potilaat kokivat suuria haasteita tottua muuttuvaan, pienempään kehoon ja tarvitsivat siihen liittyen ulkopuolista ohjausta ja tukea. Sosiaaliset muutokset: Lihavuusleikkauksen myötä potilailla oli huomattavasti aiempaa enemmän energiaa ja he olivat nyt aiempaa energisempiä. Parisuhteissa dynamiikka oli muuttunut, minkä seurauksena parisuhde oli joko vahvistunut tai päätynyt. Itsetunnon kohentuu toisilta ihmisiltä saatu huomio oli lisääntynyt, mikä aiheutti ristiriitaisia tunnelmia. Klinikkaan kohdistuvat kokemukset: Potilaat kokivat saaneensa terveydenhuollon ammattilaisilta vahvasti tukea niin ennen kuin jälkeenkin leikkauksen ja pitivät sitä tärkeänä. Klinikalta saatua kirjasta lihavuusleikkaukseen liittyen pidettiin tärkeänä.</p>
---	--	--	---

13 (22)

<p>Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutton, E., Mehran, A., Ko, C. Y., Shekelle, P. G. & Gibbons, M. M. 2011</p> <p>Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review.</p> <p>Obesity Reviews</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Määrittää lihavuusleikkauksen jälkeisten vertaistukiryhmien ja muiden sosiaalisten tukiverkostojen vaikutusta painonpudotukseen.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>N= 10</p>	<p>Kaikkien tutkimusten mukaan vertaistukiryhmiin osallistuminen oli yhteydessä suurempaan painonpudotukseen. Yksittäisen tutkimuksen mukaan naimattomat pudottivat painoa leikkauksen jälkeen naimisissa olevia enemmän. Muissa tutkimuksissa ei havaittu tilastollisesti merkittäviä eroja siviilisäädyn suhteen. Yhden tutkimuksen mukaan potilaat, joilla oli yhdeksän tai enemmän läheistä ystävää/perheenjäsentä, laihtuivat muita enemmän. Toisessa tutkimuksessa läheisten ihmisten määrällä ei ollut yhteyttä pudotettuun painoon.</p>
<p>Loots, E., Sartorius, B., Paruk, I. & Clarke, D. 2018</p> <p>The Successful Implementation of a Modified Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Bariatric Surgery in a South African Teaching Hospital</p> <p>Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques</p> <p>Etelä-Afrikka</p>	<p>Arvioida ERAS protokollan tiukasti noudattamisen vaikutusta lihavuusleikkauksen jälkeen Etelä-Afrikan opeussairaalsassa.</p>	<p>Seurantatutkimus</p> <p>N= 62</p>	<p>Sitoutuminen ERAS -ohjelmaan paransi toipumista ja lyhensi huomattavasti sairaalassaoloaika sekä potilaita seurattiin paremmin heidän kirurgisessa yksikössään ERAS -ohjelmassa.</p>

14 (22)

<p>Magallares, A. & Schomerus, G. 2015</p> <p>Mental and physical healthrelated quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: A meta-analysis.</p> <p>Psychology, Health and Medicine</p> <p>Iso-Britannia</p>	<p>Vertailla fyysistä ja psyykkistä elämänlaatua Short-Form 36 -mittarin avulla ennen ja jälkeen (noin yksi vuosi) lihavuusleikkauksen.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Meta-analyysi</p> <p>N= 21</p>	<p>Lihavuusleikatut arvioivat psyykkisen ja fyysisen hyvinvointinsa paremmaksi leikkauksen jälkeen.</p>
<p>Meleo-Erwin, Z., Basch, C., Fera, J., Ethan, D. & Garcia, P. 2019</p> <p>Readability of online patient-based information on bariatric surgery.</p> <p>Health Promotion Perspectives</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Arvioida lihavuusleikkauksiin liittyvän internetmateriaalin luettavuutta. Arvioinnissa hyödynnettiin kirjallisuudesta löytynyttä viittä arviointikriteeriä. Sivustojen luettavuutta arvioitiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Analyysi tehtiin Microsoft Excelillä</p> <p>N= 96</p>	<p>Mikään arvioiduista sivustoista ei kaikkien arviointikriteerien mukaan hyvin luettava.</p> <p>93% arvioiduista sivustoista oli vaikeasti luettava kaikkien arviointikriteereiden mukaan.</p>

15 (22)

<p>Odgen, J., Hollywood, A. & Pring, C. 2015</p> <p>The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomised Control Trial.</p> <p>Obesity Surgery</p> <p>Iso-Britannia</p>	<p>Arvioida psyykkiseen hoitoon keskitetyn palvelun vaikutusta painonpudotukseen vuosi lihavuusleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Satunnaistettu vertailututkimus</p> <p>N= 145</p>	<p>Vertailuryhmien painonpudotuksen välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa vuoden kohdalla.</p>
<p>Orth WS, Madan AK, Taddeucci RJ, Coday M, Tichansky DS. 2008</p> <p>Support group meeting attendance is associated with better weight loss.</p> <p>Obesity Surgery</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia ryhmätapaamisten vaikutusta laihtumistuloksiin.</p> <p>Tutkia, mitkä tekijät vaikuttavat ryhmätapaamisten osallistumiseen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kyselylomake</p> <p>N= 46</p>	<p>Ryhmätapaamisiin osallistuneet pudottivat enemmän painoa. Suurin este osallistumiselle oli perhesyyt tai se, ettei ryhmästä arvioitu olevan hyötyä. Välimatka kodin ja tapaamispaikan välillä ei ollut merkityksellinen. Ryhmiin osallistumista edesauttaisi, jos tapaamiset olisivat eri aikaan, niissä keskusteltaisiin ruokavaliosta ja laihtutuksesta, tarjolla olisi esimerkkejä ruuista, aihealueet olisivat merkityksellisiä, lääkäri olisi paikalla ja niistä lähetettäisiin muistutuksia edeltävästi.</p>

16 (22)

<p>Owers, C., Halliday, V., Saradjian, A. & Ackroyd, R. 2017</p> <p>Designing pre-bariatric surgery education: The value of patients' experiences.</p> <p>Journal of Diabetes Nursing</p> <p>Iso-Britannia</p>	<p>Suunnitella päivitetty preoperatiivinen ohjauskurssi lihavuusleikkauksiin tuleville.</p>	<p>Toiminnallinen tutkimus</p> <p>N= 12</p>	<p>Haastatteluiden pohjalta lihavuusleikatut olisivat kaivanneet ennen leikkausta tietoa seuraavista asioista: Lihavuusleikkausten sivuvaikutuksista, kuten löystyvistä ihosta, imeytymishäiriöistä, hiusten ja kynsien kunnan huononemisesta. Yleisestä negatiivisesta suhtautumisesta lihavuusleikkauksiin sekä syyllisyyden ja häpeän tunteista leikkaukseen liittyen. Tukiverkoston merkityksestä, mahdollisen riippuvuuden siirtyvän ruuasta toisalle. Vinkkejä ravintolassa syömiseen ja pukeutumiseen liittyen.</p>
--	---	---	--

17 (22)

<p>Rekola, L., Häggman-Laitila, A., Mattila, L-R., Palomaa, T., Ruskomaa, P. & Leivonen, M. 2013</p> <p>Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet.</p> <p>Tutkiva Hoitotyö</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvata lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuuden vaikutuksista heidän elämään sekä millaisia ohjauksen ja tuen tarpeita heillä oli lihavuusleikkaukseen liittyen.</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineistolähtöinen sisälönanalyysi</p> <p>N= 40</p>	<p>Lihavuuden on koettu heikentävän elämää kohdistuen fyysiseen kuntoon, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin ja ulkonäköön.</p> <p>Ohjauksen ja tuen tarpeita koettiin jokapäiväiseen olemiseen vaikuttaviin seikkoihin ja toimintoihin, ulkonäön muutokseen, sosiaaliseen kanssakäymiseen, potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin sekä leikkaukseen liittyviin kustannuksiin.</p> <p>Keskeisimmät ohjauksen ja tuen tarpeet liittyivät syömiseen, juomiseen, omaan rooliin, sitoutumiseen painonhallinnassa, kehon ja ulkonäön muutokseen sekä korjausleikkauksiin.</p>
--	---	---	--

18 (22)

<p>Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A. & Leino-Kilpi, H. 2009</p> <p>Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: the patients' percep- tions.</p> <p>Medsurg Nursing</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvata potilaiden käsityksiä heille tärkeistä asioista ja hoitopolun to- teutuksesta.</p> <p>Tarkoituksena oli myös määrittää, kuinka hoitopolku- ja tulisi kehittää, jotta hoito olisi entistä laaduk- kaampaa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Teema- haastattelu</p> <p>Aineistolähtöinen sisällönanalyysi</p> <p>N= 25</p>	<p>Potilaat kokivat tärkeänä, että koko hoito oli hy- vin organisoitu ja aikataulutettu se- kä kaipasivat sel- keän kuvauksen hoidon etenemi- sestä.</p> <p>Tärkeää oli, että leikkauksen jäl- keen oli joku, ke- hen olla tarvitta- essa yhteydessä.</p> <p>Mahdollisuutta vaikuttaa itse hoi- topolun etenemi- seen pidettiin tär- keänä.</p>
---	---	--	---

19 (22)

<p>Santiago, V. A., Warwick, K., Ratnakumarasuriyar, S., Oyewumi, A., Robinson, S. & Sockalingam, S. 2019</p> <p>Evaluation of a Patient-Care Planning Intervention to Improve Appointment Attendance by Adults After Bariatric Surgery.</p> <p>Canadian Journal of Diabetes</p> <p>Kanada</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida uuden käytännön vaikutuksia lihavuusleikattujen sitoutumiseen kontrollikäyntien suhteen ja hoidon tehokkuuteen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Internetpohjainen kysely</p> <p>N= 580</p>	<p>Uuden käytännön myötä leikkauksen jälkeisten käyntien määrä ei vähentynyt ja peruttujen tai siirrettyjen aikojen määrä jopa kasvoi. Kuitenkin käytämättä jääneiden aikojen määrä väheni, jonka seurauksena klinikalle kerääntyi taloudellisia säästöjä ja vapaat poliklinikka-ajat pystyttiin käyttämään aiempaa tehokkaammin. Potilaat olivat tyytyväisiä uuteen käytäntöön.</p>
--	---	--	--

20 (22)

<p>Sharman, M., Hensher, M., Wilkinson, S., Williams, D., Palmer, A., Venn, A. & Ezzy, D. 2017</p> <p>What are the support experiences and needs of patients who have received bariatric surgery?</p> <p>Health Expectations</p> <p>Australia</p>	<p>Mitä kokemuksia lihavuusleikkauksen käyneillä potilailla on tuen tarpeesta ja sen saamisesta leikkaukseen nähden Tasmanian saarella, julkisella ja yksityisellä sektorilla.</p>	<p>Puolistrukturoitu laadullinen tutkimus</p> <p>kyselykaavake ja 7 ryhmähaastattelua</p> <p>N= 41</p>	<p>Miehet ja naiset keskustelivat johdonmukaisesti samanlaisesta tuen tarpeesta ja kokemuksista. Merkitävää vertailua leikkauksen rahoitustyyppien välillä ei voitu tehdä, koska osallistujia julkisesti rahoitetuista lihavuusleikkauksista oli vähäinen määrä. Tärkeimmiksi tukitarpeiksi tunnistettiin terveydenhuollon ammattihenkilöt, vertaisryhmät (lihavuusleikkauksen saaneet) Toisena merkittävänä perhe ja läheiset ystävät ja yhteisö. Vertais-, ruokavalio- ja psykologinen tuki tunnistettiin tärkeiksi tekijöiksi, jotka vaikuttavat tuloksiin (painon alenemiseen ja terveydentilan paraneamiseen), sekä myös kokemus lihavuusleikkauksesta. Niitä koettiin olevan heikosti saatavilla.</p>
---	--	--	---

21 (22)

<p>Sharman, M. J., Venn, A. J., Jose, K., A., Williams, D., Hensher, M., Palmer, A. J., Wilkinson, S. & Ezzy, D. 2017</p> <p>The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery – implications for health service planners.</p> <p>Clinical Obesity</p> <p>Australia</p>	<p>Tutkia potilaiden kokemuksia odottamisesta julkisin varoin rahoitettuun lihavuusleikkaukseen.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Ryhmä- ja yksilöhaastattelut</p> <p>N= 36</p>	<p>Leikkausta odottaminen oli henkisesti haastavaa ja yhdistettiin useimmiten painon nousuun, lisäsairauksien esiintymiseen sekä heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin.</p> <p>Potilaat kaipasivat odotusaikaan tueksi vertaistukea, terveydenhuollon neuvontaa, kokonaisvaltaista hoitoa sekä tietoa leikkausjonon etenemisestä.</p>
<p>Tarrant, M., Khan, S.S., Farrow, C.V., Shah, P., Daly, M. & Kos, K. 2017</p> <p>Patient experiences of a bariatric group programme for managing obesity: A qualitative interview study.</p> <p>British Journal of Health Psychology</p> <p>Englanti</p>	<p>Tutkia potilaiden kokemuksia ryhmäpohjaisesta kansallisen tasolla toimivasta liikahavuuden hallintaohjelmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>haastattelu</p> <p>N= 20</p>	<p>Bariatrinen ryhmähoito voi tukea elämäntavan muutosta ja laihtumista sekä voi auttaa vastaamaan potilaiden psykologisiin tarpeisiin. kollektiivinen ympäristö ja se että kaikki ovat samassa tilanteessa voi tukea muutosmekanismeja.</p>

22 (22)

<p>Tuomarla H. & Sarlio-Lähteenkorva S.</p> <p>2009</p> <p>Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä.</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti</p> <p>Suomi</p>	<p>Selvittää, miten erikoissairaanhoidon laihdutusryhmien keskusteluissa ilmaistiin ja muodostettiin syömiskäyttäytymiseen ja ravintoon liittyviä käsityksiä ja käytäntöjä sekä miten ryhmä tukee ohjelman toimintamalleja, niiden noudattamista ja kuinka hyväksyy toimintamalleista poikkeavat mielipiteet ja käytännöt.</p>	<p>Seuranta-tutkimus</p> <p>Puheen sisällön teema-analyysi (51 nauhoitettua ryhmäkäyntiä)</p> <p>N= 44</p>	<p>Keskusteluissa keskeistä oli toimintamallien ja arkielämän kokemusten vaihtaminen. Tiedon saantia vaikeutti ohjelman lyhyt kesto ja se ettei tutkittavat saaneet aina kysymyksiinsä vastauksia. Korostettiin ryhmän sosiaalisen tuen tärkeyttä. Ryhmät sopivat paremmin myönteisessä elämäntilanteessa oleville. Ryhmät tarjosivat myös sosiaalista kontrollia uusien tapojen noudattamiseen. Ohjaajien osaamista tulisi lisätä. Ryhmäohjelman olisi pitänyt olla pidempi tiedon käsittelyn ja sisäistämisen kannalta. Yksilöllinen ravitsemusneuvonta voisi hyödyttää kielteisten kokemusten käsittelyssä. kirjallinen, vaikeatkin elämän tilanteet ja tunteet huomioiva tukimateriaali olisi hyvä.</p>
---	--	--	---

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

(____.____.2019)

1 (2)

Hei! Oletko käynyt läpi lihavuusleikkausprosessin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella edellisen vuoden aikana ja haluaisit osallistua kehittämään hoitopolkua entistä potilaslähtöisemmäksi? Pyydämme sinua osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa kuvataan lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia hoidosta, ohjauksesta sekä saamastaan tuesta hoitopolun eri vaiheissa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimuksessa saadun tiedon avulla voidaan kehittää lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolkua aikaisempaa potilaslähtöisemmäksi. Tuloksista hyötyvät tulevat lihavuusleikkauspotilaat sekä heidän kanssaan töitä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset. Tutkimus ei aiheuta sinulle mitään riskejä tai haittaa. Tutkimus vie arvokasta aikaasi yhden haastattelukerran, noin 1-2 tuntia.

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa Kliinisen asiantuntijan (YAMK) koulutusohjelmassa ja opinnäytetyössämme selvitämme lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia tämänhetkisestä hoitopolusta. Työskentelemme molemmat lihavuusleikkauspotilaiden parissa ja olemme kiinnostuneita hoitopolun kehittämisestä potilaiden kokemusten perusteella.

Saatuamme suostumuksesi haastatteluun, otamme sinuun yhteyttä ja sovimme yhdessä haastattelusta. Haastattelu tapahtuu kasvotusten tai puhelimitse, valitsemallasi tavalla. Kaikki haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan tekstimuotoon analyysia varten. Tarkastelun aikaväli alkaa lihavuusleikkauslähetteen tekemisestä ja loppuu kun toimenpiteestä on kulunut noin yksi vuosi. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Haastateltavilta saatu tutkimusaineisto säilytetään lukollisessa kaapissa, jonne vain tutkijoilla on pääsy. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön mukaisesti. Tutkimustulokset esitetään niin, ettei yksittäinen henkilö ole tunnistettavissa. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön julkaisupäivästä seuraavana päivänä tietosuojalain mukaisesti.

(jatkuu)

2 (2)

Tutkimus julkaistaan Theseus tietokannassa ja on näin ollen myös haastateltavien luettavissa. Valmis opinnäytetyö luovutetaan myös LILE ry:n käyttöön. Tutkimustulokset ovat julkisia ja ovat kaikkien saatavissa.

Tutkijoiden yhteystiedot

Sanna Marttinen sanna.marttinen@tuni.fi

Sari Harju sari.harju@tuni.fi

Liite 4. Tutkittavan suostumuslomake

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS**Lihavuusleikkauspotilaiden hoitopolku, potilaiden kokemuksia**

Suostun osallistumaan tutkimukseen lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksista hoitopolusta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä. Minulla on oikeus perua suostumukseni _____._____ mennessä syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Tässä tapauksessa mitään antamiani tietoja ei käytetä tutkimuksessa ja ne hävitetään tietosuojalain mukaisesti välittömästi. Mikäli perun suostumukseni edellä mainitun päivämäärän jälkeen, voidaan antamiani tietoja käyttää osana tutkimusta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tutkimuksen yhteydessä ei kerätä henkilötietoja ja allekirjoitetut suostumuslomakkeet säilytetään lukitussa paikassa, jonne vain tutkimuksen tekijöillä on pääsy. Suostumuslomakkeet hävitetään _____._____ mennessä tietosuojalain mukaisesti.

Suostumuksen antaja:**Suostumuksen vastaanottaja:**

Liite 5. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1 (2)

Mieti näihin kysymyksiin vastauksia ennen ja jälkeen leikkauksen. Voit tehdä muistiinpanoja haastattelua varten. Muistiinpanot kannattaa tehdä, ettei mitään oleellista jää kertomatta. Kiitos kun osallistut!

Taustatietoja

- Mikä leikkausmuoto sinulle on tehty?
- Milloin leikkaus on tehty?

Hoitopolku

- Kuinka hyvin sait tietoa, mitä ja milloin seuraavaksi tapahtuu osana lihavuusleikkausprosessia?
- Kuinka sujuvaksi koit lihavuusleikkausprosessin?
- Kuinka oikea-aikaisiksi koit eri terveydenhuollon ammattilaisten tapaamiset lihavuusleikkausprosessin aikana?
- Tiesitkö mihin olla yhteydessä askarruttavissa asioissa?
- Millaisena koit terveydenhuollon ammattilaisten tapaamismäärän?
- Koitko, että antamasi tiedot välittyivät terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle?

Ohjaus

- Kuinka koet saamasi tiedon ja ohjauksen määrän koko prosessin aikana?
- Mikä oli kokemuksesi saamasi tiedon oikea-aikaisuudesta?
- Koitko saavasi jostakin samasta aiheesta turhaan toistuvaa tietoa eri ammattilaisten antamana?
- Mitä ajatuksia sinulla on yksilöohjauksesta?
- Mitä ajatuksia sinulla on ryhmäohjauksesta?
- Kertoisitko saamastasi ohjauksesta ravitsemukseen liittyen. Mikä oli hyvää, mikä huonoa ja mistä olisit toivonut saavasi enemmän tietoa?

(jatkuu)

2 (2)

- Kertoisitko saamastasi ohjauksesta itse leikkaukseen ja siihen valmistautumiseen sekä siitä toipumiseen liittyen. Mikä oli hyvää, mikä huonoa ja mistä olisit toivonut saavasi enemmän tietoa?
- Millaista tukea ja ohjausta sait kehon muutokseen liittyvän minäkuvan muutokseen liittyen?
- Mitä muita asioita/aiheita pidät erityisen tärkeänä ohjauksessa?
- Onko jokin asia tai aihe, josta toivot, että olisit saanut tietoa ja ohjausta?

Tuki

- Mistä sait tukea lihavuusleikkausprosessin aikana?
- Miltä taholta olisit kaivannut tukea enemmän?
- Kuinka terveydenhuolto tuki sinua prosessin aikana?
- Olitko yhteydessä muihin lihavuusleikattuihin prosessin aikana?
- Koitko saavasi psykiatrista tukea tarpeeksi terveydenhuollon ammattilaisilta? Tarjottiinko sitä sinulle?