

**LIHAVUUSLEIKATTUJEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN
PSYKKISESTÄ TUESTA JA SEN MERKITYKSESTÄ
LIHAVUUSLEIKKAUKSEN JÄLKEEN**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, terveydenhoitaja

kevät, 2020

Terhi Koivisto
Jenni Pitkänen
Laura Tuomaala

Hoitotyön koulutus, terveydenhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Terhi Koivisto, Jenni Pitkänen, Laura Tuomaala	Vuosi 2020
Työn nimi	Lihavuusleikattujen kokemuksia saamastaan psyykkisestä tuesta ja sen merkityksestä lihavuusleikkauksen jälkeen	
Työn ohjaaja	Tuula Kolari	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka lihavuusleikatut kokevat saamansa psyykkisen tuen leikkauksensa jälkeen. Tavoitteena oli kuvata lihavuusleikattujen kokemuksia saamastaan tukimuodoista, tuen riittäväydestä ja sen merkityksestä uusien elintapojen noudattamisessa. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä lihavuusleikattujen yhdistyksen, LiLe ry:n kanssa.

Opinnäytetyön teoriapohjaan perustuen luotiin sähköinen kyselylomake. Kysely sisälsi pääsääntöisesti suljettuja kysymyksiä, mutta myös muutama avoimen kysymyksen. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan täydentävää tietoa lihavuusleikattujen kokemuksista. Kysely julkaistiin LiLen Facebook-sivustoilla.

Kyselyyn vastasi 222 lihavuusleikattua, joista 162 vei kyselyn loppuun saakka. Tulokset analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä ja havainnollistettiin taulukoilla ja kuviolla. Tuloksista ilmeni, että lihavuusleikattujen kokemukset saamastaan tuesta ovat hyvin erilaisia, mutta pääsääntöisesti tuki jälkeen päin ei ole ollut riittävää. Vastaajista 66 % koki, että tuki on ollut puutteellista. Tukea olisi tarvittu enemmän etenkin minäkuvan muutokseen ja syihin lihavuuden taustalla. Eniten tukea oli saatu ruokavalioon.

Leikkauksen kustannustehokkuuteen vaikuttaa suuresti uusien elintapojen omaksuminen leikkauksen jälkeen. Jotta potilas ymmärtäisi terveellisten elämäntapojen, ruokavalion, liikunnan sekä unen merkityksen, hänen tulee saada riittävää psyykkistä tukea ennen leikkausta ja riittävän pitkäkestoisesti leikkauksen jälkeen.

Avainsanat Lihavuus, lihavuusleikkaus, psyykinen tuki
Sivut 55 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Degree Programme in Public Health Nursing
Hämeenlinna University Center

Authors	Terhi Koivisto, Jenni Pitkänen, Laura Tuomaala	Year 2020
Subject	The Experiences of Bariatric Surgery Patients about the Mental Support and its Post-operation Significance	
Supervisor	Tuula Kolari	

ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to clarify how the bariatric surgery patients feel about the mental support they have got after their operation. The aim was to describe what kind of support the bariatric surgery patients have got, and their experiences of it, and its sufficiency. The aim was also to discover how important it is to get support in the following post-operation lifestyle. The thesis was made in a collaboration with the bariatric surgery patients' society, LiLe ry.

The starting point for the work was to collect the theoretical foundation for the obesity and the bariatric surgery. The theoretical basis was used as a base for KyselyNetti survey. The online survey contained mostly structured questions, but also a few open questions. Structured questions aimed to describe the bariatric surgery patients' feelings and thoughts of the support they have got. Open questions were used for the supplementary information. The survey was published on LiLe's Facebook sites and it received over 200 answers. The results were analysed by using the content analysis and the material was illustrated by figures.

The outcome of the study is that there are variety of the experiences of having support but obviously the most of the respondents, 66 %, faced lack of sufficient support after the bariatric surgery. According to the results, more support was needed for self-image after the surgery and reasons for weight gain before the surgery. The respondents have got the support mostly for a new diet.

The new lifestyle after the surgery affects strongly for the cost-effectiveness of the bariatric surgery. The patient needs mental support before and after the bariatric surgery to realise the significance of the healthy lifestyle, diet, physical exercise and sleep.

Keywords Obesity, bariatric surgery, mental support
Pages 55 pages including appendices 4 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LIHAVUUS	2
2.1	Lihavuuden määritelmä	2
2.2	Lihavuus Suomessa	2
2.3	Lihavuuden syitä ja haitat	4
2.3.1	Fyysiset haitat.....	4
2.3.2	Psyykkiset haitat.....	6
2.3.3	Sosiaaliset haitat.....	7
2.4	Lihavuuden ennaltaehkäisy ja hoito	8
2.4.1	Elintapaohjaus	9
2.4.2	Lyhytinterventio	10
2.4.3	ENE ja lihavuuden lääkehoito.....	10
3	LIHAVUUSLEIKKAUS.....	11
3.1	Kriteerit	12
3.2	Leikkausmenetelmät, riskit ja haitat	13
3.2.1	Mahalaukun ohitusleikkaus.....	14
3.2.2	Mahalaukun kavennus.....	15
3.2.3	Tulokset ja jälkihoito.....	16
4	ELÄMÄ LIHAVUUSLEIKKAUKSEN JÄLKEEN	18
4.1	Uusien elintapojen noudattaminen	18
4.2	Minäkuvan muutos ja mieliala	21
4.3	Tukimuotoja leikkauksen jälkeen.....	22
4.3.1	Terapiamuodot	22
4.3.2	Seuranta erikoissairaanhoidossa.....	23
4.3.3	Ryhmät.....	24
4.3.4	Läheiset ja perhe	25
5	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	26
5.1	Tutkimuksellinen opinnäytetyö ja tutkimuskysymykset.....	26
5.2	Yhteistyökumppani	26
5.3	Tiedonhaku.....	27
5.4	Tutkimusmenetelmä	28
5.5	Kyselyn laatiminen	28
5.6	Aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi	29
6	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1	Kyselyn otanta ja kohderyhmä.....	30
6.2	Kyselyn tulokset	32
6.2.1	Leikkauksen tuomat hyödyt ja vaikeudet leikkauksen jälkeen	32
6.2.2	Tuen saaminen ja sen riittävyys	33
6.2.3	Millaista psyykkistä tukea lihavuusleikatut ovat saaneet?	34

6.2.4	Millaista tukea kyselyyn vastanneet olisivat kaivanneet?	36
6.3	Yhteenveto kyselyn tuloksista.....	37
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	38
8	POHDINTA.....	40
	LÄHTEET	43

Liitteet

Liite 1 KYSELY

1 JOHDANTO

Jo lähes neljäsosa suomalaisesta aikuisväestöstä on ylipainoisia. Elämäntapamuutos ja elintapahoito ovat aina ensisijaisia lihavuuden hoitomuotoja, mutta sairaalloisesti lihavilla ne eivät ole useinkaan tarpeeksi tehokkaita syyistä tai toisesta. Sairaalloisen lihavilla voidaan harkita leikkaushoitoa, jos mikään muu laihdutusmenetelmä ei ole tuottanut pysyvää tulosta. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

Lihavuusleikkaukset ovat alkaneet yleistyä viimeisten 10 vuoden aikana ja yhä useampi ylipainoinen täyttää kriteerit lihavuusleikkaukselle. Leikkausten kustannusvaikutus oli tehokasta jo kymmenen vuotta sitten, mutta nykyään se on sitä vielä enemmän; leikkauksien kustannukset ovat laskeneet, komplikaatiot ovat vähentyneet ja lihavuudesta johtuvien sairauksien lääkekustannukset ovat nousseet. Leikkauksen vaikutukset ovat merkittäviä niin potilaalle kuin yhteiskunnalle. Leikkauksella ja painonpudotuksella hoidetaan mm. 2-tyyppin diabetesta ja uniongelmia sekä vähennetään sydän- ja syöpäkuolemia. Lihavuusleikatun elinaika pitenee, elämänlaatu paranee ja yhteiskunta säästää rahaa. (Juuti, Roine & Salminen, 2019, s. 1488)

Elintapojen muutoksella on suuri vaikutus leikkauksen kustannustehokkuuteen. Keskeistä leikkauksen onnistumiselle on, että potilas omaksuu uudet, terveelliset elintavat, ruokavalion tärkeyden sekä unen ja liikunnan merkityksen. Jotta leikkauksesta saataisiin paras mahdollinen hyöty niin potilaan kuin yhteiskunnan kannalta, on potilaan saatava riittävää psyykkistä tukea koko prosessin ajan sekä riittävästi myös leikkauksen jälkeen. (Juuti ym., 2019, s. 1488)

Terveydenhoitajan tehtävänä on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä ohjata ja kannustaa ihmisiä huolehtimaan omasta terveydestään. Asiakkaiden tukeminen myös lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on tärkeä osa työtä. Terveydenhoitajalta tulisikin löytyä laaja-alaista ja monipuolista osaamista – elintapamuutoksiin ja niissä pysymiseen tarvitaan pitkäkestoisia tukea, keskusteluapua, yksilöllistä kohtaamista ja motivointia. (Terveydenhoitajaliitto, 2020)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää lihavuusleikattujen kokemuksia saamistaan tukimuodoista, tuen riittävydestä sekä sen merkityksestä uusissa elintavoissa. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä lihavuusleikattujen yhdistys LiLe ry:n kanssa. Tutkimuksellinen osuus toteutetaan ja aineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella lihavuusleikattujen vertaistukiryhmissä sosiaalisessa mediassa.

2 LIHAVUUS

Viime vuosien aikana lihavuus on yleistynyt aikuisten keskuudessa. FinTerveys 2017 on tutkinut väestön lihavuuden merkitystä sairastumisiin. Tutkimuksella on kartoitettu väestön lihavuutta ja ylipainoisuutta. Tutkimuksen mukaan ainoastaan 28 prosenttia yli 30-vuotiaista miehistä ja naisista 37 prosenttia olivat normaalipainoisia. Normaalipainolla tarkoitetaan tutkimuksessa, että painoindeksi on alle 25. Tutkimuksen mukaan vuonna 2017 Suomessa oli ylipainoisia henkilöitä vähimmillään 2,5 miljoonaa. Tutkimuksessa selvisi, että miehistä 6 prosenttia ja naisista 10 prosenttia olivat vaikeasti lihavia. Vaikeasti lihavan painoindeksi on 35 tai sen yli. (THL, 2019a)

Lihavuus vaikuttaa vahvasti psyykkiseen hyvinvointiin. Lihavuus voi vaikuttaa itsetuntoon, mielialaan ja elämänlaatuun. Masennuksen riski lihavalla henkilöllä voi olla jopa viisinkertainen normaalipainoisiin verrattuna. Masennus voi aiheuttaa lihomisen. Psyykkisellä hyvinvoinnilla on olennainen rooli lihavuuden ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa. (Terveyskyly, 2019a)

2.1 Lihavuuden määritelmä

Lihavuus määritellään liian suurella rasvakudoksen määrällä kehossa. Lihominen aiheutuu pitkään kestäneestä energiatasapainon häiriöstä. Elimistö saa enemmän energiaa kuin pystyy sitä kuluttamaan. (THL, n.d.a) Lihavuutta voidaan arvioida pituuden ja painon perusteella, niiden pohjalta määritetty painoindeksi (BMI). Painoindeksi antaa luokituksen aikuisen henkilön painon määrittelyyn. (Mustajoki, 2019b) Kun painoindeksi on $30\text{kg}/\text{m}^2$, täyttyy arvo, joka määrittää lihavuuden. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020).

Lihavuutta voidaan painoindeksin ohella määritellä mittaamalla vyötärön ympärystä. Se antaa tietoa sisäelimiin ja vatsaonteloon kertyneestä rasvakudoksen määrästä. Sen myötä, kun rasvakudos lisääntyy, suurenee myös vyötärön ympäry, josta kehittyy vyötärölihavuus. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020). Tyypillisesti vyötärölihavuuteen kuuluu lisäksi maksan rasvoittuminen. Rasvaa, joka kertyy vyötärölle, kutsutaan viskeraalirasvaksi. Liikaravasta vatsaontelossa voi kehittyä useita sairauksia ja sen takia vyötärölihavuus on hyvä tunnistaa. (Mustajoki 2019a) Jos vyötärön ympäry on miehellä yli 100cm ja naisella yli 90cm, täyttyvät vyötärölihavuuden kriteerit (Mustajoki, 2019b).

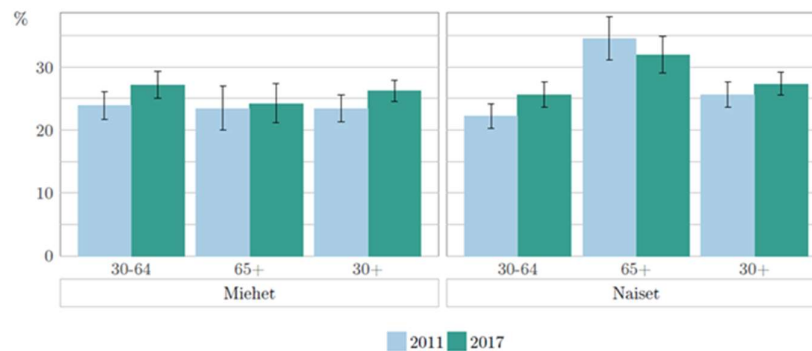
2.2 Lihavuus Suomessa

Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen (2012) mukaan suomalaisten miesten painoindeksi on noussut 1970-luvulta ja naisten 1980-luvulta lähtien. Kehitys on kuitenkin hidastunut ja jopa tasaantunut viimeisen

vuosikymmenen aikana. Tästä huolimatta ylipainoisuus ja lihavuus ovat yleisiä Suomessa. FINRISKI-terveystutkimuksia on tehty Suomessa vuodesta 1972. Tämä viiden vuoden välein toteutettava tutkimus seuraa mm. keskeisten kansantautien ja niiden riskitekijöiden tasoa väestössä. Väestön paino nousee yleensä iän myötä saavuttaen huippunsa eläkeikään mennessä. Pääkaupunkiseudulla asuvilla ylipainoisuus on harvinaisempaa kuin muualla Suomessa asuvilla. Eroa on myös väestön koulutuksen mukaan; korkeasti koulutetuilla ylipainoisuus on harvinaisempaa kuin vähemmän koulutusta saaneilla. Yli puolet aikuisista on vähintään ylipainoisia (painoindeksi vähintään 25 kg/m²), ja joka viides voidaan luokitella lihavaksi (painoindeksi vähintään 30 kg/m²). (Männistö, 2015, ss. 969–975)

Kansallinen FINRISKI- ja Terveys 2000 -tutkimukset yhdistettiin uudeksi FinTerveys 2017 -väestötutkimukseksi. Tätä FinTerveys 2017 -tutkimusta koordinoi THL:n Kansanterveysratkaisut -osasto yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa mm. aikuisväestön terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista. Näillä tiedoilla voidaan suunnitella ja arvioida terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa. FinTerveys 2017-tutkimus kertoi karua totuuttaan, kansanterveyden suotuisa kehitys on hidastumassa. Lihavuus lisääntyy ja on yleistynyt väestön keskuudessa kuuden menneen vuoden aikana. Saman kehityksen jatkuessa joka kolmas työkäinen on lihava 10 vuoden kuluttua. Tällä hetkellä tutkimuksen mukaan vain neljännes aikuisista on normaalipainoisia. (Toikkanen, 2018)

Kuvasta 1 ilmenee FinTerveys2017-tutkimuksen mukaan lihavuuden yleisyys vuosina 2011 ja 2017 miesten ja naisten keskuudessa. Työkäisen väestön, niin naisten kuin miesten keskuudessa, lihavuus on yleistynyt n. 4 %.



Kuva 1. Lihavuuden (BMI \geq 30 kg/m²) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017 (Koponen ym., 2018, s. 48).

Suomen naapurivaltion Ruotsin kansanterveysviraston (Folkhalsomyndigheten) mukaan Ruotsissa noin puolet 16-84-vuotiaista oli ylipainoista tai lihavia vuonna 2018. Viimeisen vuosikymmenen aikana ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet myös naapurimaassa. Ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys

vaihtelee eri ikäryhmissä ja on yleisempää ikääntyneillä. Ylipaino ja lihavuus vaihteli asuinalueesta riippuen: vähintään 45 prosenttia ja enintään 59 prosenttia vuosina 2015-18. (Folkhalsomyndigheten, 2018)

Näiden tilastojen valossa on havaittavissa, että Suomessa ja Ruotsissa ylipaino ja lihavuus ovat kansanterveydellinen ongelma, jonka lisääntyminen on odotettavissa. Suomessa tehdään vuosittain noin 1000 lihavuusleikkausta (Mustajoki, 2019b). Vastaava luku Ruotsissa vuonna 2017 oli 5400 leikkausta (SOREG, 2018). Suhteutettuna väestöön Ruotsissa tehdään leikkauksia huomattavasti enemmän. Suomessa lihavuusleikkauksia tehdään vähiten Länsi-Euroopassa suhteutettuna väestömäärään. (Koivukangas & Salminen, 2017)

2.3 Lihavuuden syitä ja haitat

Viimeisten vuosien aikana elintavat ovat muuttuneet, minkä vuoksi energian kulutus on vähentynyt. Syynä on liikkumisen väheneminen ja epäterveellisten ruokien käytön lisääntyminen. Lisäksi lihavuuden riskiä lisää perinnöllisyys, liian vähäinen yöuni, kiireinen elämän tapa ja sen aiheuttama stressi sekä mielenterveyden ongelmat. (Mustajoki, 2019b) Joskus syynä lihavuuteen voi olla jokin aineenvaihdunnallinen sairaus, esimerkiksi hypotyreoosi (Pietiläinen, 2018).

Lihavuus aiheuttaa lukuisia terveydellisiä haittoja koko kehossa ja lisää merkittävästi riskiä sairastua moniin sairauksiin ja oireyhtymiin. Terveyshaitat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: aineenvaihdunnan häiriöihin, mekaanisiin haittoihin, joita ovat kehon painon aiheuttaman kuormituksen aikaansaamat haitat sekä mentaalisiin, psyykkisiin haittoihin. (Pietiläinen, 2015a, s. 62) Käypä hoito -suosituksen (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020) mukaan lihavuus lisää kuolemanvaaraa merkittävästi, kun painoindeksi ylittää arvon 30 kg/m². Lisäksi lihavuus lisää hedelmättömyyttä ja raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden riskiä.

Kaikille lihaville ei kuitenkaan tule lihavuudesta aiheutuvia haittoja, sillä ne ovat yksilöllisiä. Haittojen esiintymiseen vaikuttavat myös mm. tupakointi, alkoholin käyttö, liikkuminen, ruokavalio ja perinnölliset tekijät. Geenit ja ympäristötekijät yhdessä vaikuttavat painon nousuun, mutta pelkästään perimä ei määrää kenestä tulee lihava. Geeneihin ei voi vaikuttaa, mutta niiden toimintaan kyllä. Lihavuuden periytyminen ei tarkoita geeniperimää vaan perinnöllisestä alttiutta ympäristötekijöiden kautta. (Pietiläinen, 2015b, ss. 9–10; Pietiläinen, 2015c, s. 68)

2.3.1 Fyysiset haitat

Liian suuri rasvakudos erityisesti keskivartalon seudulla ja rasvan kertyminen eri elimiin aiheuttavat aineenvaihduntaan liittyviä eli metabolisia

häiriöitä, jotka rasittavat elimistöä ja saattavat aiheuttaa ajan myötä monia sairauksia. (Mustajoki, 2019b). Tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja sepelvaltimotauti ovat näistä keskeisimpiä (Pietiläinen, 2015a, s. 63). Kihti ja sappikivet ovat myös yleisiä lihavuuden aiheuttamia aineenvaihdunnan häiriöitä. On myös tutkittu, että lisääntynyt riski erilaisiin syöpiin lisääntyy aineenvaihduntasairauksien myötä. Lisäksi lihavuudella on vaikutusta sukupuolihormonitoimintaan ja hedelmällisyyteen. (Pietiläinen, 2015c, s. 69)

Metabolinen oireyhtymä on monen aineenvaihdunnan häiriöiden summa. Metabolisessa oireyhtymässä esiintyy häiriöitä verensokerissa, veren rasva-arvoissa ja verenpaineessa. Sen aiheuttaa pääosin keskivartalolihavuus (vatsaontelon sisäinen rasva), joka puolestaan aiheuttaa monia haittoja, mukaan lukien insuliiniresistenssin, rasvamaksan ja lopulta myös tyypin 2 diabeteksen kehittymisen pikkuhiljaa. (Mustajoki, 2019c) Metabolisen oireyhtymän on todettu vaikuttavan suuresti elinikään (Pietiläinen, 2015c s. 69).

Rasvamaksa on yli kymmenen kertaa yleisempi lihavilla normaalipainoisiin verrattuna. Erityisesti vyötärölihavuuden yhteydessä riski on huomattavan korkea. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020) Lihavuus siis aiheuttaa rasvan kertymistä maksaan, joka puolestaan kasvattaa maksan kokoa ja muuttaa maksan värin ruskeasta keltaiseksi. Maksan rasvoittuminen aiheuttaa rasva-aineenvaihdunnan ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä, hyytymishäiriöitä ja elimistön matala-asteista tulehdusta ja ennakoii tyypin 2 diabetesta. (Pietiläinen, 2015d, s. 71)

Tyypin 2 diabeteksen riski lisääntyy huomattavasti ylipainon myötä. Normaalipainoisiin verrattuna riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on lihavilla 7–20-kertainen. Myös riski raskausdiabetekseen on kohonnut. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020) Kun paino nousee, nousee myös riski sairastua, ja vastaavasti laihtuessa sairastumisriski lievenee tai jopa häviää. Tyypin 2 diabetes johtuu insuliiniresistenssistä ja häiriöistä insuliinin erityksessä, jotka yhdessä saavat aikaan verensokerin nousun. Suurin osa lihavuuteen liittyvistä aineenvaihdunnan muutoksista johtuu juuri insuliiniresistenssistä, jossa insuliinin vaikutus kudoksissa on heikentynyt ylimääräisen rasvan kertymisen vuoksi. Insuliiniresistenssin vuoksi tarvitaan haimasta yhä enemmän insuliinia, jotta verensokeritaso pysyy normaalina. Haima kuitenkin jossain vaiheessa väsyä, eikä pysty enää tuottamaan tarpeeksi insuliinia, ja näin tyypin 2 diabetes kehittyy. (Pietiläinen, 2015e, s. 72)

Lihavuus on suuri riskitekijä myös sydän- ja verisuonitaudeille. Korkea verenpaine ja kohonnut kolesteroli ovat lihavilla yleisempiä, kuin normaalipainoisilla. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020) Korkea verenpaine johtuu usein epäterveellisistä elintavoista, mutta joskus se voi olla myös perinnöllistä (Mustajoki, 2018a). Lihavalla

verenpaine nousee, koska suuri keho tarvitsee normaalia suurempaa verimäärää ja sydämen pumppaustilavuutta. Verenpaineen nousua aiheuttavat myös valtimoiden sisäseinämien huono toiminta ja tulehdusvälittäjäaineet rasvakudoksessa. Korkea verenpaine aiheuttaakin lihavilla suuren riskin sydän- ja aivoinfarktille. (Pietiläinen, 2015f, s. 79)

Valtimon seinämään kertyvä kolesteroli, joka myöhemmin kalkkeutuu ja kovettuu, aiheuttaa ennen pitkää sepelvaltimotaudin. Lihavilla on 2–3-kertainen riski sairastua sepelvaltimotautiin, kuin normaalipainoisilla. (Pietiläinen, 2015f, s. 79)

Kehon suuri koko, paino ja rasvamassa aiheuttavat erilaisia haittoja vaikeuttaen mm. liikkumista. Tavalliset arjen toiminnot hankaloituvat, ja vaikeuksia voi olla esimerkiksi pukeutumisessa, peseytymisessä, sopivien vaatteiden löytämisessä ja autolla ajamisessa. (Pietiläinen, 2015g, s. 87)

Nivelet sekä tuki- ja liikuntaelimet rasittuvat suuresta kehon painosta. Lihavien riski sairastua lonkan, polven ja käden nivelrikkoon on kaksinkertainen. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020) Iskias, selkä- ja niskakivut sekä rannekanavan ahtaus voivat myös liittyä ylipainoon. Lihavuus muuttaa kehon painopisteitä ja virheasentoja muodostuu näin helpommin yhdessä suuren kuormituksen kanssa. Liikkumattomuus puolestaan heikentää lihasten kuntoa, joka pahentaa nivelrikkoa ja kipuja entisestään. (Pietiläinen, 2015g, s. 87)

Lihavuus aiheuttaa myös häiriöitä hengityksessä ja pahimmillaan astmaa. Vatsaontelo on lihavilla suurentunut ja keuhkotilavuus vastaavasti pienentynyt, joka vaikuttaa keuhkojen toimintaan haitallisesti. (Pietiläinen, 2015g, s. 87) Uniapneakin on lihavilla hyvin tavallista (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020). Hengitystiet voivat ahtautua liiallisesta rasvakudoksesta, jolloin hengitysvirtaus estyy ja katkeaa väliaikaisesti. Tällöin elimistö ei saa riittävästi happea, ja se altistaa sydäninfarktille, korkealle verenpaineelle ja tyyppin 2 diabetekselle. Myös unenlaatu kärsii hengityskatkosten vuoksi, joka puolestaan altistaa päiväaikaiselle väsymykselle, keskittymisvaikeuksille, muistin heikentymiselle ja myös tapaturmille. (Pietiläinen, 2015g, s. 87)

2.3.2 Psykkiset haitat

Lihavuuden on todettu vaikuttavan suuresti myös mieleen ja aivoihin. Masennusta, aivoinfarkteja ja aivoverenvuotoja ilmenee lihavilla normaalia enemmän ja myös muistisairauksien riski on heillä 1,5-kertainen. Huono itsetunto, itsensä arvostamattomuus ja itsekritiikki luovat ennakkoluuloja omaa seksuaalisuutta kohtaan. (Pietiläinen, 2015h, ss. 89, 93)

Masennus ja lihavuus ovat toistensa riskitekijöitä, eli niiden välillä on kaksisuuntainen yhteys – masennus saattaa aiheuttaa lihavuutta ja lihavuus

masennusta. Lihavilla esiintyy masennusta 4–5 kertaa yleisemmin kuin normaalipainoisilla. Masennus ja ahdistuneisuus liittyvät usein juuri lihavuuteen – oma keho ei tunnu eikä näytä hyvältä ja ylipaino aiheuttaa paljon fyysistä haittaa. Painoa ehkä haluttaisiin pudottaa, mutta se on vaikeaa ja työlästä, ja epäonnistuminen masentaa entisestään. (Pietiläinen, 2015h, s. 89). Lihavuutta masennus saattaa aiheuttaa mm. siksi, että masentunut jää herkästi kotiin, hän ei jaksaa liikkua ja ruokavalio voi olla hyvinkin epä-terveellinen, koska siihen ei jakseta kiinnittää huomiota. Paino nousee näin herkästi. (Pietiläinen, 2015i, s. 90)

Joskus masentunut myös purkaa negatiivisia tunteitaan syömiseen, mikä johtaa hallitsemattomana painonnousuun. Kohtauksittainen ahmintahäiriö, BED, esiintyy yhdessä masennuksen ja ylipainon kanssa. Ruokaa ja herkkuja syödään salaa kerralla suuria määriä, joka luonnollisesti altistaa lihavuudelle. Ahmimisen voi laukaista esimerkiksi psyykinen stressi tai epätoivoiset laihdutusyritykset. Useissa tutkimuksissa on todettu, että rasva- ja sokeripitoisiin ruokiin voi kehittyä sekä psyykinen että fyysinen riippuvuus, jolloin noidankehä on valmis. Ahmimiskohtaukset aiheuttavat usein voimakasta ahdistusta, itseinhoa ja syyllisyyttä. (Singh, 2014)

Masennuksen on todettu altistavan tulehdussairauksille, sydäninfarktille ja aivohalvaukselle sen nostattaman stressihormonitason vuoksi. Masennus saattaa myös lisätä päihteiden haitallista käyttöä. Vakavassa masennuksessa esiintyy usein myös itsetuhoisuutta, joka voi ilmetä itsensä ja terveytensä laiminlyöntinä tai puheina itsemurhasta. (Pietiläinen, 2015i, s. 91)

Lihavuus aiheuttaa usein myös psykososiaalisia ongelmia: syrjintää ja enakkoluuloja sekä vaikeuksia työelämässä ja sosiaalisissa suhteissa (THL, n.d.b). Häpeä omasta kehosta on yleistä ja sen vuoksi sosiaalisiin tilanteisiin meneminen voi olla hankalaa ja sosiaalinen elämä kärsii. Myös yksinäisyys lisää masennusta ja synkkiä ajatuksia. (Pietiläinen, 2015i, s. 90) Hyvin monella lihavalla on useita syrjintä- ja kiusaamiskokemuksia, jotka vaikuttavat haitallisesti itsetuntoon. (THL, 2019b)

Seksuaalisuuden ja hyvän itsetunnon yhteys on suuri. Itsensä hyväksyminen ja itsekunnioitus ovat yhteydessä vahvaan seksuaaliseen itsetuntoon. Kun on tasapainossa itsensä ja kehonsa kanssa, pystyy myös nauttimaan seksistä ja rentoutumaan. Monella lihavalla kuitenkin häpeä omasta kehosta on niin suurta, että se häiritsee kiihottumista, rentoutumista ja voi aiheuttaa haluttomuutta. Puhumattomuus oman kumppanin kanssa pahentaa ongelmaa entisestään. Terveystieteiden ammattilaisilla tulisi olla valmiudet ottaa seksuaalisuus puheeksi. (Brusila, 2015, s. 92)

2.3.3 Sosiaaliset haitat

Lihavuudella on vaikutusta myös psykososiaalisesti. Hyvin menestyvät, korkeasti koulutetut ja hyvätuloiset ovat harvemmin ylipainoisia kuin ne,

joiden keskuudessa on työttömyyttä, pienituloisuutta ja stressaavia vaiheita elämässään. Lihavien henkilöiden minäkuva on monesti muuttunut ja yhä useampi kokee masennusta. Etenkin sairaalloisesti lihavilla lihavuus saattaa olla syynä ahdistukseen ja depression. Elämänlaatu heikkenee, kun lihavuuden vuoksi menetetään toimintakykyä selvitä päivittäistä asiasta. Terveydenhuollon tavoitteena lihavuuden hoidossa on juuri elämänlaadun kohentaminen ja lihavuuteen liittyvien sairauksien ehkäiseminen. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

Gastrokirurgian dosentti ja ylilääkäri Timo Heikkinen kertoo Yle uutisten haastattelussa (Yle, 2015) tapaavansa työssään vaikeasti ylipainoisia henkilöitä. Heistä hyvin moni kertoo, kuinka heitä on kohdeltu työelämässä ja jopa terveyshuollon ammattilaisten taholta. Lihavien älykkyyttä väheksytään, heitä pidetään saamattomina ja velttoilijoina.

THL:n tutkimusprofessori Pekka Jousilahti kertoo Karjalaisen haastattelussa, että ylipainoisuus on tänä päivänä yhä enemmän yhteydessä ihmisen sosioekonomiseen asemaan. Normaaliylikainoisuus kertoo hyvätuloisuudesta ja hyvästä koulutuksesta. (Asikainen, 2017) Aiemmin lihavuus on ollut merkki hyvätuloisuudesta, vauraudesta ja se on ollut tavoiteltavaa. Tänä päivänä asia on toisinpäin. Lihavuus on epätoivottavaa, sitä arvostellaan ja lihavia syrjitään. Nyky-yhteiskunnassa lihava ei täytä ulkonäkökriteereitä, joita etenkin naisten keskuudessa vaaditaan. Lihavuuden lisääntyminen johtuu osaltaan elintasomme noususta. Ruoasta ja viinistä nautitaan samalla kun istumatyö lisääntyy ja energiankulutus vähentyy. Suurin osa lihoo tahtomattaan. Monet ylipainoiset kärsivät lihavuudestaan ja haluaisivat apua painonpudotukseen. (Pietiläinen, 2015j, s. 13)

WHO (World Health Organization) on yhdessä World Obesity Federationin kanssa organisoinut Maailman lihavuuspäivän (World Obesity Day). Sitä on vietetty vuodesta 2015 saakka. Päivän tarkoituksena on keskittyä ajankohittaiseen teemaan ja tuoda esiin lihavuuden haittoja. Vuonna 2017 teemana oli lihavuuden sosiaalisten seurausten ymmärtäminen. WHO:n (WHO, 2017) artikkelin mukaan tutkimus Länsi-Euroopan maista osoitti, että 18,7 % ylipainoisista koki leimautumista. He, joilla oli vaikeaa liikalihavuutta, luku oli jopa 38 %. Ylipainoiset henkilöt kokivat negatiivista kohtelua opettajilta, työnantajilta, terveydenhuollon ammattilaisilta, tiedotusvälineiltä ja jopa ystäviltä ja perheenjäseniltä. Ylipainoisten leimautuminen on maailmanlaajuisista.

2.4 Lihavuuden ennaltaehkäisy ja hoito

Lihavuuden hoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen ja lihavuuden aiheuttamien sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito. Usein jo 5 % painonpudotus parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua ja moni lihavuuden aiheuttama sairaus tai terveyshaitta helpottaa laihdutuksen myötä. (Karpakka, 2016) Lihavuuden hoito perustuu käytännössä energian saannin

vähentämiseen ja kulutuksen lisäämiseen. Elintapamuutokset ovat avainasana laihutumiseen – yksinkertaistettuna syö vähemmän, liiku enemmän. Tärkeintä on potilaan oma motivaatio ja sitoutuminen laihdutukseen. Ateriarytmi, aterioiden koostaminen, ruuan valinta ja arkiaktiivisuus kaipaavat usein muutosta, jotta laihduminen onnistuisi. (Sane, 2013)

Lihavuuden hoito kuuluu terveydenhuoltoon, joskaan kaikille lihaville potilaille ei hoitoa voida tarjota lihavien suuren määrän vuoksi. Hoitoa pyritään tarjoamaan huomattavan ylipainoisille, lihavuuden aiheuttamista sairauksista kärsiville tai suuressa riskissä oleville, sekä nuorille, työikäisille ylipainoisille. Mitä suurempi BMI, sitä suurempi on sairastumisen riski, ja näitä sairauksia halutaan luonnollisesti ehkäistä jo ennalta laihdutuksen avulla. Potilaalle annetaan apua uusissa ravinto- ja liikuntatavoissa, syömisessä hallinnassa ja laihdutustuloksen pysymisessä. Lihavuuden hoidon menetelmät ovat yksilöllisiä potilaan painohistorian, elämäntilanteen ja kokonaisriskin arvioinnin mukaan – kaikilla ei toimi samat keinot. (Karpakka, 2016)

Lihavuuden hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista. Myönteisyys, potilaan motivaation ja sitoutumisen tukeminen sekä kannustus terveydenhuollossa ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Hoidossa olennaista on potilaalle annettu vahva tuki – potilaat tarvitsevat usein paljon henkistä tukea ja kannustusta ja neuvoja onnistuakseen pysyvässä elämäntapamuutoksessa. (Mustajoki & Pietiläinen, 2015, s. 22)

2.4.1 Elintapaohjaus

Elintapaohjaus voidaan toteuttaa joko yksilöohjauksena tai ryhmässä, tai sekä että. Ryhmäohjaus on halvempaa kuin yksilöohjaus, ja se soveltuu lähes kaikille – on tutkittu, että se on vähintäänkin yhtä tehokasta kuin yksilöohjaus. Ryhmähoito onkin ensisijainen terveydenhuollon menetelmä taloudellisuutensa ja tehokkuutensa vuoksi. Ryhmäohjauksen etuna on myös ryhmän jäsenten toisilleen antama tuki – uusien tapojen omaksuminen on tutkitusti helpompaa, kun kokemuksia voidaan jakaa samassa tilanteessa olevien kanssa. (Mustajoki & Pietiläinen, 2015, s. 18; Karpakka, 2016) Ryhmässä on myös helpompi sitoutua muutoksiin yhdessä (Sane, 2013). Jos kuitenkin esimerkiksi ujous tai häpeän tunteet estävät ryhmäohjaukseen osallistumisen, voidaan harkita yksilöohjausta. Osa hyötyy jo parin kerran neuvonnasta, osa tarvitsee yli 10 ohjauskertaa. (Lappalainen & Lappalainen, 2015, s. 208)

Elintapahoito sisältää useita ohjauskertoja, usein 10-20, joiden kesto on 60-90 minuuttia (Karpakka, 2016). Ohjauskertojen määrä riippuu pudotettavan painon määrästä, sairauksista ja myös käytettävistä resursseista. Elintapahoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuu siihen perehtynyt moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat lääkäri, terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja ja ravitsemusterapeutti. Lisäksi ryhmään voi kuulua myös

psykologi ja fysioterapeutti. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

2.4.2 Lyhytinterventio

Lyhytinterventio tarkoittaa lyhyttä keskustelua ja puheeksi ottoa esimerkiksi työterveyshoitajan tai lääkärin vastaanotolla (Mustajoki & Pietiläinen, 2015, s. 17). Lyhyeen interventioon sisältyvät painon mittaaminen ja lihavuuden toteaminen, lyhyt keskustelu lihavuuden merkityksestä ja hoitovaihtoehtojen pohtiminen. Osa ylipainoisista onnistuu itsenäisesti toteuttamaan lyhyen ohjauksen jälkeen elämäntapamuutosta, mutta moni tarvitsee tähän enemmän tukea. (Karpakka, 2016)

2.4.3 ENE ja lihavuuden lääkehoito

Jos elintapamuutokset eivät pelkästään riitä painonpudotukseen, voidaan lihavuutta hoitaa myös erittäin niukkaenergisellä dieetillä (ENE), lääkehoidolla tai leikkaushoidolla. Näitä voidaan käyttää elintapahoidon tukena – elintapahoito on joka tapauksessa hoidon perusta. (Mustajoki & Pietiläinen, 2015, s. 17)

ENE on erittäin niukkaenerginen ruokavalio, joka toteutetaan pussivalmisteilla – normaalin ruoan asemasta syödään valmiita mm. apteekista saatavia ENE-valmisteita, jotka sisältävät energiaa vain niukasti. Niissä on kuitenkin kaikki ravintoaineet ihanteellisessa tasapainossa. (Sane, 2013) ENE-dieetillä ollaan usein 6-12 viikkoa, jonka aikana paino laskee keskimäärin 15–21 kg (Karpakka, 2016). Jakson jälkeen painonnousu on tavallista, joten hoito vaatii tarkkaa ohjausta ja seurantaa. ENE-dieettiä voidaan käyttää potilaille, joiden painoindeksi on vähintään 30 kg/m². (Mustajoki & Pietiläinen, 2015, s. 18)

Lääkehoidon tarkoituksena on tukea ruokailu- ja liikuntatottumuksien muuttamista. Lääkkeen käyttö on syytä lopettaa, jos paino ei ole pudonnut 3-4 kuukauden kuluessa vähintään 5 %. Jos lääkehoito auttaa laihtumisessa, sitä voidaan käyttää jatkuvasti. (Mustajoki, 2018b) Lääkehoitoa voidaan käyttää elintapaohjauksen tukena, jos BMI on yli 30 kg/m² tai vähintään 28 kg/m² ja ylipainoon liittyy sairauksia. Lääkehoito ei ole kuitenkaan ensisijainen hoitomenetelmä, vaan sekin toimii elintapaohjauksen tukena erittäin motivoituneille potilaille. (Karpakka, 2016)

Suomessa on tällä hetkellä käytössä kolme lääkeainetta lihavuuden hoitoon. Orlistaatti estää lipaasi-entsyymin toimintaa ja näin ollen ohutsuolessa ravinnon rasvan pilkkoutuminen ja imeytyminen elimistöön estyy. Tätä lääkettä käytettäessä aterioiden energiasta korkeintaan 30 % tulee olla rasvasta ja välipalat ovat vähärasvaisia. Haittavaikutuksina on rasvaiset ulosteet (rasva ei imeydy) ja ulostamispakko. Orlistaatti ei imeydy

elimistöön. Vuonna 2017 markkinoille tuli valmiste, joka sisältää naltreksonia ja bupropionia. Tämä on reseptivalmiste. Lääkkeen käyttöön saattaa liittyä itsemurhan ja epileptisen kohtausten riski, siksi sen käytössä on rajoituksia. Alkoholien käytön tulee olla kohtuullista tämän lääkkeen käytön aikana. Kolmas käytössä oleva lääke, liraglutidi, on tullut markkinoille vuonna 2018. Tämä on hormoni, joka vaikuttaa verensokeriin ja ruokaluun. Tätä lääkeainetta on käytetty vuosia tyyppin 2 diabetes hoidossa. (Mustajoki, 2018b)

Markkinoille on tulossa myös diabeteslääke, jonka vaikuttavana aineena on semaglutidi. Tutkimuksissa on todettu sen vähentävän painoa tehokkaasti. Aluksi lääke tulee kuitenkin tyyppin 2 diabeteksen hoitoon. (Apteekkari, 2019)

Lihavuuden leikkaushoito tulee kysymykseen, jos mitkään muut hoitoyritykset eivät ole tuottaneet tulosta. Leikkaushoitoa voidaan harkita hyvin ylipainoisille potilaille, joiden BMI on 40. Jos potilaalla on jo lihavuuden aiheuttamia sairauksia, on BMI-raja 35. Suomessa tavallisin leikkausmenetelmä on mahalaukun ohitus. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020) Ennen leikkausta potilaan tulee osoittaa, että pystyy muuttamaan elintapojaan tavalla, joita leikkaus edellyttää ja lisäksi painon on pitänyt pudota riittävästi esimerkiksi ENE-dieetillä. (Mustajoki & Pietiläinen, 2015, s. 20)

3 LIHAVUUSLEIKKAUS

Lihavuusleikkaus on tutkimusten mukaan kaikista tehokkain hoitomuoto sairaalloiselle lihavuudelle, ja sen avulla saadaan kestävimät, pitkäaikaisimmat tulokset – oikein valitut lihavuusleikatut pysyvät tutkitusti matalammassa painossa, kuin muilla menetelmillä laihtuneet (Nuutila, Pekkari, Salminen & Soinio, 2019). Lihavuusleikkauksella voidaan myös estää, parantaa tai lievittää lihavuuden aiheuttamia sairauksia muita hoitomenetelmiä tehokkaammin. Lihavuusleikkausten katsotaan myös olevan kansantaloudellisesti kannattavia – lihavuuden liitännäissairaudet ja sairaslomat tulevat maksamaan yhteiskunnalle moninkertaisesti lihavuusleikkauksen kustannuksiin nähden. (Juuti, Nuutila & Salminen, 2019) Suomen kaikista terveystuloista noin 1,4-7% johtuu lihavuudesta ja vuonna 2011 lihavuus ja liitännäissairaudet aiheuttivat n. 330 miljoonan euron kokonaiskustannukset. Lihavuudesta aiheutuu myös välillisiä kustannuksia yhteiskunnalle kuten tuottavuuden aleneminen ja sairauslomakustannukset. (THL, n.d.c)

Lihavuusleikkaus tähtää siis pysyvään laihtumiseen, liitännäissairauksien vähentämiseen ja elämänlaadun ja toimintakyvyn parantumiseen. Lihavuusleikkauksen myötä kylläisyyden tunne tulee varhain ja syödyn ruuan

määrä näin ollen vähenee. On todettu, että suuri painonpudotus, jonka lihavuusleikkaus saa aikaan, lievittää merkittävästi lihavuuden liitännäissairauksia, mm. tablettimuotoinen diabeteslääkitys voidaan lopettaa useimmilla tyyppin 2 diabeetikoilla ja insuliinihoito jää historiaan noin puolella leikatusta. Leikkauksen avulla lievittyy myös uniapnea, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, korkea verenpaine sekä astmalääkkeiden tarve. Suuri laihduminen vaikuttaa myös mielialaan positiivisesti. (Mustajoki, 2019d)

Lihavuusleikkaus sopii useille potilaille, mutta potilaat valikoidaan tarkoin. Leikkaus on aina ns. viimeinen vaihtoehto, kun muut keinot on jo kokeiltu. Parhaiten leikkauksen katsotaan sopivan niille, jotka ovat aikaisemmin onnistuneet laihduttamaan hieman, mutta tulokset eivät ole syystä tai toisesta pysyviä tai painoa ei ole onnistuttu pudottamaan riittävän paljon muilla menetelmillä. Leikkauksesta hyötyvät melko varmasti eniten ne potilaat, joilla on todettu lihavuuden aiheuttamia aineenvaihduntasairauksia, kuten tyyppin 2 diabetes, rasvamaksa ja kohonnut verenpaine. Leikkauriski arvioidaan kuitenkin aina yksilöllisesti – joskus potilaalla voi olla niin paljon liitännäissairauksia, että riski leikkaukselle on todella suuri ja sitä joudutaan harkitsemaan tarkkaan. (Juuti ym., 2019)

3.1 Kriteerit

Lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa on tarkat määritykset ja kriteerit lihavuusleikkaukseen pääsemiselle. Ensin on täytynyt luonnollisesti yrittää muita laihdutuskeinoja, vasta sitten on leikkaukseen pääsy mahdollista. Suositus uudistui maaliskuussa 2020 ja uudessa suosituksessa painotetaan aiempaa enemmän lihavuuden ennaltaehkäisyä. Myös lasten ja nuorten lihavuuden hoito on saanut oman osuutensa. Lihavuusleikkauksen kriteereitä on tarkennettu – nyt leikkaukseen pitäisi päästä helpommin kuin ennen. Muutoksia on tehty mm. ikärajoihin, edeltävään painonpudotusprosenttiin ja 2-tyypin diabeetikoiden painoindeksirajaan. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

Suosituksen mukaan leikkaukseen voi päästä, kun painoindeksi on yli 40 kg/m² (sairaalloinen lihavuus) tai yli 35 kg/m² (merkittävä lihavuus) sellaisella potilaalla, jolla on lihavuuden liitännäissairaus tai sen vaaratekijöitä. Tällaisia liitännäissairauksia ovat 2-tyypin diabetes, kohonnut verenpaine, uniapnea, kantavien nivelten nivelrikko tai munasarjojen monirakkulatauti (PCOS). Uuden suosituksen mukaan 2-tyypin diabeetikoiden kohdalla lihavuusleikkausta voidaan harkita myös painoindeksin ollessa 30 kg/m², koska tutkimusten mukaan tulokset ovat olleet heillä lupaavia. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

Potilaan ikä tulee olla alle 65 vuotta. Iäkkäillä potilailla arvioidaan olevan enemmän leikkaukseen liittyvää kuolleisuutta, joten kovin iäkkäille leikkausta ei suositella. Uudessa suosituksessa mainitaan myös, että lihavuusleikkausta voidaan harkita tietyin edellytyksin 13–17-vuotiaille nuorille.

Potilaalla ei saa olla merkittävää mielenterveyshäiriötä tai päihdeongelmaa, esimerkiksi vakava syömishäiriö saattaa olla este leikkaukselle. Näissä tapauksissa tulee aina konsultoida psykiatria. Tupakointi tulisi lopettaa vähintään 6 kk ennen leikkausta. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

Olennaista on, että potilaalla tulisi olla valmius muuttaa elintapojaan leikkauksen edellyttämällä tavalla. Kyky elintapamuutoksiin arvioidaan ennen leikkauspäätöstä. Ennen lihavuusleikkauksiarvioon lähettämistä potilaan on täytynyt laihduttaa vähintään 5 % painostaan näyttääkseen, että pystyy sioutumaan uusiin elintapoihin. Kirurgin arvion perusteella voi olla myös tarpeen olla 2-6 viikkoa ENE-dieetillä maksan koon pienentämiseksi ja leikkausturvallisuuden parantamiseksi. Huomioitavaa on myös, että kehonkuva tulee väistämättä muuttumaan leikkauksen myötä. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2020)

3.2 Leikkausmenetelmät, riskit ja haitat

Lihavuuskirurgiassa käytettävät toimenpiteet on jaoteltu vaikutuksensa mukaisesti kahteen ryhmään, restriktiivisiin tai malabsorptiivisiin. Tulevaisuudessa jaottelu saattaa jäädä käyttämättä, koska se on käymässä vanhaksi määritelmien vuoksi. Restriktiivisissä leikkauksissa on tarkoitus hillitä ruuan kulkeutumista vatsaan ja suolistoon. Näitä leikkauksia ovat mm. mahapantaleikkaus ja mahalaukun kavennus. Malabsorptisissa leikkauksissa pyritään vaikuttamaan ravinnosta saatavien aineiden imeytymiseen elimistössä, eli imeytymisen tulisi olla mahdollisimman vähäistä. Malabsorptiivisia leikkauksia ovat mm. sappi- ja haimanestevirtauksen tai pohjukaissuolen uudelleen kytkeminen. Lisäksi on leikkaus, joka kuuluu kumpaankin ryhmään – mahalaukun ohitusleikkaus. Leikkauksen jälkeen suolistossa erittyvien peptidien toiminnassa tapahtuu muutos, mm. aterian jälkeinen insuliinin erityis on runsaampaa. Toinen muutos on ravinnon kulkeutuminen nopeammin elimistön läpi, koska suoliston rakenne on muuttunut leikkauksen seurauksena. Suomen tilastoissa eniten tehdään mahalaukun ohitus- ja kavennusleikkauksia. Ne tehdään yleensä tähyystoimenpiteenä. (Salminen, Juuti & Pihlajamäki, 2018, s. 456)

Lihavuusleikkauksiin kuten muihinkin leikkauksiin liittyy riskejä. Riskit arvioidaan potilaskohtaisesti. Arvioinnin pohjalta tehdään päätös leikkauksesta hyödyt ja haitat huomioiden. Pulmia ravitsemukseen tai leikkaukseen liittyen voi esiintyä alkuvaiheessa tai vasta myöhemmin. Kuoleman riski leikkauksen vuoksi on hyvin vähäinen. (Terveyskylä, 2018a) Lihavuusleikkauksissa varhaisessa vaiheessa voi esiintyä verenvuotoa, infektioita suolisaumoihin liittyen tai keuhkoinfektioita, laskimotukoksia sekä saumaliitosten hajoamista. Myöhäisiin riskeihin lukeutuvat syvät infektiot. Niitä ovat esimerkiksi puhkeamat suolistossa, saumaliitosten aukeaminen ja niihin kehittyneet märkäpesäkkeet. (Salminen, 2015a, s. 258)

Ravitsemukseen liittyvät pulmat heti leikkauksen jälkeen ovat usein pahoinvointia, oksentelua, ripulointia, ummetusta sekä dumping-oireita. Dumping-oireita ovat sydämen tykytys, heikotus, huonovointisuus, pahoinvointi sekä vatsaoireet. Oireet saattavat aiheutua mm. riittämättömästä juomisesta tai yksipuolisesta ravinnosta. Joillakin potilailla saattaa hävittää janon tai nälän tunne leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Ruokailuun tulisivat kiinnittää erityistä huomiota, jotta mahdollisilta hankaluuksilta vältyttäisiin. On kiinnitettävä huomiota esimerkiksi syömisen nopeuteen ja annoskokoon. Kaikille leikatuille ei tule ongelmia lainkaan. Useimmiten ongelmat ovat väliaikaisia ja vähenevät ajan kuluessa. Vitamiinien ja hivenainneiden puutostila saattaa kehittyä myöhemmin. (Terveyskylä, 2018a)

Sappikivet ovat yksi lihavuuden aiheuttama aineenvaihdunnan häiriö. Kuitenkin sappikiviä muodostuu myös 20–30 prosentille mahanohitusleikkauksen jälkeen ja syynä siihen on nopea laihtuminen. Gastrokirurgian professori Hannu Paajanen pohtii Potilaan lääkärilehden kirjoituksessaan, vaikuttavatko muut laihdutusleikkaukset samalla tavalla sappikivien muodostumiseen. Teoreettisesti mahankavennusleikkauksessa sappikiviä pitäisi syntyä ohitusleikkausta vähemmän, mutta tutkijat ovat seuranneet 253 kavennusleikkaukspotilaan sappirakkoa runsaan vuoden ajan leikkauksen jälkeen ja heistä 48% potilaista sai sappikiviä. Näin ollen yleisesti voidaan sanoa, että sappikivet kiusaavat potilaita laihdutusleikkauksen jälkeen. Paajanen kirjoittaa artikkelissa, että lihavuusleikkauksen yhteydessä voitaisiin oireisen sappikivitaudin ehkäisyksi tarjota profylaktista kolekystektomiaa (sappirakon poisto), ursodeoksikoolihappoa (luonnollinen sappihappo) tai statiineja (rasva-aineenvaihdunnan lääke), näiden aikaansaama seerumin kolesterolitason lasku pitäisi teoriassa vaikuttaa sappikivien syntyyn, mutta tätä tulisi tutkia lisää. (Paajanen, 2016)

Pirjo Käkelä on tehnyt Itä-Suomen yliopistolle terveystieteellisen väitöskirjan ”Impact of obesity and Roux-en-Y gastric bypass on comorbidities with special emphasis on cholecystolithiasis and related lipid metabolism” vuonna 2018 ja hän on pohtinut siinä myös lihavuuden, sappikivitaudin, lihavuus- ja sappikivikirurgian yhteyttä kolesteroli-, sappihappo- ja rasva-aineenvaihduntaan. Käkelä pohtii väitöskirjan lopuksi, että mielenkiintoinen kysymys sappikivitaudin hoidossa on ennaltaehkäisevän hoidon käyttö mahanohitusleikkauksessa. Hän toteaa myös, että pitäisi tehdä tutkimus, jolla saataisiin tutkimustulosta, kuinka valita potilaat, jotka hyötyisivät tästä. (Käkelä, 2018)

3.2.1 Mahalaukun ohitusleikkaus

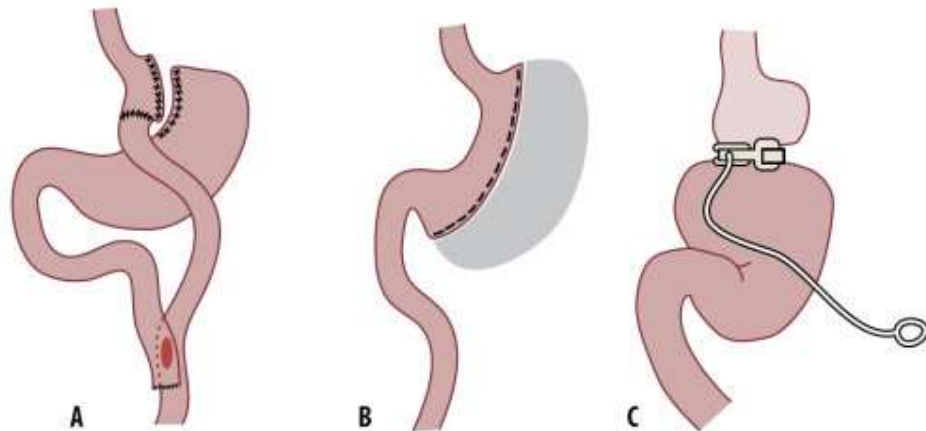
Tässä leikkauksessa (Roux-en-y gastric bypass) tehdään mahalaukusta 20–50 millilitraa oleva säiliö. Säiliöön liitetään ohutsuoli. Leikkauksessa niemensä mukaisesti ohitetaan pohjukaissuoli sekä ohutsuolet noin 150 cm:n mittainen matka. (HUS, n.d.a) Leikkauksen seurauksena säiliö täyttyy nopeammin, ruoka kulkeutuu nopeammin elimistön läpi ja

suolistohormonien erityis on voimakkaampaa. Tämä menetelmä on ollut käytössä monia vuosikymmeniä. (Salminen ym., 2018, ss. 456—457) Tyyppisimpiä komplikaatioita tähän leikkaukseen liittyen ovat suolistotukokset, jotka aiheutuvat sisäisistä tyräporteista tai kiinnikkeistä. Ahtauma sauma-alueella vaikuttaa ravinnon liikkumiseen elimistössä ja vaatii aina arvion uusintaleikkauksesta. Hypoglykemiaa esiintyy alle yhdellä prosentilla mahalaukunohitusleikatuilla. (Salminen, 2015a, s. 258) Ensimmäinen Suomessa tehty mahalaukun ohitusleikkaus tehtiin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2000 (Harjumaa, 2018).

3.2.2 Mahalaukun kavennus

Tällä leikkauksella (sleeve-gastrektomia) kavennetaan mahalaukun kokoa pienemmäksi. Leikkauksen jälkeen mahalaukku on pitkä ja kapea malliltaan. Kaventamisen yhteydessä osa mahalaukusta poistetaan. Aikaisemmin tätä leikkausta on käytetty erittäin lihavien henkilöiden alkuvaiheen hoitona. Hoitoa voidaan myöhemmin lisätä toisella leikkauksella esimerkiksi mahalaukun ohituksella. Useampaa leikkausta käytetään, koska leikkauksen riskit ovat pienentyneet painon laskiessa. Leikkauksen etuihin kuuluu muun muassa helpompi leikkaustekniikka sekä komplikaatioita esiintyy vähemmän verraten mahalaukun ohitukseen. Menetelmä on maailman laajuisesti käytössä. (Salminen ym., 2018, ss. 457—458) Tämän leikkauksen menetelmän etuja on, että imeytymishäiriöitä tai suolen kiertymiä ei tule leikkauksen vuoksi (Salminen, 2015b, s. 255).

Leikkaustekniikkana voidaan käyttää lisäksi yhden saumaliitoksen mahalaukun ohitustekniikkaa. Sen ero mahalaukun ohitusleikkaukseen on saumaliitoksissa sekä mahalaukun muodossa. Tekniikka on ollut käytössä yli kymmenen vuotta ulkomailla tähän tekniikkaan erikoistuneissa paikoissa. Tietoa ei vielä ole kertynyt paljoa, mutta lyhyen ajan tulokset ovat olleet hyviä, joten leikkauksen suosio on kasvanut. Pitkän aikavälin tulokset ovat vielä vajavaisia. Aikaisemmin yleisin leikkaustekniikka oli mahapantaleikkaus, mutta viime vuosina se ei ole ollut juurikaan käytössä Suomessa eikä maailmalla. (Salminen ym. 2018, s. 458) Kuvassa 2 on lihavuusleikkauksessa käytettyjä menetelmiä.



Kuva 2. Lihavuusleikkauksissa käytettyjä menetelmiä. A. Mahalaukun ohitus B. Mahalaukun kavennus. C. Pantaleikkaus (Terveyskirjasto, 2009).

3.2.3 Tulokset ja jälkihoito

Elintavoissa on tapahduttava pysyvä muutos, jotta lihavuusleikkauksella voidaan saada hyviä tuloksia (Terveyskylä, 2018b). Leikkaushoidolla on todettu olevan isompi ja pitkäaikaisempi vaikuttavuus painon vähenemiseen verrattuna konservatiiviseen hoitoon. Ruotsissa on tehty SOS-tutkimus, joka on vertaillut lihavuusleikattujen ja leikkaamattomien henkilöiden painon muutosta. Tutkimuksella saatiin myös tietoa mikä leikkaustapa oli ollut tehokkain. SOS-tutkimuksessa on todettu, että leikattujen henkilöiden paino oli kaksi vuotta leikkauksesta keskimääräisesti 23 % vähemmän verraten leikkausta edeltävään aikaan. Kymmenen vuoden jälkeen leikatuilla henkilöillä paino oli keskimääräisesti 16 % lähtötilannetta matalampi. Leikkaamattomilla henkilöillä samaan aikaan (2 vuotta) verraten paino pysyi samana, mutta jatkoseurannassa paino kuitenkin kääntyi noususuuntaiseksi 1,6 %:lla. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa leikkausten välillä laihutumisen suhteen ei ole ollut suuria eroja. Pidemmällä vertailulla leikkausmenetelmillä on saatu hieman eriäviä tuloksia. Leikkausmenetelmällä ei ollut vaikuttavuutta liitännäissairauksien parantumiseen. (Salminen ym., 2018, ss. 458-459)

Henkilöistä, jotka sairastivat kakkostyyppin diabetesta, 55–80 % pystyi jättämään diabeteslääkkeet pois lihavuuskirurgisen hoidon jälkeen. SOS-tutkimuksen mukaan 36 % pystyi olemaan ilman lääkitystä kymmenen vuoden kuluttua leikkauksesta. Noin puolet olivat joutuneet ottamaan lääkityksen käyttöön takaisin. On todennäköistä, että lääkkeettömyyteen pääsyyn on vaikutusta taudin kestolla sekä sokeritasapainolla leikkausta edeltävänä aikana. Leikkauksella on vaikutusta diabeteksen sekä

raskausdiabeteksen esiintyvyyteen henkilöillä, jotka eivät ole aikaisemmin sairastaneet diabetesta. Diabeteksen ehkäisy ei kuitenkaan ole syy, jolla leikkaukseen pääsisi. Leikkauksen jälkeen elimistön toiminta on muuttunut, joten mm. insuliiniherkkyys on parempi kuin aikaisemmin. Kahden vuoden kuluessa leikkauksesta verenpainetauti parani tai oli hoitoisuudeltaan helpompi. Kymmenen vuoden kuluessa eroja ei juurikaan verenpainetaudin kohdalla ollut SOS-tutkimuksen mukaan. Uniapneaan leikkauksen tuoma vaikutus on laihtumisen myötä oireiden helpottuminen. Henkilö saattaa kuitenkin tarvita hoitoa sairauteensa. Lisäksi leikkauksella voi olla vaikutusta hedelmättömyyden ja raskauskomplikaatioiden vähenemiseen, joiden syynä on ollut lihavuus. (Salminen ym., 2018, s. 460)

Lihavuusleikkauksen jälkihoito sairaalassa on yleensä lyhyt. Tähystyksellä tehdyn toimenpiteen jälkeen kotiutus tapahtuu pääsääntöisesti toisena tai kolmantena päivänä leikkauksesta. Totuttelu ruokailuun aloitetaan rajoitetuilla nesteillä jo leikkauspäivänä, josta toipumisen edetessä normaalisti siirrytään pikkuhiljaa rajoittamattomista nesteistä liemiruokiin. Leikkauksen jälkeistä laskimotukoksen vaaraa ehkäistään mahdollisimman nopealla jalkeille nousulla, tukisukilla sekä tukoksia ehkäisevällä lääkehoidolla. Lihavuusleikkauksen jälkeen jo sairaalassa aloitetaan mahahapon eritystä estävä lääkehoito, jota jatketaan leikkauksen jälkeen noin kolmen kuukauden ajan. Kipulääkitystä annetaan tarpeen mukaan. Muiden lääkehoitoa vaativien perussairauksien suhteen lääkitykset tarkistetaan. Monesti esimerkiksi diabetes- ja verenpainelääkitysten tarve vähenee ja annostuksia pienennetään sisätautilääkärin ohjeistuksen mukaisesti. (Sane & Salminen, 2015, ss. 259—260) Lihavuusleikkauksen jälkeen mahdollisesti ilmaantuvia ravitsemushäiriöitä kuten vitamiinien puutostiloja estetään käyttämällä vitamiinivalmisteita. Leikkausta seuraavina vuosina suurella osalla ilmaantuu anemiaa ja tämä estetään tietyillä vitamiinivalmisteilla. Tästä syystä kaikkien lihavuusleikattujen tulee käyttää monivitamiini-hivenainevalmisteita, B12- ja D-vitamiinilisää sekä kalkkivalmistetta säännöllisesti loppu elämänsä ajan. (Mustajoki, 2019b)

Sairaalassaoloaikana liemiruusta siirrytään asteittain soseutettuihin ruokiin. Ruoansulatusongelmia vältetään kiinnittämällä huomio syömisnopeuteen, kunnolla pureskeluun ja annoskokoihin. Tiettyjä ruoka-aineita tulee välttää kuten esimerkiksi sitkeää lihaa, sitrushedelmien kalvoja, siemenelisiä marjoja, sieniä ja siemeniä. Nämä saattavat lisätä suolen tukkeutumisvaaraa. Tiettyt ruoat ja juomat saattavat aiheuttaa vatsavaivoja, ja silloin ne tulee jättää pois ruokavaliosta. Näitä voi kokeilla myöhemmin uudelleen. Makeiden, runsaasti sokeria sisältävien ruokien ja juomien nauttimisen jälkeen saattaa esiintyä ns. dumping-oireita, joista on puhuttu luvussa 3.2. Näiden oireiden esiintyessä tulee kyseisiä ruoka-aineita välttää. Mahalaukun leikkauksen jälkeen tulee aluksi syödä vain pieniä, noin ½ -1dl kokoisia annoksia. Annoksen kokoa suurennetaan vähitellen. On hyvä syödä 6 pientä ateriaa päivän aikana, jotta varmistutaan ravintoaineiden saamisesta. Riittävästä proteiinin saannista tulee pitää huolta lihaskadon ja

osteoporoosin välttämiseksi. Tavoite on 60-120 g/vrk. Tarvittaessa voidaan käyttää apteekista saatavilla olevia proteiinijuomia. (Lihavuusleikkauksen jälkeinen ruokailu: Käypä hoito -suositus, 2020)

4 ELÄMÄ LIHAVUUSLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Lihavuusleikkauksella voidaan saavuttaa monenlaisia hyötyjä. Tärkeimpinä niistä ovat laihtuminen, muiden sairauksien parantuminen ja fyysisen toimintakyvyn palautuminen. Lihavuusleikatun elämänlaatu paranee ja henkinen hyvinvointi lisääntyy. Muiden ihmisten suhtautuminen muuttuu, kun lihava ei olekaan enää lihava ja näin ollen sosiaaliset suhteet muuttuvat parempaan. Kaikki hyödyt eivät välttämättä toteudu kaikilla ja siksi elintavoilla leikkauksen jälkeen on suuri merkitys pysyvässä muutoksessa ja hyötyjen saavuttamisessa.

Kun lihavuusleikkaus on tehty, elämä ei kuitenkaan välttämättä lähde heti sujumaan toivotulla tavalla. Leikattu saattaa kohdata monenlaista haastetta ja ongelmaa, joihin ei ole etukäteen osannut varautua. Uusien elintapojen noudattaminen voi olla vaikeaa, painon putoaminen voi pysähtyä, uusi keho voi tuntua vieraalta ja roikkuvaksi jäänyt nahka voi tuntua vastenmieliseltä. Täytyisi osata elää uutta, terveempää elämää, mutta vanhat tavat voivat olla iskostuneet mieleen sitkeästi. (Terveyskylä, 2020a)

Mari Schildt kirjoittaa Sairaanhoidajalehdessä (8/2016), että moni lihavuusleikattu kokee jäävänsä leikkauksen jälkeen heitteille henkisesti. On tiedossa, että ensimmäiset neljä vuotta ovat kriittisiä leikkauksen jälkeen. Tällöin lisäravinteet saattavat pikkuhiljaa unohtua, liikunta alkaa tympiä ja elintavoista lipsutaan. Leikatut saattavat kokea itsensä masentuneiksi. Onkin selvää, että leikkaus ei yksin riitä pitämään painoa kurissa. Tarvitaan sekä fyysistä että psyykkistä kuntoutusta myös leikkauksen jälkeen.

4.1 Uusien elintapojen noudattaminen

Lihavuusleikkauksen jälkeinen painon aleneminen pohjautuu etupäässä ravinnon saannin pienenemiseen sekä elimistön energian saannin väheneemiseen. Liiallisen energian saantia on hyvä välttää, koska leikkaus ei ole takuu laihana pysymiseen. Ruokavalion tulee olla monipuolinen ja terveellinen. Tärkeää on käyttää vitamiini- ja kivennäisvalmisteita, koska leikkaus saattaa vaikuttaa ravinnon imeytymiseen ja voi kehittyä puutosoireita. Ruuansulatus muuttuu leikkauksen myötä, joten on hyvä huomioida syömisessä annoskoko, kuinka nopeasti syö sekä valita huolellisesti ruoka-aineet, joita käyttää. (Lihavuusleikkauksen jälkeinen ruokailu: Käypä hoito-suositus, 2020)

Leikkauksen jälkeen sairaalassa ruokailut aloitellaan pienillä nestemäärillä, esimerkiksi vedellä tai mehulla, jonka jälkeen siirrytään nestemäisiin ruokiin noin toisen postoperatiivisen päivän kohdalla. Ruuan rakennetta aletaan muuttamaan vähän kerrallaan pehmeämpirakenteisempaan. Ruokailuissa on hyvä kuulostella kehoa, miten se reagoi eri ruoka-aineisiin ja mikä tuntuu määrällisesti hyvältä. (Lihavuusleikkauksen jälkeinen ruokailu: Käypä hoito- suositus, 2020)

Kotona jatketaan aluksi pehmeärakenteisten ruokien syömistä siihen saakka, kunnes leikkauksesta on kulunut kuukausi. Sen jälkeen voi varovasti aloittaa normaalirakenteisen ruuan syömistä. Annoskoot tulee pitää pieninä ja annoskokoa voi suurentaa vähän kerrallaan. Ruokailuista on hyvä olla kuudesti päivässä. Ruoka tulee pureskella hyvin, koska se helpottaa ruuansulatusta. Ruokia, joista voi aiheutua tukosriski, on syytä käyttää varovaisesti. Tällaisia ruokia ovat muun muassa monet kasvikset, hedelmien sekä kasvien kuoret, sitkeä liha, siemenet, leseet, sienet sekä marjat, joissa on kova kuori ja siemeniä. Ruokia, joista aiheutuu vatsaoireita, on hyvä välttää. Päivittäin pitää juoda vähintään litran verran nesteitä. (Lihavuusleikkauksen jälkeinen ruokailu: Käypä hoito- suositus, 2020)

Leikkauksen jälkeen liikunta tulee aloittaa rauhallisesti ja rajoitukset huomioiden. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä voi aloittaa kevyen liikunnan, esimerkiksi kävelyn. Liikuntaa tulee lisätä pikkuhiljaa tuntiin tai puoleentoista tuntiin kerrallaan. Jos kävely ei onnistu, voi esimerkiksi pyörällä tai uida. Uintia ei kuitenkaan voi aloittaa heti leikkauksen jälkeen, vaan vasta kolmannen viikon kohdalla. Kuuden viikon kuluttua voi aloittaa raskaamman liikunnan. Liikuntaa tulisi olla ainakin kolmesti viikon aikana. (Bariatricservices, n.d.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen kehon toiminta muuttuu, koska energian saanti on vähäisempää kuin ennen leikkausta. Tämän vuoksi elimistön täytyy polttaa varastojaan. Elimistö toimii siten, että se alkaa kuluttamaan lihasta ennen rasvan polttamista. Liikkumattomuuden vuoksi elimistö voi menettää lihasvoimaa sekä -massaa. Jotta elimistö polttaisi rasvaa, tulisi tehdä päivittäin aerobista liikuntaa kahdentoista minuutin ajan. Liikunnasta on apua painon pudotuksessa sekä se vähentää myös painon uudelleen nousemista. Liikunnalla on lisäksi paljon muita hyviä vaikutuksia terveyteen. (Bariatricservices, n.d.)

Lihavuuskirurgisen toimenpiteen jälkeen kuluu noin kaksi vuotta, että ravintoaineiden imeytyminen normalisoituu. Hedelmällisyys lisääntyy painon laskiessa, joten on hyvä ottaa huomioon riittävä ehkäisy. Leikkauksen jälkeen on tärkeää huomioida, että ehkäisytabletit, jotka otetaan suun kautta eivät enää riitä raskauden ehkäisyyn. Syynä siihen on mahdollinen imeytymisen heikentyminen. Raskautta suunniteltaessa on syytä tarkastaa äidiltä verikokein, että arvot ovat tasoittuneet leikkauksen jälkeen. Tutkittavia arvoja muun muassa folaatti, ferritiini, koko verenkuva, sinkki,

kalsium, seleeni sekä magnesium ja lisäksi vitamiinipitoisuuksia. Jos arvoissa on puutteita, on ne syytä hoitaa kuntoon ennen kuin raskaus alkaa. (EPSHP, 2013)

Lihavuusleikkauksen jälkeen raskaus vaatii erityistä seurantaa. Suosituksen mukaan olisi hyvä odottaa noin kaksi vuotta leikkauksesta ennen kuin tulisi raskaaksi. Oleellista on huomioida raskautta suunniteltaessa, että painon laskun pitäisi olla pysähtynyt ja ravitsemustilan tulisi olla tasapainossa. Tärkeää on huolehtia ennen raskautta ja raskauden aikana riittävästä vitamiinien ja kivennäisaineiden saannista. Ruokavalioon tulee kuulua riittävästi hiilihydraatteja, rasvoja sekä proteiineja. Ravitsemusterapeutin käynti on yleensä aiheellinen raskauden alussa, jotta saadaan ravitsemusasiat suunniteltua kuntoon. Raskauden alkaessa ensimmäisen vuoden aikana leikkauksesta on tärkeää seurata sikiön painon kehitystä koska aliravitsemuksen riski on olemassa. Sen myötä on riski, että lapsi syntyisi viikkoihin nähden pienikokoisena. (EPSHP, 2013)

Tutkimusten mukaan lihavuuskirurgisen toimenpiteen jälkeen raskaus on turvallisempi äidille ja vauvalle verraten lihavan äidin raskauteen. Raskauden aikaisessa seurannassa tärkeää kiinnittää huomiota, että äiti saa riittävästi vitamiineja sekä rautaa. Esimerkiksi jos äidin painoindeksi on vielä yli 30, on syytä lisätä D-vitamiinin saantia raskaus- ja imetysaikana lisäämällä annosta 10 mikrogrammaa vuorokaudessa. Verenpaine seuranta on tehostettava, jos äidin painoindeksi on enemmän kuin 35. Lihavuusleikatuille äideille ei voida tehdä sokerirasituskoetta, koska kokeessa täytyisi nauttia iso määrä sokeripitoista nestettä, josta voi aiheutua dumping-oireita. Sen seurauksena voi aiheutua hypoglykemiaa sekä hyperinsulemiaa. Raskausviikoilla 24–28 tehdään paastoverensokerin mittausta kertaalleen ja otetaan lisäksi ruokailun jälkeinen verensokeriarvo. Pahoinvoinnista aiheutuva oksentaminen saattaa aiheuttaa elektrolyyttipuutoksia, joten on tärkeää, että ne korvataan. Muuhun väestöön verraten lihavuuskirurgisen toimenpiteen läpi käyneillä äideillä keisarinleikkaus on yleisempi synnytystapa. Alatiesynnytys on kuitenkin ensisijainen vaihtoehto. Äiti joutuu käymään ultraääniseurannassa useammin kuin muut odottajat, jotta sikiön mahdolliset kasvuhäiriöt löydetään. Äidin paino saa nousta suositusten mukaisesti. (EPSHP, 2013)

Lihavuuskirurgisen toimenpiteen jälkeen on suositeltavaa, että alkoholia ei käytetä. Alkoholin vaikutus on nopeampaa ja voimakkaampaa kuin aiemmin. Syynä tähän on, että alkoholin imeytyminen tapahtuu osittain ohutsuolessa. Leikkauksen vuoksi alkoholi kulkeutuu ohutsuoleen nopeammin sekä se imeytyy nopeammin verenkiertoon. Humaltuminen tapahtuu nopeammin, pienemmällä annoksella alkoholia sekä se on kestoaltaan pidempää. Tutkimusten mukaan on olemassa riski alkoholismiin, kun leikkaustekniikkana käytetään mahalaukun ohitusleikkausta. Leikkaus tekee ihmiset herkemmiksi alkoholille. Riskinä pidetään miessukupuolta, nuorta ikää, tupakointia sekä aiempaa alkoholin käyttöä. Naisilla saattaa olla myös

alkoholin väärinkäyttöä, vaikka he eivät olisikaan aiemmin käyttäneet juurikaan alkoholia. Riskialttein aika on kaksi - kolme vuotta leikkauksesta. Tunnesyöminen sekä ruokaan liittyvä riippuvuus aiheuttavat lihavuutta. Lihavuuskirurgisen toimenpiteen jälkeen henkilö saattaa korvata aiempaa ruokakäyttäytymistään esimerkiksi alkoholilla. Yksi syy painon nousuun lihavuuskirurgisen toimenpiteen jälkeen on alkoholi. Alkoholia ei tule käyttää lainkaan siinä vaiheessa, kun paino laskee nopeasti eli ensimmäisen puolen vuoden aikana. Siitä saattaa aiheutua maksan vahingoittuminen sekä toksisia vasteita. (Bariatricservices, 2019)

4.2 Minäkuvan muutos ja mieliala

Minäkuvalla tarkoitetaan ihmisen käsitystä omasta itsestään ja suhteestaan ympäröivään maailmaan. Minäkuva normaalisti muuttuu ja kehittyy koko elämän ajan, kun ihminen on vuorovaikutuksessa muiden kanssa ja saa näin palautetta omasta itsestään. (Verner, 2014)

Lihavuusleikkaus tuo mukanaan monenlaisia psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia, ja myös minäkuva, käsitys itsestä, muuttuu varsin nopeasti. Moni voi tuntea itsensä lihavaksi pitkään laihtumisen jälkeenkin eikä tunne lihavuudesta välttämättä katoa vuosienkaan saatossa. Lihavuus merkitsee monelle muutakin kuin vain kehon kokoa. Se voi olla tärkeä osa omaa identiteettiä, josta on vaikea luopua. (Harjunen & Kyrölä, 2007, s. 216) Kun oma tuttu keho muuttuu nopeasti heti leikkauksen jälkeen ja vaatteiden kokokin pienenee, uusi minä voi tuntua pitkään oudolta (Mattila, Rekola & Häggman-Laitila, 2012).

Uuden minäkuvan hyväksymisen hankaluus näkyy usein arkisissa asioissa. Moni laihtunut valitsee edelleen esimerkiksi vaatekaupassa automaattisesti isoimman mahdollisen koon, vaikka vaatekoko olisi pienentynyt selvästi. Moni laihtunut on myös huomannut, että saa laihtuneena erilaista kohtelua kuin lihavana – hoikkana saatu kohtelu on usein hyväksyvämpää kuin lihavana saatu, ja tämä aiheuttaa hämmennystä. Voi olla eräänlainen shokki huomata, että lihavana ei olekaan tullut hyväksytyksi omana itsenään. (Harjula & Kyrölä, 2007, s. 216)

Lihavuusleikkauksen on todettu suurimmalla osalla leikatuista lievittävän masennusoireita ja muita mielialahäiriöitä. Kaikilla lihavuusleikatuilla potilailla ei kuitenkaan ole psyykkisiä terveyshyötyjä painonpudotuksesta, joka todennäköisesti johtuu potilaiden epärealistisista odotuksista leikkauksen jälkeen. Paino ei välttämättä laskekaan odotetusti, se voi nousta takaisin lähtölukemiin ja iho ei palaudu, vaan jää roikkumaan. Potilailla saattaa olla odotuksia siitä, että leikkaus muuttaa heidän elämänsä ja jos näin ei tapahdu, he kokevat epäonnistuneensa. Leikkauksen jälkeen onkin tärkeää seurata fyysisten seikkojen lisäksi myös mielialaa. (Nummenmaa & Nuutila, 2019; Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013)

4.3 Tukimuotoja leikkauksen jälkeen

Lihavuusleikkauksen jälkeen leikatun ei tulisi jäädä yksin. Uusien elintapojen omaksuminen on suuri haaste. Vanhoihin syömistottumuksiin ovat usein vaikuttaneet psyykkiset tekijät. Syöminen on ollut keino hallita tunteita, ja ihminen on syönyt yli todellisen energiantarpeen ja tästä on seurannut lihominen. Moni lihavuusleikattu hyötyisi esimerkiksi erilaisista terapioidista ja ryhmistä, mutta käytännössä tarjottu tuki ja sen laajuus vaihtelee sairaanhoitopiireittäin.

4.3.1 Terapiamuodot

Kaikille lihavuusleikatuille tarjotaan ravitsemusterapeutin ohjausta leikkauksen jälkeen, etenkin ensimmäisten 6–12 kuukauden sisällä leikkauksesta. Varsinkin alkuun potilaan laihtumisen seuranta on tärkeää, jotta se pysyy hyvässä vauhdissa. Ravitsemusterapeutti osaa arvioida potilaan ravitsemustilaa ja ravinnon saantia. Häneltä saa apua leikkauksen jälkeiseen ruokavalioon sopeutumiseen ja hyviin valintoihin. Ravitsemusterapeutin käynnit toteutetaan aluksi potilaan oman alueen erikoissairaanhoidossa ja jatkossa perusterveydenhuollon hoitokäytäntöjen mukaisesti. (Terveyskylä, 2020b)

Psykofyysisen terapian tarkoituksena on potilaan kokonaisvaltainen toimintakyvyn edistäminen. Toimintamuotoa käytetään mm. stressin, unetomuuden, kroonisten kiputilojen, psyykkisten ahdistusoireiden sekä erilaisten kehon hahmotusongelmien hoitoon ja näin ollen toimii myös lihavuusleikattujen kuntoutusmuotona. Keskeisenä elementtinä on kokemuksellinen oppiminen. Psykofyysisessä lähestymistavassa kehon viestit ovat yhtä tärkeässä asemassa kuin ajatukset, kokemukset ja tunteet. Näin ollen keho ja mieli muodostavat vuorovaikutussuhteen. Kehollisen kokemuksen kautta potilas voi tunnistaa suhteensa itseensä ja toisiin, ja näin ollen tiedostaa itsensä kehollisena olentona ja ymmärtää paremmin tunteiden ja kehollisen yhteyden. Tärkeintä terapian toteutumisessa on asiakkaan itsensä kokema muutos kohti omaa elämänhallintaa. (Terveystalo, n.d.; Huttunen ym., 2012, ss. 254–255)

Lihavuusleikattu voi saada apua leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen ja liikunnan aloittamiseen fysioterapeutilta. Fysioterapeutti on kuntoutusalan ammattilainen, joka toimii yhteistyössä asiakkaan kanssa edistäen, palauttaen ja ylläpitäen asiakkaan terveyttä, liikkumista sekä toimintakykyä (Suomen fysioterapeutit, 2017).

Lihavuusleikkaus ja sen jälkeinen laihtuminen saattaa kasvattaa potilaan psyykkisen tuen tarvetta. Pääsääntöisesti tuen tarve liittyy syömishaasteisiin ja kehonkuvan muutoksiin. Leikkaukseen päätyvistä useat täyttävät syömishäiriön merkit. Syömishäiriöistä on laadittu Käypä hoito -suositus, joka painottaa terveellisten ruokatottumusten ja sosiaalisen tuen

merkitystä. Tarvittaessa käytetään psykiatrista hoitoa. Erilaisista psykoterapiamuodoista valitaan potilaan tilanteeseen sopiva. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014) Psykoterapia on ammatillinen keino auttaa ihmisiä psykologisilla keinoilla. Psykoterapian avulla autetaan ihmisiä vapautumaan heidän hyvinvointiaan haittaavista oireista tai käytöksestä. (Huttunen & Kalska, 2012, s. 5) Psykoterapiasuuntauksia, -menetelmiä ja -työtapoja on useita. Kunkin potilaan tarpeeseen tulee valita hänen tarpeeseensa sopivat menetelmät.

Syömishäiriöliiton artikkelissa (Broström & Nummela 2019) kerrotaan, että syömishäiriö on sairaus, joka tekee kaikkensa, ettei paljastuisi. Artikkelissa Nummela kertoo, että LiLe ry:n kokemuksen mukaan terveydenhuollossa ei pääosin tunnisteta syömishäiriöiden merkkejä, vaikka syömishäiriö on yksi lihavuusleikkauksen vasta-aihe. Useat lihavuusleikatut ahdistuvat syömiskäyttäytymisen muutoksesta leikkauksen jälkeen. Etenkin he, joilla on ollut syömishäiriötä jo ennen leikkausta. Lihavuusleikattu joutuu opettelemaan syömisen uudelleen ja käsittelemään syömishäiriökäyttäytymisen taustalla olevat tekijät. Ahdistuksen, hankalien tunteiden ja kriisien käsittelyyn on löydettävä terveitä keinoja. (Broström & Nummela 2019; ks. myös Kubik ym., 2013)

Syömishäiriöklinikan palveluiden (erityishoidon yksikkö) piiriin pääsee lähetteellä. Käyntejä on 1–3, jonka jälkeen jatkohoito on omalla psykiatrian poliklinikalla, työterveyshuollossa tai omalla terveysasemalla. Syömishäiriökliniikalla paneudutaan syömiskäyttäytymiseen ja pyritään normalisoimaan syömisiä täsmäsyömisen avulla. Itsehoitoon motivointi on oleellisessa asemassa. Potilasta kannustetaan ymmärtämään, että ruoka on lääke, jota tulee nauttia täsmällisesti oikea määrä oikeaan aikaan. (HUS, n.d.b)

4.3.2 Seuranta erikoissairaanhoidossa

Säännölliset seurantakäynnit endokrinologian poliklinikalla alkavat leikkauksen jälkeen. Vastaanotolla käydään 3 kuukauden, vuoden ja osa vielä kahden vuoden jälkeen leikkauksesta. Tämän jälkeen vuosikontrollit siirtyvät terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Vuosikokeissa tulee käydä loppuelämän ajan, jotta mahdolliset ravitsemusongelmat huomataan ajoissa ja niitä voidaan hoitaa. (HUS, n.d.c)

Lihavuusleikkauksen jälkeen on tavallista, että lihavuuden venyttämä iho ei palaudu ja kehoon muodostuu eri asteisia ihopoimuja. Pienet ihopoimut voivat aiheuttaa kosmeettista haittaa, mutta isot muutokset myös toiminnallisen vaivan. Ihopoimuja syntyy etenkin alavatsalle, olkavarsiin, rintoihin ja sisäreisiin. Plastiikkakirurgian avulla voidaan korjata laihtumisen jälkeisiä ihomuutoksia. Tätä postbariatriasta kirurgiaa voidaan harkita siinä vaiheessa, kun paino on vakiintunut vähintään vuodeksi ja painoindeksi on alle 32. Myös ravitsemuksen on oltava kunnossa. (HUS, n.d.d)

Jos ihopoimut aiheuttavat toiminnallista tai terveydellistä haittaa, leikkaus voidaan mahdollisesti tehdä julkisella puolella. Kosmeettiset haitat jäävät näin ollen asiakkaan itse maksettavaksi yksityisellä puolella. Tyypillisin julkisen terveydenhuollon piirissä korjattava ihopoimu on alavatsan tai alavartalon roikkuva iho. Leikkauksia saatetaan joutua tekemään useita, sillä yksi leikkaus ei välttämättä riitä saavuttamaan haluttua lopputulosta. (HUS, n.d.d)

4.3.3 Ryhmät

Sosiaalinen media on yleisesti käytetty ilmaisu verkkopalveluista kuten Facebook, YouTube, Twitter, Instagram, WhatsApp, blogit ja wikit (Opetushallitus, 2020). Sosiaalisessa mediassa ihmiset kommunikoivat keskenään ja pystyvät tuottamaan omaa sisältöään. Sosiaalisessa mediassa toimiminen lisää sosiaalisuutta, verkostoitumista ja yhteisöllisyyttä. (Jyväskylän yliopisto, n.d.) Lihavuusleikatuille sosiaalinen media on yksi kanava saada vertaistukea ja vastauksia mieltä painaviin kysymyksiin. Sosiaalisesta mediasta löytyy erilaisia ryhmiä, joihin voi liittyä. Ryhmistä löytyy samassa tilanteessa olevia ihmisiä ja heidän kanssaan voi jakaa kokemuksia.

Ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen henkilö saattaa hyötyä vertaistuesta. Kokemusten jakaminen henkilön kanssa, jolla on samankaltaisia kokemuksia, on vertaistuen keskeisin ajatus. Tärkeimpiä piirteitä ovat kuuntelu sekä jutteleminen. Vertaistukea on tarjolla useilla eri tahoilla mm. Yhdistyksillä ja painonhallintaryhmissä. Toisinaan asioita on luontevampaa jakaa vieraammalle ihmiselle kuin ystävälle tai puolisolle. (Terveyskylä, 2020c)

Ensimmäisessä vaiheessa ennen lihavuusleikkausta henkilön tulee liittyä painonhallintaryhmään tai yksilölliseen hoitoon, jos henkilö ei aikaisemmin ole kokeillut niitä. Konservatiivisen hoitomuodon tulisi olla kestoaltaan vähintään puoli vuotta. Sen tavoitteena on, että henkilö pudottaa ainakin viisi prosenttia lähtötilanteen painosta. (Terveyskylä, 2020d) Painonhallintaryhmät voivat antaa tietyt kriteerit, joilla voi hakeutua ryhmään. Kriteereinä voi olla esimerkiksi, että painoindeksi pitää olla tietyn verran tai henkilö on motivoitunut pudottamaan painoaan. Ryhmän tavoitteena on antaa osallistujalle ohjeet ja valmiudet terveellisiin elämäntapoihin sekä painonhallintaan. Osallistujalta vaaditaan motivaatiota sekä sitoutumista elämäntapa muutokseen. Ryhmiä on erikokoisia sekä ryhmien toimintaan on laadittu suunnitelma, kuinka usein ryhmä kokoontuu sekä minkälainen tuki ja seuranta on ryhmän ulkopuolella. Ryhmä toimii vertaistuki ajatuksella. Ryhmän ohjaajana voi toimia muun muassa työterveyshoitaja sekä työfysioterapeutti sekä muita asiantuntijoita. (Lappica, n.d.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen oikeanlainen ja oikea-aikainen ravitsemus lisää hyvinvointia ja auttaa jaksamaan. Nautitun ruoan määrään ja laatuun

tulee kiinnittää huomiota ja sen tulee olla tasapainossa kulutuksen kanssa. Ruoan tulee olla monipuolista ja ateriarhythmin olla säännöllistä. Säännöllisellä aterioinnilla vältetään hallitsematon syöminen. (MIELI, n.d.) Opettellemalla tietoinen syöminen, eli keskittymällä ateriaan ja syömiseen, helpotetaan painonhallintaa. Aterialle tulee rauhoittua ja keskittyä katselemaan ja tuoksuttelemaan ruokaa. Ruoan väriin, asetteluun ja alkuperään tulee kiinnittää huomiota. Jokainen suupala viedään suuhun ajatuksella ja keskittyyään tunnustelemaan ruoan koostumusta ja makua. Jokaisen suupalan jälkeen pidetään hetki taukoa ja aterioinnin jälkeen mietitään kokemuksia, tunteita ja ajatuksia aterialta. (Terveyskylä, 2020e) VTT ja Jyväskylän yliopisto ovat kehittäneet OIVA-mobiilisovelluksen osana Tekesin rahoittamaa "MIELEN JA KEHON ELIKSIIRIT" -ohjelmaa. Ohjelma tähtäsi terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Oiva on tietoisuustaitoja ja henkistä hyvinvointia edistävä harjoitusohjelma arjen kiireisiin. Sovelluksesta löytyy harjoitus tietoiseen syömiseen. Sen tarkoituksena on opetella nauttimaan syömisestä jokaisella aistilla sekä tulemaan tietoiseksi syömiseen liittyvistä ajatuksista ja tunteista. (Oiva, n.d.) Tietoiseen syömiseen on olemassa myös erilaisia kursseja ja mm. Facebookista löytyy useampi ryhmä tietoiseen syömiseen ja Mindfulness- menetelmiin.

Digihoitopolku on verkossa oleva palvelu, jonka kautta potilaat eri sairaaloista saavat tietoa ja tukea sairauteensa liittyen. Digihoitopoluista löytyy mm. potilasohjeita, videoita, kuvia ja tehtäviä. HUS:illa käytössä oleva Lihavuusleikkaus -digihoitopolku on n. vuoden mittainen ohjelma, joka ohjaa ja tukee potilasta sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Ohjelma sisältää kirjallisia ja kuvallisia ohjeita ja myös erilaisia harjoituksia, joiden aiheina ovat mm. ravitsemus, liikunta, mielentaidot ja elämäntapamuutokset. Polku myös muistuttaa potilasta seurantoihin ja vitamiinilisien käyttöön. Palvelua pääsevät käyttämään HUSin alueen lihavuusleikkauspotilaat. (Terveystyö, 2019b)

4.3.4 Läheiset ja perhe

Perhe ja läheiset voivat olla tukena elämäntapamuutoksessa. Tärkeää on kuitenkin ottaa huomioon, että ihmisillä on erilaisia tapoja reagoida asioihin. Joillekin on tärkeää saada jutella tunteistaan avoimesti ja ihmisten läsnäolo ympärillä helpottaa sopeutumista uusiin asioihin. Toisille taas on helpompaa olla hiljaa, eikä tarvetta keskustelulle ole - yksinolo sekä mietiskely on heille hyvä tapa selvitä muutoksessa. Omaisen on hyvä olla kiinnostunut sekä läsnä tarpeen mukaan. Liian tunkeilevakaan ei ole hyvä olla. Tärkeää on, että elämäntapamuutosta tekevä henkilö on tietoinen, että omaisen tai läheisen on tukena ja käytettävissä, jos tukea tarvitsee. (Terveystyö, 2017)

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin tai tutkimusongelmiin, yleensä haastattelujen tai kyselyiden perusteella. Seuraavaksi avataan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ja opinnäytetyön prosessia tiedonhakuineen, esitellään yhteistyökumppani ja kerrotaan käytetystä tutkimusmenetelmästä, kyselyn laatimisesta sekä aineiston analysoinnista.

5.1 Tutkimuksellinen opinnäytetyö ja tutkimuskysymykset

Lähtökohtana tutkimuksellisessa opinnäytetyössä on tutkimusongelma tai -kysymys. Ongelmaan tai kysymykseen etsitään vastauksia luotettavista lähteistä tyypillisiä tutkimusmenetelmiä käyttäen. Tavanomaisesti tutkimusongelmaan tai -kysymykseen etsitään vastauksia empiirisen aineiston tuella. Siinä voidaan käyttää muun muassa haastattelua, koetta tai kyselyä. Työn tavoitteena on vastata tutkimusongelmaan tai -kysymykseen. (HAMK, 2019)

Valitsimme aiheen, koska se tuntui mielenkiintoiselta ja ajankohtaiselta. Halusimme lisää tietoa koko leikkausprosessista sekä selvittää, millaista psyykkistä tukea lihavuusleikatut saavat ennen ja jälkeen leikkauksen. Useasta lähteestä selvisi, että etenkin leikkauksen jälkeen moni koki jäävänsä vaille tukea, joten päätimme lähteä selvittämään, millaista leikkauksen jälkeen saatu tuki todella on ja millaista sen toivottaisiin olevan. Aihe on myös ajankohtainen, koska lihavuus on kasvava ongelma monissa eri maissa, myös Suomessa. Lihavuusleikkauksia tehdään tulevaisuudessa eniten enemmän, joten olisi tärkeää, että myös tukea olisi riittävästi saatavilla.

Tutkimuskysymyksiksi valikoituivat seuraavat: Saavatko lihavuusleikatut omasta mielestään riittävästi psyykkistä tukea terveydenhuollosta uusiin elämäntapoihinsa? Minkälaista psyykkistä tukea lihavuusleikatut ovat saaneet? Minkälaista tukea he olisivat kaivanneet? Suunnittelimme kyselyn, jonka kautta pystyisimme selvittämään henkilöiden tuen saantia ja tarvetta. Kysely toteutettiin maaliskuussa 2020 Kyselynetti-työkalua apuna käyttäen.

5.2 Yhteistyökumppani

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus tehtiin yhteistyössä LiLe ry:n kanssa. LiLe on yhdistys lihavuusleikatuille, leikkauksen meneville, leikkaukselta harkitseville, heidän läheisilleen sekä kaikille asiasta kiinnostuneille. Hallitukseen kuuluu lihavuusleikkauksen kokemusasiantuntijoita – moni heistä on leikattu useampaan kertaan.

Yhdistys on perustettu vuonna 2010. Se on valtakunnallinen potilasyhdistys, ja sen tavoitteena on edistää lihavuusleikkattujen ja lihavuusleikkausta tarvitsevien etuja ja edistää valtakunnallisella tasolla tasa-arvon ja hoidon toteutumista lihavuusleikkausprosessissa kaikissa sairaanhoitopiireissä. Yhdistykseltä saa ohjausta ja neuvoja, se järjestää vertaistukitoimintaa ja tapaamisia. Yhteistyökumppaneita on muun muassa terveydenhuoltotoimialat, järjestöt ja muut yhteistyöelimet. Yhdistys ylläpitää alueellisia Facebook -sivustoja, sekä suljettua keskustelufoorumia. LiLe:n internetsivuilla on myös vapaasti saatavilla oleva tietopankki, jossa on tietoa lihavuusleikkaukseen, hoitopolkuihin, ruokavalioon, vitamiineihin ja lääkkeisiin liittyvistä asioista. (LiLe ry, 2019)

5.3 Tiedonhaku

Tiedonhaku aloimme toteuttaa keräämällä kirjallisuutta lihavuudesta ja lihavuudenhoidosta sekä tietoa lihavuusleikkauksesta. Aineistoa teoriaosuuteen löysimme runsaasti. Haasteellisempaa oli löytää ajankohtaista tietoa lihavuusleikkauksista ja niiden vaikutuksista. Tähän aihealueeseen löysimme artikkeleita eri hoitotieteen julkaisuista.

Opinnäytetyömme on tehty terveydenhoitajan näkökulmasta ja tietoa keräsimmme siitä aspektista. Aineistonkeruu alkoi kirjastosta ja painetusta kirjallisuudesta koostimme teoriaperustan. Pyrimme täydentämään teoriaa mahdollisimman uudella ja ajankohtaisella tiedolla ja tähän käytimme internetin hakukoneita ja eri tietokantoja. Lähteiden luotettavuutta ja merkittävyyttä arvioimme julkaisijan ja julkaisukanavan perusteella. Saimme apua tiedonhakuun myös HAMKin sosiaalialan ja hoitotyön informaattikko Kari Mikkoselta.

Käyttämämme hakukoneita ja tietokantoja olivat Cinahl, HAMK Finna, Medic ja PubMed. Hauissa käytettiin mm. seuraavia hakusanoja: lihavuus, lihavuuskirurgia, gastrokirurgia, lihavuusleikkaus, obesity, bariatric surgery, mielenterveys ja psychological health.

Taulukko 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Valittu
Medic	lihavuus	ei rajauksia	1181	2
Medic	lihavuusleikkaus	ei rajauksia	84	5
Medic	lihavuusleikkaus AND mieliala	ei rajauksia	1	1
Cinahl	bariatric surgery	ei rajauksia	9 508	1
Cinahl	bariatric surgery AND mental health	ei rajauksia	423	1

Terveysportti	lihavuusleikkaus	Lääkärin tietokannat	66	10
Terveysportti	lihavuusleikkaus	Sairaanhoidajan tietokannat	3	1
Terveysportti	lihavuus	Lääkärin tietokannat	763	2
Terveysportti	lihavuus	Sairaanhoidajan tietokannat	101	4
HAMK Finna kansainväliset e-aineistot	bariatric surgery and mental health	Koko teksti saatavissa Vertaisarvioitu v. 2014-2020	1512	1
HAMK Finna kansainväliset e-aineistot	social phobia and bariatric surgery	Koko teksti saatavissa Vertaisarvioitu v. 2014-2020	39	0
HAMK Finna kansainväliset e-aineistot	bariatric Surgery and Support Group	Koko teksti saatavissa Vertaisarvioitu v. 2014-2020	2484	0

5.4 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on osittain kvantitatiivinen eli määrällinen, ja osittain kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa käsitellään aineistoja, jotka ovat numeerisessa muodossa. Sen avulla voidaan selvittää esimerkiksi lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä asioita. Hyvä kvantitatiivinen tutkimus vaatii riittävän suurta otosta eli osallistujamäärää. Aineistonkeruussa käytetään yleensä tutkimuslomakkeita ja valmiita vastausvaihtoehtoja. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta syvällisemmin. Sen tavoitteena on ymmärtäminen, ei määrien selvittäminen. (Heikkilä, 2014)

Saadaksemme tutkimuskysymyksiimme mahdollisimman luotettavat vastaukset, päädyimme perustamaan internetpohjaisen kyselyn. Osa kysymyksistä oli strukturoituja, suljettuja kysymyksiä (kvantitatiivisen tutkimukseen sopivia), joissa vastausvaihtoehdot olivat valmiina. Osa kysymyksistä taas oli avoimia kysymyksiä, joiden avulla on mahdollista saada arvokasta lisätietoa vastaajilta.

5.5 Kyselyn laatiminen

Kyselymme toteutettiin KyselyNetti-työkalulla. Kyseessä on sveitsiläisen Enuvon kehittämä verkkopohjainen kyselytyökalu. KyselyNetin avulla

voidaan helposti toteuttaa mobiililaitteille soveltuvia kyselyitä sekä tutkimuksia. Kyselynetin raportit voidaan ladata helposti pdf-, png-, csv- ja xlsx-muotoon. Yhä useammin vastaajat tavoitetaan verkosta ja KyselyNetti-työkalulla toteutettuun kyselyyn vastaaja voi vastata missä tahansa ja mihin aikaan tahansa. Internetin ja sosiaalisen median suosio mahdollisti opinnäytetyössä verkkopohjaisen kyselyn käyttämisen. (Kyselynetti, 2020)

Testasimme ensin kyselyä (koeotanta) seitsemällä lihavuusleikatulla henkilöllä. Koeotannan avulla toimimattomat kysymykset tulivat ilmi ja ne oli vielä helppo korjata. Testikyselyyn vastanneiden sekä yhteistyökumppanimme kehitysehdotusten pohjalta loimme lopullisen kyselyn.

Kysymysten laadintaan saimme apua yhteyshenkilöltämme LiLe:stä. Pyrimme valitsemaan kysymyksiksi olennaiset, tutkimusongelmaa tarkastelevat kysymykset. Tarkoitus oli myös pitää kysely mahdollisimman lyhyenä ja helposti vastattavana niin, että sen avulla kuitenkin saisimme mahdollisimman kattavasti tarpeelliset tiedot.

Lopulliseen kyselyyn tuli 14 varsinaista kysymystä, joista yksi kysymys oli täysin avoin ja 13 suljettua, joista osassa sai vastata halutessaan laajemmin. Lisäksi kyselyn lopuksi vastaajat saivat kirjoittaa vapaasti, mikäli halusivat tarkentaa jotain vastausta tai kertoa leikkausprosessistaan lisää. (Liite 1)

Avasimme kyselyn ja suora linkki vapaaehtoiseen vastaamiseen jaettiin LiLe:n Facebook-ryhmiin 26.2.2020 klo 14.00. Vajaassa tunnissa olimme saaneet 50 vastausta. Kysely oli auki 31.3.2020 saakka, ja siihen mennessä olimme saaneet yli 200 vastausta.

5.6 Aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi

Keräsimme aineiston täysin anonymisti internetpohjaisen kyselyn välityksellä (Liite 1). Kysymyksiä, joista vastaajan henkilöllisyys tulisi ilmi, ei ollut. Jätimme lopullisesta kyselystä myös ikää ja sairaanhoitopiiriä koskevat kysymykset pois, koska ne eivät olleet oleellisia tutkimuksen kannalta. Kyselyn lopuksi sai halutessaan jättää sähköpostiosoitteen, mutta tämä kohta oli vapaaehtoinen ja erillään muista kysymyksistä, eikä sen kautta saatu tietoa, mitä kyseinen henkilö on kyselyyn vastannut.

Käsittelimme ja analysoimme aineiston KyselyNetin omalla aineistokäsittelyohjelmalla sekä Excelillä. KyselyNetistä saimme ulos raportit kustakin kysymyksestä selkeyttävine kuvineen ja taulukoineen, joista tulokset olivat helposti katsottavissa. Osan tuloksista siirsimme myös Exceliin, ja teimme siellä vastauksista hieman erilaisia pylväitä, jotka selkeyttivät vastauksia lisää.

Vastauksia analysoidessamme huomasimme kysymyksessä nro 5 ongelman kysymyksen asettelussa ja vastausvaihtoehdoissa. Kysymyksen tärkeysjärjestykseen laitettavissa vastausvaihtoehdoissa on vaihtoehto ”Ei vaikeuksia” ja vaihtoehtoisesti on voinut myös valita N/A (Not Available), jota näissä vastausvaihtoehdoissa käytimme vaihtoehtona ”ei vaikeuksia”. Tämän kysymyksen vastauksissa vaihtoehto ”ei vaikeuksia” esiintyy ns. kahdella tavalla, ja tästä syystä emme voineet kyseistä kysymystä täysin luotettavasti ja yksiselitteisesti tarkastella. Tämä ei valitettavasti tullut ilmi testikyselyssä. Vastauksen perusteella voi kuitenkin saada viitteitä siitä, mikä uusien elintapojen noudattamisessa on tuntunut vaikealta leikkauksen jälkeen.

Tuhosimme aineiston asianmukaisesti sen jälkeen, kun analysointi oli tehty ja tulokset tarkistettu.

6 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavaksi esitellään opinnäytetyön tulokset. Aluksi kuvataan kyselyn kohderyhmää ja otantaa, ja sen jälkeen käydään läpi kyselyn vastaukset peilaten niitä tutkimuskysymyksiin.

6.1 Kyselyn otanta ja kohderyhmä

Kyselyymme osallistui 222 lihavuusleikattua henkilöä, joista 162 henkilöä vei kyselyyn vastaamisen loppuun saakka. Kyselyn vastauksista analysoitiin vain ne, joissa kysely oli viety loppuun, n=162. Taustatietojen perusteella heistä yli puolet oli leikattu kahden vuoden sisällä kyselyn ajankohdasta. 93,8 % vastaajista oli leikattu julkisella sektorilla, yksityisellä puolella 5,6 % ja vain 0,6 % vastaajista ulkomailla. Kysyimme myös vastaajien painoa korkeimmillaan ja painoa kyselyn vastaushetkellä. Näistä vastauksista laskettiin, että vastaajien painonpudotus (%) lähtöpainosta nykypainoon leikkauksen myötä vaihteli. Suurin osa vastaajista (76,6 %) oli pudottanut 20-45 % lähtöpainostaan. Alle 20 % painostaan oli pudottanut 9,0 % vastaajista ja yli 45 % painostaan oli pudottanut 14,3 % vastaajista. Kyselyä laatiessa emme katsoneet relevantiksi vastaajien ikää emmekä sukupuolta.



Kuva 3. Vastaajien leikkauksesta kulunut aika



Kuva 4. Vastaajien leikkaussektori



Kuva 5. Vastaajien painonpudotus %

6.2 Kyselyn tulokset

Kyselyn tulokset esitellään peilaten tutkimuskysymyksiin. Seuraavissa luvuissa kuvataan, millaisia hyötyjä lihavuusleikkauksesta on saatu ja millaisia vaikeuksia on kohdattu, ovatko lihavuusleikatut saaneet riittävästi tukea, millaista psyykkistä tukea he ovat saaneet ja millaista tukea he olisivat kaivanneet.

6.2.1 Leikkauksen tuomat hyödyt ja vaikeudet leikkauksen jälkeen

Tuloksista ilmenee, että laihtuminen koettiin tärkeimmäksi hyödyksi lihavuusleikkauksen jälkeen. Näin koki 38,3 % vastaajista. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että henkilö, joka hakeutuu lihavuuskirurgiseen toimenpiteeseen pitää tärkeimpänä asiana juuri laihtumista. Tämä on yksi tärkeimmistä syistä, miksi lähdimme selvittämään, onko uusiin elämäntapoihin saatavilla riittävästi tukea, sillä jos tukea ei ole riittävästi, painon nousu on mahdollista.

Toiseksi tärkeimpänä hyötynä koettiin fyysisen olon parantuminen. 24,7 % piti sitä tärkeimpänä hyötynä. Vain yksi vastaaja koki asian merkityksettömänä. Lihavuus on saattanut rajoittaa elämää ja mahdollisesti estänytkin henkilöä liikkumasta tai muutoin tekemästä sitä mitä haluaa, joten on hyvin selvää, että tämä on yksi tärkeimmistä leikkauksen tuomista hyödyistä.

Kolmanneksi tärkeimmäksi vastaajista 30,3 % koki henkisen hyvinvoinnin parantumisen. 8,0 % luokitteli sen tärkeimmäksi. Vain yksi vastaajista koki tämän merkityksettömänä. Tämä tulos kertoo, että lihavuusleikatut henkilöt kokevat henkisen hyvinvoinnin melko tärkeäksi hyödyksi. Henkinen hyvinvointi lisää itsevarmuutta ja -luottamusta siihen, että elintapoja voi

muuttaa ja oman itsensä arvostus kasvaa. Aiemmin henkilö on saattanut kokea huonommuutta lihavuuden vuoksi. Ihmisten suhtautumisen muuttamista ei pidetty niin tärkeänä hyötynä, ja 48,2 % vastaajista luokitteli sen vasta tasolle viisi. Vain yksi vastaaja koki, että se on tärkein hyöty.

Vastaajista 49,4 % oli sitä mieltä, että sosiaalisten suhteiden parantuminen ei ole ollut kovin tärkeä hyöty leikkauksen jälkeen ja luokitteli sen tasolle kuusi. Vain 1,2 % koki sen tärkeäksi ja sijoitti sen taulukolle ensimmäiselle sijalle. Tästä voidaan päätellä, että leikkaukseen hakeutuvat henkilöt menevät toimenpiteeseen itsensä takia eikä miellyttääksensä muita. Se on tärkeää, koska muutoin henkilö ei ehkä olisi niin sitoutunut siihen mitä uusi elämä tuo tullessaan. Tämän perusteella voi todeta, että leikkaukseen hakeudutaan omasta tahdosta ja tarpeesta.

Sairauksien parantuminen oli vastaajien mielestä tärkeää. 27,2 % sijoitti sen taulukkoon tasolle yksi. 6,8 % vastaajista sijoitti sen tasolle viisi ja kuusi. Sairauksien parantuminen koetaan melko suureksi hyödyksi ja vain pieni osa ei kokenut sitä tärkeäksi. Tämän perusteella voidaan epäillä, että niillä, jotka eivät koe tätä tärkeäksi, leikkaus ei välttämättä ole parantanut sairautta tai he ovat leikkauksen jälkeen vielä tarvinneet sairauden hoitoon esimerkiksi lääkitystä.

Mitkä olet kokenut leikkauksen tuomiksi hyödyiksi?

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	N/A
	%	%	%	%	%	%	%
Laihtuminen	38,3	25,3	17,3	14,2	3,1	1,2	0,6
Sairauksien parantuminen	27,2	15,4	17,9	14,8	6,8	6,8	11,1
Fyysisen olon parantuminen	24,7	42,0	25,9	4,3	2,5	-	0,6
Henkisen hyvinvoinnin parantuminen	8,0	12,4	30,3	38,9	3,7	1,2	5,6
Ihmisten suhtautuminen on muuttunut	0,6	3,7	4,9	14,2	48,2	16,7	11,7
Sosiaalisten suhteiden parantuminen	1,2	0,6	1,9	8,0	21,6	49,4	17,3

Kuva 6. Kokemukset leikkauksen tuomista hyödyistä

Kyselyssä kysyttiin, mikä uusien elintapojen noudattamisessa on tuntunut vaikealta leikkauksen jälkeen. Kysymyksen epätasoisesta asetelusta johtuen ei ollut mahdollista tehdä yksikäsitteistä ja luotettavaa tarkastelua. Vastaukset kuitenkin viittaavat siihen, että eniten vaikeuksia on koettu ruokavalion noudattamisessa, sen jälkeen liikunnassa ja viimeisenä alkoholikäytön kanssa.

6.2.2 Tuen saaminen ja sen riittävyys

Suuri osa, 66,1 %, lihavuusleikatuista koki, että ei ole saanut riittävästi tukea leikkauksen jälkeen. Tukea ei myöskään saatu tarpeeksi pitkäkestoisesti – vastaajista 68,5 % koki, että tukea ei saatu riittävän pitkään. Suurin osa vastaajista, 69,8 %, sai tukea terveydenhuollosta julkiselta puolelta,

10,5 % yksityiseltä puolelta omakustanteisesti ja 19,8 % sai tukea molemmista.

Lihavuusleikatut kokivat, että saivat terveydenhuollosta eniten tukea ruokavalion toteuttamiseen leikkauksen jälkeen. Myös uusiin elintapoihin ja niissä pysymiseen sekä liikkumiseen saatiin tukea kohtuullisesti (kuva 7).

Taulukosta (kuva 7) on nähtävillä helposti tuen puutteet: keskusteluapu syistä oman lihomisen taustalla jäi saamatta jopa lähes 58 prosentilta, samoin yli puolet koki jääneensä ilman tukea minäkuvan muutoksessa sekä mielialan kanssa. Vastauksista voidaan päätellä, että ruokavalioon sai tukea hyvin moni, mutta ei kuitenkaan ihan jokainen – lähes 9 % koki, että ei ole saanut siihen lainkaan tukea leikkauksen jälkeen.

Mihin seuraaviin asioihin olet saanut tukea terveydenhuollosta (leikkauksen jälkeen)?

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	N/A
	%	%	%	%	%	%	%
Uusiin elintapoihin ja niissä pysymiseen	21,6	39,5	6,8	1,9	1,2	1,2	27,7
Ruokavalioon	61,7	22,2	5,6	1,2	0,6		8,6
Liikkumiseen	1,2	12,4	36,4	10,5	2,5	1,9	35,2
Mielialaan	3,1	3,1	8,6	22,8	8,6	2,5	51,2
Minäkuvan muutokseen	1,9	1,2	4,9	10,5	23,5	5,6	52,5
Keskusteluapua syistä oman lihomisen taustalla	2,5	1,9	2,5	3,1	6,8	25,9	57,4

Kuva 7. Leikkauksen jälkeinen tuki terveydenhuollosta

6.2.3 Millaista psyykkistä tukea lihavuusleikatut ovat saaneet?

Eniten tukea saatiin sosiaalisesta mediasta tai internetin keskustelupaltoilta (67,3 % vastaajista). Lihavuusleikattujen Facebook-vertaistukiryhmät ja muut verkon vertaistukiryhmät koettiin hyvinä (kuva 8).

Sosiaalisesta mediasta saa hyviä vinkkejä ja vastauksia moneen asiaan, kunhan muistaa olla tarpeeksi kriittinen eikä usko suin päin kaikkea mitä kirjoitetaan vaan käyttää omaa järkeään.

Toisiksi eniten tukea saatiin läheisiltä (63,0 % vastaajista). Oma läheisistä muodostuva tukiverkosto oli tärkeä ja arvokas tuki leikkauksessa ja sen jälkeen.

Tuki mitä olen saanut, on ollut pääosin läheisiltäni.

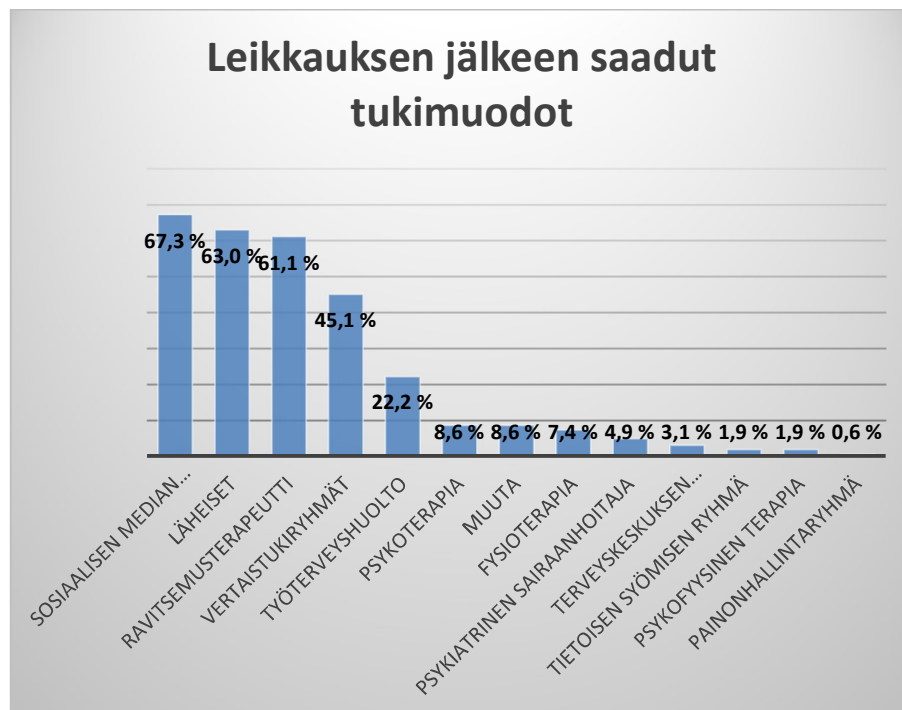
Moni vastaaja mainitsi myös ravitsemusterapian tärkeänä tuen antajana (61,1 % vastaajista). Ravitsemusterapeutin apua kerrottiin tarvittavan säännöllisesti jopa vuosia leikkauksen jälkeen. Monella on ollut mahdollisuus ottaa yhteyttä ja kysyä ravitsemusterapeutilta neuvoja tarvittaessa.

Osa taas kaipaisi käyntejä lisää, sillä syömisen hallinnan kerrotaan olevan vaikeaa.

Ravintoterapeutti tuki todella paljon leikkauksen jälkeen, tapaamiset loppuivat sopivaan aikaan eikä jäänyt tarvetta jatkaa.

Ravitsemusterapeutilla käynnit olivat hyvät ja toivoisin niiden jatkuvan pidempään. Nyt kun leikkauksesta on lähes 2v, ei ruokailuun tule enää kiinnitettyä niin paljon huomiota. Tässä vaiheessahan monilla, myös minulla, paino hieman nousee. Olisi todella hyödyllistä tarkistaa ruokavalio ja miettiä yhdessä, olisiko siinä jotain korjattavaa, ettei tuota nousua tapahtuisi tai ettei se ainakaan jää noususuuntaiseksi.

Vertaistukiryhmät olivat myös tärkeä tuen muoto (45,1 prosentille vastaajista). Työterveyshuollosta tukea sai lähes joka neljäs (22,2 %). Terveyskeskuksen sairaanhoitajalta, psykiatriselta sairaanhoitajalta tai painonhallintaryhmistä tukea saivat vain yksittäiset henkilöt. Myös psykoterapiaa (8,6 %) ja fysioterapiaa (7,4 %) käytettiin vain harvakseltaan. Muita mainittuja tuen lähteitä olivat aikuisten mielenterveyspalvelut, psykologi, psykiatri, YTHS, digipolku, diabeteshoitaja ja tietoisien syömisen ryhmä.



Kuva 8. Leikkauksen jälkeen saadut tukimuodot.

Tukea itse pyytämällä sai 41,9 % vastaajista. Tällaista tukea, jota on pyytämällä saatu, oli mm. psykoterapia, psykologin käynnit, lisäkäynnit ravitsemusterapeutilla, kolmannen sektorin vertaistuki, LiLe ry:n tarjoama tuki,

tuki ja apu liikuntaan, ylimääräiset lääkärikäynnit, ryhmäkeskustelut, työterveyspsykologin käynnit, psykiatrisen sairaanhoitajan käynnit, erilaiset terapiat ja tietoisien syömisen ryhmä. Myös keskustelua minäkuvan muutoksesta ja itsensä hyväksymisestä saatiin pyytämällä.

Tukea sai pyytämättä 34,0 %. Pyytämättä tukea saatiin ravitsemusterapeutilta (useampi maininta), psykofyysisestä terapiasta, ryhmä- ja yksilötapaamisista ennen ja jälkeen leikkauksen, kontrollikäynneiltä, vertaistukityhmistä ja LiLe Ry:stä. Vastaajista 21,0 % kertoi pyytäneensä lisätukea, mutta ei sitä saanut.

6.2.4 Millaista tukea kyselyyn vastanneet olisivat kaivanneet?

Kun lihavuusleikkaus on tehty, leikatut kohtaavat monenlaisia haasteita. Näihin haasteisiin ja ongelmiin lihavuusleikatut tarvitsevat tukea ja apua. Kyselyyn vastanneista 66,1 % koki saaneensa liian vähän tai jopa ei lainkaan tukea. Jotta saavutettaisiin leikkauksen mahdollistamat hyödyt, leikatun tulee saada niin fyysistä kuin psyykkistäkin tukea.

Annoimme vastaajille mahdollisuuden kertoa, millaista tukea he olisivat leikkauksen jälkeen kaivanneet. Hyvin vahvasti korostui psyykkisen tuen tarve. Minäkuvan muutokseen ja syihin lihomisen taustalla vastaajat kaipasivat eniten tukea. Huono itsetunto, joka monella lihavalla on ollut, ei parane hetkessä, ja moni miettii edelleen muiden ihmisten suhtautumista.

Minäkuvamuutokseen olisin kaivannut apua. Asioiden käsittelyyn, miksi olen tunnesyöjä.

Psyykkiseen puoleen paljon enemmän ennen leikkausta ja varsinkin sen jälkeen. Lihavuuden syiden selvittämistä.

Keho muuttuu kovaa vauhtia, eikä psyyke pysy perässä.

Haluaisin saada enemmän tukea syihin lihomiseni taustalla.

Useat vastaajat kokivat, että tukea ei ole automaattisesti tarjolla, mutta vaatiessa sitä on ollut rajoitetusti saatavilla. Vastauksista oli myös nähtävissä, että jos tietää, mitä tukea olisi mahdollista saada ja osaa sitä pyytää, sitä todennäköisesti saa. Iso osa ei osaa pyytää ja jää tästä syystä ilman tukea.

Olisi kiva, jos tukea/keskusteluapua tarjottaisiin suoraan eikä sitä tarvitsisi pyytää erikseen.

Olen sh ja sain tukea helpommin, mitä muut ovat saaneet. Luulen että ammattini takia.

Myös leikkausjonossa pitäisi julkiselta puolelta kaikille tarjota psykoterapiaa heti prosessin alussa. Nyt niin ei tapahdu. Itse osasin hakea tuen mukaan ammattini puolesta.

Ei mitään kontrolleja missään. Kaikki pysähtyi leikkauksen jälkeen. Minä en jaksakaan enalla tukia.

Myös ravitsemusterapeuttia olisi usean vastaajan mukaan kaivattu heti leikkauksen jälkeen. Uusien elintapojen noudattaminen on ollut vaikeaa. Osalla vastaajista painonpudotus on pysähtynyt ja se on osaltaan tuonut psyykkisiä haasteita. Ravitsemusterapiasta kaivattiin ohjausta ruokavalion noudattamiseen ja enemmän tietoa lihavuusleikatun ravintoaineiden imeytymishäiriöistä sekä muista leikkauksen aiheuttamista mahdollisista puutostiloista.

Lisää tukea oisin kaivannut ruokavalioon heti leikkauksen jälkeen, saatiin ohjeet joo, mutta ne olivat vanhat ja kun niitä seurasi oli jatkuvasti huono olo, ohjeissa oli esim. puolet isommat annokset kuin uudessa ohjeessa.

Olin halunnut enemmän ravitsemusterapian ohjausta.

Ehdottomasti tarvitsisi ihan yhtä lailla psykiatrista tukea, kun ravitsemusterapeuttia...

Olin halunnut tukea siihen pettymyksen tunteeseen ja sen käsittelyyn, kun paino ei putoakaan, muut tunteet huomioiden.

Tietoutta lihavuusleikatun nopeasta hiilihydraattien imeytymisestä ja siitä seuraavista dumping tai hypo-oireista, joita ilmenee hyvin usein meillä.

Osa vastaajista olisi halunnut enemmän ryhmämuotoista tukea kuten paikallisia laihdutusryhmiä ja ryhmätapaamisia vertaistukea varten. Myös liikuntaan kaivattiin tukea. Toisaalta osa olisi halunnut yksilöllisempää ohjausta.

Vähän liukuhihnamainen kaavio, pitäisi olla vähän yksilöllisempää ohjausta/neuvontaa/tukea.

6.3 Yhteenveto kyselyn tuloksista

Kyselyn perusteella suuri osa (66,1 %) lihavuusleikatuista koki saaneensa terveydenhuollosta liian vähän tai ei ollenkaan tukea leikkauksen jälkeen. Yli 20 % on jossain vaiheessa pyytänyt tukea, mutta ei ole sitä saanut.

Nämä ovat isoja lukuja – liian moni on jäänyt uudessa elämäntilanteessa yksin.

Sosiaalinen media oli kyselyyn vastanneille merkittävin tuen lähde, ja verstaistuen saaminen koettiin pääsääntöisesti todella tärkeänä. Sosiaalisen median ryhmissä on mahdollista päästä jakamaan omia leikkauskokemuksia, positiivisia ja negatiivisia asioita, tunteita ja ajatuksia uusiin elämäntapoihin liittyen - tämä kaikki, ns. jälkipuinti, on tärkeä osa prosessia ja uuden minäkuvan hyväksymistä. Terveystuella vastaavaa keskusteluapua sai hyvin harva, joten varmasti myös siksi sosiaalinen media ja ryhmät koettiin tärkeänä.

Ruokavalioon saatiin tukea terveydenhuollosta melko hyvin, lähinnä ravitsemusterapeutilta. Keskusteluapu lihomisen syistä ja minäkuvan muutoksesta jäi saamatta monelta ja psyykkistä tukea moni olisi kaivannut nimenomaan terveydenhuollosta. Myös ohjaus tarvittavan tai ylimääräisen tuen piiriin oli melko vähäistä ja yksilöllisen kohtaamisen kokemus jäi monelta saamatta.

Tuloksista voidaan päätellä, että tällä hetkellä lihavuusleikatut eivät saa terveydenhuollosta riittävästi psyykkistä tukea, mikä kuitenkin olisi leikatuille erittäin tärkeää. Yhtenä haasteena on varmasti yhtenäisten hoitolinjauksen puute ja terveydenhuollon henkilökunnan liian vähäiset tiedot ja taidot lihavuusleikkausten suhteen. Tulokset myös kertovat, että tukea pitää osata pyytää, tosin aina silloinkaan ei tukea välttämättä saa.

Suuri osa lihavuusleikatuista oli tyytyväisiä ravitsemusterapeutilta saamaansa tuen määrään. Olisikin tärkeää pystyä järjestämään lihavuusleikatuille ravitsemusterapeutin palveluiden lisäksi systemaattisesti myös toisenlaista terapiaa, pidempikestoista psyykkistä tukea. Moni kertoo, että psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykiatrin tapaaminen kuuluu protokollaan ennen leikkausta, kun selvitetään leikkauksen kelpoisuutta, mutta pitkäkestoinen seuranta leikkauksen jälkeen olisi yhtä lailla tärkeää.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Ammattikorkeakouluille laaditut yhteiset suositukset eettisestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyöprosessista ovat ohjanneet työskentelyämme alusta saakka ja olemme perehtyneet niihin huolellisesti. Nämä suositukset perustuvat lakiin ja tutkimuseettisiin periaatteisiin ja linjauksiin. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene, 2018)

Luotettavan ja eettisen opinnäytetyön tulee noudattaa hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tieteellisen tutkimuksen ja sen tuloksien

katsotaan olevan eettisesti luotettavia ja hyväksyttäviä ainoastaan, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Näihin käytäntöihin kuuluu koko tutkimuksen toteuttaminen rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti ja näitä edellytetään niin tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä kuin tutkimuksen tulosten arvioinnissakin. Haastateltavien tunnistettavuuden suojeleminen on tärkeää. Opinnäytetyön tulokset esitetään luotettavasti ja oikeisiin tutkimustuloksiin perustuen ilman vääristelyä tutkimuksen kannalta edullisempaan suuntaan. (TENK, 2012)

Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Muiden tutkijoiden tekemiä tutkimuksia tulee kunnioittaa ja lähteet ja lähdeviitteet tulee ilmoittaa asianmukaisesti, eikä tietoja saa esittää ominaan, jos ne ovat peräisin jonkun toisen tutkimuksesta. (TENK, 2012) Opinnäytetyössämme käytimme vain yleisesti hyväksytyjä tietokantoja ja lähteitä, joiden jokaisen todenmukaisuus ja soveltuvuus arvioitiin perusteellisesti ennen käyttämistä. Saimme myös asiantuntevaa apua ja ideoita yhteistyökumppaniltamme tärkeistä ja olennaisista asioista tietoperustaan.

Aihevalinnassa tulee pohtia sen oikeutusta ja sensitiivisyyttä sekä tutkimuksen mahdollisia eettisiä ongelmia ja eettisiä kysymyksiä. Lisäksi tutkimuksen tekijä tarvitsee riittävästi taustatietoa voidakseen toimia eettisesti oikein. (Kylmä, 2014, s. 144) Olemmekin perehtyneet eettisyyteen hyvin. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää, millaista psyykkistä tukea kyselyymme osallistuneet henkilöt ovat saaneet lihavuusleikkauksen jälkeen. Tulosten luotettavuutta lisää kyselyn vastaajien suuri määrä. Työmme aihe on jonkin verran sensitiivinen, sillä aihe voi olla arka asia tutkittaville, jos riittävästi tukea ei ole saatu. Työmme tutkimusaihe ei kuitenkaan mielestämme sisällä varsinaisesti eettisiä ongelmia, sillä aihe ei itsessään ole loukkaava eikä aihe sisällä väheksyviä oletuksia tutkittavaa ihmisryhmää kohtaan.

Opinnäytetyön kysely tehtiin täysin anonymisti ja missään vaiheessa emme saaneet tietoomme kysymyksiin vastanneiden henkilöllisyyttä. Selvitimme, että ohjelma, jolla kysely tehtiin, on luotettava, tietoturvallinen ja paljon vastaavanlaisissa tarkoituksissa käytetty. Kysymykset laadittiin huolellisesti vastaamaan tutkimuskysymyksiä, ja aineistoa käsiteltiin tarkasti ja huolellisesti kaikissa vaiheissa.

Tulosten tulkinnan ja myös koko prosessin luotettavuutta parantaa se, että meitä on ollut kolme henkilöä tekemässä. Luotettavuutta olemme arvioineet koko prosessin ajan. Tulosten luotettavuutta arvioidessa on kuitenkin muistettava, että jokainen kyselyyn vastannut on yksilö ja kokee asiat subjektiivisesti, omalla tavallaan. Kokemuksiin voi vaikuttaa moni asia, kuten elämäntilanne leikkauksen hetkellä, asenne terveydenhuoltoon kohtaan ja se, kuinka kauan leikkauksesta on aikaa. Halusimme kuitenkin selvittää nimenomaan leikattujen yksilöllisiä kokemuksia ja tuntemuksia leikkauksen

jälkeisestä tuesta ja tämä tavoite toteutui. Jokaisen henkilökohtainen kokemus on arvokas ja tärkeä osa kokonaisuutta.

Anonyymeissa verkkokyselyissä on tietenkin aina se mahdollisuus, että niihin osallistuu ns. hupivastaaajia, jotka keksivät vastaukset omasta päästään eivätkä ne siten pidä paikkaansa. Arvioimme kuitenkin jo kyselyn kanavaa miettiessämme, että suljetuissa lihavuusleikattujen Facebook-ryhmissä on vain kohderyhmäämme kuuluvia henkilöitä, koska ryhmiin päässeet jäsenet ovat LiLe ry:n sinne hyväksymiä. Myös kyselyn tarkentavat ja avoimet kysymykset osaltaan varmistivat, että vastaajilla on ollut aiheesta omakohtaista kokemusta.

Tätä opinnäytetyötä varten ei tarvinnut hakea tutkimuslupaa, sillä kysely toteutettiin internetkyselynä Facebookin lihavuusleikattujen ryhmissä. Tällöin ryhmien jäsenet pystyivät osallistumaan kyselyyn halutessaan, eikä henkilötietorekisteriä tarvittu. Internetkysely ei sisältänyt kysymyksiä, joista olisi voinut tunnistaa vastaajat. Kyselyssä oli vain pari vapaata kenttää, joihin sai halutessaan kirjoittaa omin sanoin enemmän. Kyselyn alussa mainittiin, että vapaita vastauksia voidaan käyttää opinnäytetyössä sellaisenaan havainnollistamaan asioita, kuitenkin ilman muita tietoja. Vastajalle jäi vapaus valita, haluaako hän kirjoittaa laajempaa tekstiä vai ei. Kun kyselyn vastaukset ja analysointi saatiin valmiiksi, aineisto tuhottiin asiaankuuluvalla tavalla, eikä sitä säilytetä edelleen.

Myöskään eettistä ennakoarviointia ei tarvinnut tehdä, koska tutkimuksemme ei kohdistu alaikäisiin, se ei sisällä poikkeuksellisen voimakkaita ärsykeitä, se ei aiheuta henkistä haittaa eikä turvallisuusuhkaa tutkittaville eikä myöskään puutu tutkittavien fyysiseen koskemattomuuteen. (TENK, 2012)

8 POHDINTA

Lihavuus Suomessa ja maailmalla lisääntyy koko ajan, ja sen ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tehdään jatkuvasti paljon töitä. Lihominen on yhteiskunnassamme helppoa – saatavilla olevassa ruuassa on usein liikaa energiaa liikkumiseen nähden ja myös mm. stressi vaikuttaa ylipainon kertymiseen. Lihavuuden hoitoa ja elintapamuutoksia tarvitaan, mutta ohjaus ja tuki ovat usein riittämättömiä.

Tutkimuksia potilaiden elämänlaadun paranemisesta lihavuusleikkauksen jälkeen on tehty Suomessa muutamia, muualla maailmassa enemmän. Joitakin tutkimuksia on tehty potilaan kokemuksista leikkauksen jälkeen sekä potilasohjaukseen liittyen. Pääsääntöisesti nämä tutkimukset on tehty 2010-luvun alkupuolella. Tutkimukset keskittyvät potilaiden elämänlaadun paranemiseen terveydellisestä näkökulmasta, kun taas psyykkisiä

vaikutuksia on tutkittu huomattavasti vähemmän. Myös joitakin opinnäytetöitä lihavuusleikkauksen vaikutuksesta elämänlaatuun on tehty, enimmäkseen kirjallisuuskatsauksina. Tuoretta tutkimusta, jossa olisi tutkittu potilaiden kokemuksia psyykkisestä tuesta ja sen tarpeesta nimenomaan leikkauksen jälkeen emme löytäneet. Valitsemamme aihe on siis tutkimuksen näkökulmastakin tarpeellinen.

Tulevina terveydenhoitajina halusimme valita opinnäytetyöllemme aiheen, johon syvälinen perehtyminen auttaa meitä tulevassa työssämme, mahdollisesti työterveyshoitajina. Lihavuus on suuri, kansanterveydellinen ongelma, johon tiesimme lihavuusleikkauksen olevan teoriassa varsin tehokas hoitomuoto – halusimme selvittää, mikä siinä kuitenkin saattaa mennä vikaan ja miksi sen avulla saavutetut tulokset eivät aina ole pitäviä. Omasta tuttavapiiristämme tiesimme henkilöitä, jotka olivat lihavuusleikkauksen jälkeen lihonneet laihdutut kilot takaisin vuosien aikana. Perehdyttyämme aiheeseen enemmän huomasimme, että moni koki saaneensa tukea vain lähinnä ennen leikkausta, vaikka tuki jälkeen päin olisi aivan yhtä tärkeää.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset olivat seuraavat: ”Saavatko lihavuusleikatut omasta mielestään riittävästi psyykkistä tukea terveydenhuollosta uusiin elämäntapoihinsa?”, ”Minkälaista psyykkistä tukea lihavuusleikatut ovat saaneet?” ja ”Minkälaista tukea he olisivat kaivanneet?”. Työmme tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia lihavuusleikatulla on saamistaan tukimuodoista, tuen riittävydestä ja sen merkityksestä uusien elintapojen noudattamisessa. Saimme kyselymme avulla paljon tietoa lihavuusleikkattujen kokemuksista, toiveista ja tarpeista. Monella oli kokemus, että tukea ei ole ollut saatavilla riittävästi ja moni osasi lisäksi kuvailla hyvin seikkaperäisesti, millaista tukea olisi leikkauksen jälkeen kaivannut. Jokainen vastaus on toki yksilöllinen ja kertoo totuuden vain vastaajan omasta näkökulmasta. Kaikki kokemukset ovat kuitenkin huomionarvoisia ja kertovat siitä, että psyykkistä tukea tarvitaan ehdottomasti myös leikkauksen jälkeen. On myös muistettava, että kyselyihin saattavat osallistua useammin ne henkilöt, joilla on aiheesta painavaa sanottavaa – saatuun tukeen tyytymättömät ovat saattaneet haluta saada äänensä kuuluviin ja siksi osallistua. Tämän vuoksi tuen saamisesta on kyselyn perusteella voinut saada todellista negatiivisemmän vaikutelman. Toisaalta saimme myös varsin tyytyväisiä vastauksia, jotka kertovat siitä, että osalla leikkaus jälkihoitoineen on onnistunut hyvin.

Lihavuuden Käypä hoito -suositus uudistui työtä tehdessämme, mikä myös kertoo aiheemme olevan todella ajankohtainen. Aiempi lihavuuden hoito ei ole ollut riittävää sellaisenaan, ja terveydenhuollossa on vielä tällä hetkellä puutteita lihavuuden oikeanlaisessa, toimivassa hoidossa - myös lihavuusleikkauksen jälkeen. Hoito ei ole ollut tasalaatuista vaan vaihdellut sairaanhoitopiireittäin tai jopa lääkäreittäin. Uusi suositus painottaa aiempaa enemmän lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja psyykkiseen tukeen koko

elämänkaaren ajan. Tämä todennäköisesti vaikuttaa positiivisesti myös lihavuusleikkauksen jälkeen saatavaan tukeen. Valmentavaa ja tukea antavaa menettelyä ollaan ottamassa osaksi lihavuuden hoitoa sen sijaan, että potilaalle vain annettaisiin ylhäältäpäin ohjeita, ja myös yksilöllisyys korostuu. (Kallunki, 2020; Duodecim, 2020)

Opinnäytetyöprosessi on antanut ja opettanut meille tekijöille paljon, kuten kärsivällisyyttä, ryhmätyötaitoja ja kriittistä tiedon etsintää. Meillä on ollut hyvä tiimi ja olemme tehneet työtä hyvässä hengessä alusta loppuun. Tiimissä jokaisella oli oma vahvuusalueensa ja saimme hyödynnettyä näitä työssämme. Aloitimme opinnäytetyön suunnittelemisen kevään ja kesän 2019 aikana. Tiedonhaun ja kirjoittamisen pariin pääsimme syksyllä, ja olemme jatkaneet prosessia kevääseen 2020 teoriaopintojen ohella. Saimme yhteistyökumppanin mukaamme alkuvuodesta ja heiltä löytyi hyviä ajatuksia ja näkökulmia opinnäytetyöhömmä ja myös kyselyn toteuttimme heidän avullaan.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa lihavuusleikkauspotilaiden hoidossa ja ohjauksessa. Myös yhteistyökumppanimme, LiLe ry voi käyttää opinnäytetyötämme ja sen tuloksia toiminnassaan lihavuusleikkattujen asialla. Useat lihavuusleikkauspotilaat kaipaivat onnistuakseen enemmän yksilöllisyyttä, kokonaisvaltaisempaa hoitoa ja vahvempaa painotusta psyykkiseen puoleen. Näiden seikkojen tiedostaminen terveydenhuollossa voisi auttaa uudenlaisen hoitopolun suunnittelussa ja hoitoon olisikin syytä lisätä mm. keskusteluja lihomisen syistä, minäkuvan muutoksista ja tunteista potilaan tarpeiden mukaan. Myös tuen kestoa olisi syytä pidentää - potilaille ei saisi tulla tunnetta "oman onnensa nojaan" jäämisestä. Vastuunotto omasta voinnista ja terveydestä olisi myös tärkeä ohjauksen aihe.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia tarkemmin potilaiden ohjausta lihavuusleikkauksen jälkeen, esimerkiksi millaisia menetelmiä on käytössä ja miten niiden toimivuutta voitaisiin arvioida ja kehittää. Opinnäytetyömme kysely olisi myös mielenkiintoista tehdä uudelleen esimerkiksi viiden vuoden kuluessa, kun uudet lihavuuden hoitomenetelmät ovat päässeet kunnolla käyttöön. Tällöin kokemukset saadusta tuesta olisivat mahdollisesti myönteisempiä ja tukea saataisiin jo enemmän ja monipuolisemmin.

LÄHTEET

Apteekkari. (2019). Uusia lääkkeitä lihavuuden hoitoon. Lääkekehitys. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://www.apteekkari.fi/uutiset/uusia-laakkeita-lihavuuden-hoitoon.html>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (2018). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Haettu 20.1.2020 osoitteesta <http://www.arene.fi/julkaisut/ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Asikainen, J. (2017). Ylipaino yhä vahvemmin yhteydessä köyhyyteen ja kouluttamattomuuteen. *Karjalainen* 9.7.2017. Haettu 6.11.2019 osoitteesta <https://www.karjalainen.fi/uutiset/uutis-alueet/kotimaa/item/148286>

Bariatricservices. (2019). Alkoholilihavuusleikkauksen jälkeen. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://www.bariatricservices.eu/fi/lihavuusleikkaus-ja-alkoholi/>

Bariatricservices. (n.d.). Elämä lihavuusleikkauksen jälkeen. Haettu 5.12.2019 osoitteesta <https://www.bariatricservices.eu/fi/lihavuusleikkaus/lihavuusleikkauksen-jalkeen/>

Broström, K. & Nummela, M. (2019). Lihavuusleikkaus hoitaa oiretta, ei lihavuuden syytä. Artikkelit 8.5.2019. Syömishäiriöliitto-SYLI ry. Haettu 26.11.2019 osoitteesta <https://syomishairioliitto.fi/artikkelit/lihavuusleikkaus-hoittaa-oiretta-ei-lihavuuden-syita>

Brusila, P. (2015). Itsetunto, seksuaalisuus ja lihavuus. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 92.

Duodecim. (2020). Uusittu lasten, nuorten ja aikuisten lihavuuden Käypä hoito –suositus: Ehkäisyä ja hoitoa tehostettava, painavaa huomiota riskiryhmiin. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Haettu 4.6.2020 osoitteesta <https://www.duodecim.fi/2020/03/04/uusittu-lasten-nuorten-ja-aikuisten-lihavuuden-kaypa-hoito-suositus-ehkaisya-ja-hoitoa-tehostettava-painavaa-huomiota-riskiryhmiin/>

EPSHP. (2013). Vatsalaukun ohitusleikatun äidin raskaus; odotus- ja imetyksaikainen seuranta neuvolassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Haettu 26.3.20 osoitteesta www.epshp.fi/files/6912/Lihavuusleikkaus_ja_odotus.pdf

Folkhalsomyndigheten. (2018). Övervikt och fetma. Päivitetty 14.3.2019. Haettu 27.11.2019 osoitteesta <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/forekomst-av-overvikt-och-fetma/>

HAMK. (2019). Opinnäytetyöopas. Haettu 1.4.2020 osoitteesta <https://www.hamk.fi/opiskelijan-ohjeet/opinnaytetyo/>

Harjumaa, M. (2018). Voimakaksikko. Reportaasi. *Sairaanhoitaja* 4/2018. Haettu 10.2.2020 osoitteesta <https://shlehti.sairaanhoitajat.fi/digilehti/4-2018/reportaasi-voimakaksikko>

Harjunen, H. & Kyrölä, K. (2007). *Koolla on väliä! Lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli*. Helsinki: Like Kustannus Oy.

Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus*. 9.uud.p. Helsinki: Edita Publishing Oy. Haettu 10.4.2020 osoitteesta <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

HUS. (n.d.a). Lihavuusleikkaus ja leikkaustyytit. Haettu 11.11.2019 osoitteesta <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/lihavuuskirurgia/lihavuusleikkauksen-leikkaustyytit/Sivut/default.aspx>

HUS. (n.d.b). Syömishäiriökliniikka. Helsingin yliopistollinen sairaala. Haettu 10.2.2020 osoitteesta <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/lihavuuskirurgia/syomishairioklinikka/Sivut/default.aspx>

HUS. (n.d.c) Lihavuusleikkauksen jälkeen. Helsingin yliopistollinen sairaala. Haettu 13.11.2019 osoitteesta <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/lihavuuskirurgia/lihavuusleikkauksen-jalkeen/Sivut/default.aspx>

HUS. (n.d.d) Plastiikkakirurgisen toimenpiteet. Lihavuuskirurgia. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/lihavuuskirurgia/plastiikkakirurgiset-toimenpiteet/Sivut/default.aspx>

Huttunen, M. & Kalska H. (2012). *Psykoterapiat*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Juuti, A., Nuutila, P. & Salminen, P. (2019). Miksi Suomessa tehdään liian vähän lihavuuskirurgisia leikkauksia? *Lääketeollinen aikakauskirja Duodecim*. 2019;135(16):1490-2. Haettu 24.10.2019 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/16/duo15058>

Juuti, A., Roine, R. & Salminen, P. (2019). Onko lihavuuskirurgia kustannusvaikuttavaa? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 135(16/2019), ss. 1487–1488.

Jyväskylän yliopisto. (n.d.). Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali. Sosiaalinen media. Haettu 30.3.2020 osoitteesta <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/sosiaalinen-media>

Karpakka, P. (2016). Lihavuuden hoito. *Sairaanhoidajan käsikirja*. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Terveysportti. Haettu 24.10.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02412&p_haku=lihavuuden%20hoito

Koivukangas, V. & Salminen, P. (2017). Kenelle lihavuusleikkaus? *Potilaan lääkärilehti* 1-2/2017. Haettu 29.11.2019 osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/06/63/941/sll32017-118-2.pdf>

Koponen, P. ym. (toim.) (2018). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*. Raportti 4/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8a>

Kubik, J., Gill, R., Laffin, M. & Karmali, S. (2013). The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity* 2013, vol.2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/837989>

Kylmä, J. (2014). *Laadullinen terveystutkimus*. Porvoo: Bookwell Oy.

Käkelä, P. (2018). *Impact of obesity and Roux-en-Y gastric bypass on comorbidities with special emphasis on cholecystolithiasis and related lipid metabolism*. Väitöskirja. Dissertations in Health Sciences Number 480. Haettu 19.4.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2870-2>

Lappalainen, P. & Lappalainen, R. (2015). Laihduttamisen yksilöohjauksen vaiheet ja toteutus. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 208.

Lappica. (n.d.). Painonhallintaryhmä. Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://www.lappica.fi/palvelut/ryhmatoiminta/painonhallintaryhma/>

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus. (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 28.5.2020 osoitteesta <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50124>

- Lihavuusleikkauksen jälkeinen ruokailu: Käypä hoito -suositus. (2020). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 25.5.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix01694>
- LiLe ry. (2019). Lihavuusleikkattujen yhdistys. Haettu 30.4.2020 osoitteesta <https://www.lile.fi/>
- Mattila, L.-R., Rekola, L., & Häggman-Laitila, A. (2012). Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot – järjestelmällinen katsaus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 49(3). Haettu 25.3.2020 osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/7088>
- MIELI. (n.d.). Millainen ruoka on hyväksi? MIELI Suomen Mielenterveys ry. Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/millainen-ruoka-hyv%C3%A4ksi>
- Mustajoki, P. & Pietiläinen, K. (2015). Lihavuuden hoidon tavoitteet ja lähtökohdat. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 16–22.
- Mustajoki, P. (2018a). Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). *Lääkärikirja Duodecim*. Terveyskirjasto. Haettu 24.10.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034
- Mustajoki, P. (2018b). Tietoa potilaalle: Lihavuuden lääkehoito. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Sairaanhoitajan tietokannat. Duodecim. Terveysportti. Duodecim. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>
- Mustajoki, P. (2019a). Tietoa potilaalle: Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Lääkärin tietokannat. Duodecim. Terveysportti. Haettu 11.11.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/kotip_artikkeli=poh00086&p_haku=lihavuus
- Mustajoki, P. (2019b). Lihavuus. *Lääkärikirja Duodecim*. Terveyskirjasto. Haettu 24.10.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042
- Mustajoki, P. (2019c). Metabolinen oireyhtymä (MBO). *Lääkärikirja Duodecim*. Terveyskirjasto. Haettu 24.10.2019 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045
- Mustajoki, P. (2019d). Tietoa potilaalle: Lihavuuden leikkaushoito (lihavuusleikkaus). Lääkärin tietokannat. Duodecim. Terveysportti. Haettu 24.10. osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/dlk00845?search=lihavuuden%20hoito&db=207>

Männistö, S. (2015). Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen – Kansallisen FINRISKI- terveystutkimuksen tuloksia. *Lääkäri-lehti* 14-15/2015, ss.969–975.

Nummenmaa, L. & Nuutila, P. (2019). Lihavuusleikkaus parantaa aivojen terveyttä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 135(16):1541-5. Haettu 25.3.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo15068>

Nuutila, P., Pekkarinen, T., Salminen, P. & Soinio, M. (2019). Miksi ja milloin lihavan diabeetikon hoidoksi lihavuusleikkaus? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2019;135(16):1493-7. Haettu 24.10.2019 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/16/duo15062>

Oiva. (n.d.). Tietoisuutta arkeen. Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://www.oivamieli.fi/index.php>

Opetushallitus. (2020). Koulutus ja tutkinnot. Mikä ihmeen sosiaalinen media? Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/mika-ihmeen-sosiaalinen-media>

Paajanen, H. (2016). Sappikivet kiusaavat laihdutusleikkauksen jälkeen. *Potilaan lääkäri-lehti* 10.8.2016. Haettu 19.4.2020 osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/sappikivet-kiusaavat-laihdtusleikkauksen-jalkeen/>

Pietiläinen, K. (2015a). Lihavuuden aiheuttamat terveyshaitat. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 62–63.

Pietiläinen, K. (2015b). Määrääkö perimä vai ympäristö painon? Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 9–10.

Pietiläinen, K. (2015c). Onko lihavuus aina riski terveydelle? Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 68.

Pietiläinen, K. (2015d). Rasvamaksa. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 71.

Pietiläinen, K. (2015e). Tyypin 2 diabetes ja lihavuus. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 72.

Pietiläinen, K. (2015f). Sydän- ja verisuonitaudit ja lihavuus. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 79.

Pietiläinen, K. (2015g). Suuren kehon koon aiheuttamat lihavuuden haitat. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 87.

Pietiläinen, K. (2015h). Lihavuuden mentaaliset vaikutukset. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 89.

Pietiläinen, K. (2015i). Masentuneisuus ja ahdistuneisuus lihomisen syynä ja seurauksena. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 90—91.

Pietiläinen, K. (2015j). Asenteet lihavia kohtaan. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 13.

Pietiläinen, K. (2018). Lihavan potilaan arviointi. *Lääkärin käsikirja*. Lääkärin tietokannat. Duodecim. Terveysportti. Haettu 1.11.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/kotip_artik_keli=poh00086&p_haku=lihavuus

Salminen, P. (2015a). Lihavuusleikkausten komplikaatiot ja riskit. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 258

Salminen, P. (2015b). Lihavuusleikkaukset. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s. 255

Salminen, P., Juuti, A. & Pihlajamäki, J. (2018). Lihavuus ja lihavuus kirurginen hoito. Teoksessa Färkkilä, M., Heikkinen, M., Isoniemi, H. & Puolakainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 456—462.

Sane, T. (2013). Lihavuuden hoito. Suomen endokrinologiyhdistys ry. Haettu 24.10.19 osoitteesta <https://www.endo.fi/tietoa-endokrinologisista-sairau/potilasohjeet/lihavuuden-hoito/>

Sane, P. & Salminen, P. (2015). Hoito sairaalassa ja toipuminen kotona lihavuusleikkauksen jälkeen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, ss. 259—260.

Schildt, M. (2016). Jääkö lihavuusleikattu heitteille? *Sairaanhoitajat* 8/2016. Haettu 5.12.19 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/2016/jaako-lihavuusleikattu-heitteille/>

Singh, M. (2014). Mood, food, and obesity. *Frontiers in Psychology* 2014; 5:925. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150387/>

SOREG. (2018). Årsrapport SOReg 2017 Del 1 – operationsstatistik och tida komplikationer. Scandinavian Obesity Surgery Registry. Haettu 29.11.2019 osoitteesta <https://www.ucr.uu.se/soreg/compo-ment/edocman/arsrapport-2017-del-1/viewdocument?Itemid=>

Suomen Fysioterapeutit ry. (2017). Mitä on fysioterapia? Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/>

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus. (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 25.5.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>

TENK. (2012). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyiden käsitteleminen Suomessa. Haettu 20.1.2020 osoitteesta https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveydenhoitajaliitto. (2020). Kampanjavidet. Haettu 29.5.2020 osoitteesta <https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/terveydenhoitajaliitto/onneksionterkkari-kampanja/kampanjavidet>

Terveyskirjasto. (2009). Lihavuuden leikkaushoito – kuvat. *Lääkärikirja Duodecim –kuvat*. Terveyskirjasto. Haettu 29.4.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00237

Terveyskylä. (2017). Läheinen on tärkeä tuki sairastuneelle. Haettu 1.4.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/l%C3%A4heiselle/tukea-l%C3%A4heiselle/muuttunutel%C3%A4m%C3%A4ntilanne/l%C3%A4heinen-on-t%C3%A4rke%C3%A4tuki-sairastuneelle>

Terveyskylä. (2018a). Riskit ja ongelmat. Haettu 1.11.2019 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuusleikkaus/tieto%20lihavuusleikkauksesta/riskit-ja-ongelmat>

Terveyskylä. (2018b). Leikkauksen terveysvaikutukset. Haettu 1.11.2019 osoitteesta

<https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/lihavuusleikkaus/tietoa%20lihavuusleikkauksesta/leikkauksen-terveysvaikutukset>

Terveyskylä. (2019a). Lihavuuden terveysriskit. Haettu 18.11.2019 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/tietoa/painonhallinnan-abc/lihavuus-ja-terveys/lihavuuden-terveysriskit>

Terveyskylä. (2019b). Digihoitopolut. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palvelut/omapolku-palvelukanava-ja-digihoitopolut/digihoitopolut#termid=27>

Terveyskylä. (2020a). Psyykinen hyvinvointi lihavuusleikkauksen jälkeen. Haettu 11.5.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/el%C3%A4m%C3%A4-lihavuusleikkauksen-j%C3%A4lkeen/psyykinen-hyvinvointi-lihavuusleikkauksen-j%C3%A4lkeen>

Terveyskylä. (2020b). Elämä lihavuusleikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeinen seuranta. Haettu 26.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/el%C3%A4m%C3%A4-lihavuusleikkauksen-j%C3%A4lkeen/leikkauksen-j%C3%A4lkeinen-seuranta>

Terveyskylä. (2020c). Psyykinen hyvinvointi. Haettu 27.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/el%C3%A4m%C3%A4-lihavuusleikkauksen-j%C3%A4lkeen/psyykinen-hyvinvointi>

Terveyskylä. (2020d). Kuinka hakeutua lihavuusleikkaukseen. Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/lihavuusleikkaus/tietoa-lihavuusleikkauksesta/kuinka-hakeutua-lihavuusleikkaukseen>

Terveyskylä. (2020e). Tietoinen syöminen. Haettu 30.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito/motivaatiovaaka/6-mielentaidot/tietoinen-sy%C3%B6minen>

Terveysportti. (2009). Lihavuuden kirurgisen hoidon menetelmiä. Kuvatietokanta. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 11.11.2019 osoitteesta https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/kotip_artik_keli=poh00086&p_haku=lihavuus

Terveystalo. (n.d.). Psykofyysinen fysioterapia. Haettu 25.3.2020 osoitteesta <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Vastaanotot/Fysioterapia/Psykofyysinen-fysioterapia/>

THL. (2019a). Ylipaino- ja lihavuus vaikuttavat merkittävästi sairastuvuuteen - riski on otettava vakavasti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Haettu 9.10.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/-/ylipaino-ja-lihavuus-vai-kuttavat-merkittavasti-sairastuvuuteen-riski-on-otettava-vakavasti>

THL. (2019b). Ylipaino yhteydessä nuorten heikentyneeseen elämänlaatuun – mm. yksinäisyyteen ja kiusaamiseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 24.10.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/-/ylipaino-yhteydessa-nuorten-heikentyneeseen-elamanlaatuun-muun-muussa-yksinaisyyteen-ja-kiusaamiseen>

THL. (n.d.a). Lihavuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 8.10.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus>

THL. (n.d.b.). Lihavuuden terveysvaikutukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 24.10.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-heikentaa-terveytta>

THL. (n.d.c). Lihavuuden kustannukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 11.5.2020 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuus-tulee-kalliiksi>

Toikkanen, U. (2018). FinTerveys -tutkimus: Kansanterveyden suotuisa kehitys hidastumassa. *Lääkärilehti*. Haettu 10.10.2019 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/finterveys-ndash-tutkimus-kansanterveyden-suotuisa-kehitys-hidastumassa/>

Vernerri. (2014). Identiteetti, minäkuva ja itsetunto. Haettu 25.3.2020 osoitteesta <https://verneri.net/yleis/identiteetti-minakuva-ja-itsetunto>

Kallunki, E. (2020). Lihavuuden uusi hoitosuositus painottaa syyllistämisen välttämistä - hyvä uni, stressinhallinta ja uudet lääkkeet mukaan hoitokeinoihin. *Yle Uutiset* 4.3.2020. Haettu 28.5.2020 osoitteesta <https://yle.fi/uutiset/3-11238943>

KYSELY

Kysely lihavuusleikatuille

Olemme kolme terveydenhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta psyyken merkitys lihavuusleikkauksen onnistumisessa. Jos olet ollut leikkauksessa, olisi hienoa jos osallistuisit kyselyymme. Kyselyn avulla saamme arvokasta tietoa opinnäytetyötämme varten. Opinnäytetyömme tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena on selvittää saavatko lihavuusleikatut riittävästi tukea uusiin elintapoihinsa. Kiitos jo etukäteen!

PERUSTIEDOT

1. Onko sinut leikattu *

 julkisella puolella yksityisellä puolella ulkomailla

2. PAINO/PITUUS

1. Painosi korkeimmillaan (mistä lähdetty liikkeelle)

2. Painosi leikkaukseen mennessä

3. Painosi nyt

4. Pituutesi *

Vastaa numeroina

3. Kuinka kauan leikkauksestasi on aikaa? *

 Alle 1 vuosi 2-3 vuotta 4-5 vuotta 1-2 vuotta 3-4 vuotta Yli 5 vuotta

KYSYMYKSIÄ

4. Mitkä olet kokenut leikkauksen tuomiksi hyödyiksi? *

Laita tärkeysjärjestykseen, numeron 1 ollessa tärkein ja numero 6 vähiten tärkein. N/A jos et ole kokenut lainkaan.

- Laihtuminen
- Sairauksien parantuminen
- Fyysisen olon parantuminen
- Henkisen hyvinvoinnin parantuminen
- Ihmisten suhtautuminen on muuttunut
- Sosiaalisten suhteiden parantuminen

5. Mikä uusien elintapojen noudattamisessa on tuntunut vaikealta leikkauksen jälkeen? *

Laita tärkeysjärjestykseen, numeron 1 ollessa tärkein ja numero 4 vähiten tärkein. N/A jos et ole kokenut lainkaan.

- Ruokavalion noudattaminen
- Liikunta
- Alkoholin käytön vähentäminen
- Ei vaikeuksia

6. Mihin seuraaviin asioihin olet saanut tukea terveydenhuollosta (leikkauksen jälkeen)? *

Laita tärkeysjärjestykseen, numeron 1 ollessa tärkein ja numero 6 vähiten tärkein. N/A jos et ole kokenut lainkaan.

- Uusiin elintapoihin ja niissä pysymiseen
- Ruokavalioon
- Liikkumiseen
- Miellalaa
- Minäkuvan muutokseen
- Keskusteluapua syistä oman lihomisen taustalla

7. Onko leikkauksen jälkeen saamasi tuki ollut riittävä? *

KYLLÄ

EI

8. Onko leikkauksen jälkeen saamasi tuki ollut tarpeeksi pitkäkestoista? *

KYLLÄ

EI

9. Oletko saanut tukea PYYTÄMÄLLÄ? *

KYLLÄ

EI

Jos vastasit KYLLÄ, mitä tukea

10. Oletko saanut tukea PYYTÄMÄTTÄ? *

KYLLÄ

EI

Jos vastasit KYLLÄ, mitä tukea

11. Oletko pyytänyt tukea, mutta et ole sitä saanut? *

KYLLÄ

EI

12. Mistä olet saanut tukea leikkauksen jälkeen? *

Voit valita useita

Vertaistukiryhmät

Psykoterapia

Painonhallintaryhmä

Sosiaalisen median keskusteluryhmät

Psykolyysinen terapia

Tietoisen syömisen ryhmä

Läheiset

Fysioterapia

Psykiatrinen sairaanhoitaja

Työterveyshuolto

Ravitsemusterapeutti

Terveyskeskuksen sairaanhoitaja

Muualta, mistä?

13. Voit kertoa tässä tarkemmin, millaista tukea olet saanut leikkauksen jälkeen. Mikä toteutui hyvin? Entä mihin olisit kaivannut lisää tukea? Oletko saanut tukea yksilönä vaiko ryhmätapaamisissa?

14. Jos haluat tarkentaa vastaustasi johonkin kysymykseen, voit tehdä sen tässä. Kuulemme myös mielellämme lisää mistä tahansa leikkaukseen liittyvästä kokemuksestasi!

15. Kysely on anonyymi, mutta jos haluat että olemme sinuun yhteydessä mahdollisilla lisäkysymyksillä, laita tähän sähköpostiosoitteesi.
Kaikki yksittäiset vastaukset ja yhteystiedot tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua vuoden 2020 lopussa.

KIITOS OSALLISTUMISESTA!!

» [Redirection to final page of KyselyNetti](#) (muuta)
