

**LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN PSYKOSOSIAALISET TUEN TARPEET LEIK-  
KAUKSEN JÄLKEEN**

Anu Leppänen & Riikka Leppänen

Opinnäytetyö

Kevät 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Pieksämäen toimipaikka

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja, AMK

## TIIVISTELMÄ

Leppänen Anu ja Leppänen Riikka. Lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarpeet leikkauksen jälkeen. Kevät 2015, 57 s, 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen toimipiste, Pieksämäki. Hoitoalan koulutusohjelma. Hoitotyönsuuntautumisvaihtoehto: sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyömme tarkoituksena ja tavoitteena oli selvittää lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarpeita leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen toteuttamiseksi laadittiin kysely, jonka kohderyhmäksi valikoituivat Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n jäsenet. Tutkimuksen tavoitteena oli erityisesti tuoda esiin potilaiden omia kokemuksia psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarpeista leikkauksen jälkeen.

Tutkimuksen toimeksiantajana oli Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuuden hoitokeskus. Yhteistyötä tehtiin myös Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n kanssa, joka vastasi kyselyiden lähettämisestä kohderyhmälle toimittamalla tutkimustiedotteen ja Webropol-kyselylinkin yhdistyksen foorumille ja facebook-ryhmien keskustelupalstalle internetissä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusmenetelmää (triangulaatio). Webropolin kyselylinkin kautta saamistamme vastauksista kvalitatiivisen aineiston ja avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalysillä. Kvantitatiivisen aineiston käsittelimme Excel taulukko -ohjelmalla sekä Word tekstinkäsittelyohjelmalla.

Tuloksista tuli esiin, että elämänlaadun koettiin parantuneen, elämänilon palautuneen sekä elämänhalun lisääntyneen. Nopean laihtumisen aiheuttaman kehonkuvan muutoksen seurauksena esiintyviin psyykkisiin ongelmiin toivottiin psyykkiseltä osa-alueelta lisää tukea. Vertaistuen tärkeys koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Itsenäinen tiedonhaku koettiin rasitteeksi, kun ulkopuolista tukea ja ohjausta ei ollut saatavissa riittävässä määrin. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta saatu tuki liittyi lähinnä fyysiseen terveyteen liittyviin asioihin, joten alan ammattilaisten asiantuntemus kokonaisuutena lihavuuskirurgisen potilaan hoidossa koettiin riittämättömäksi. Tämän seurauksena tukea ja ohjausta jouduttiin hakemaan useasta eri paikasta niin yksityissektorilta kuin myös julkiselta puolelta.

Kyselyyn osallistuneet toivoivat saavansa enemmän tukea ja ohjausta leikkauksen jälkeen erityisesti elämäntapojen muutosten ylläpitämisessä ja jaksamisessa pitkäkestoisessa uudelleen orientoitumisprosessissa. Lisäksi he toivoivat psyykkisen kuorman huomioitavan myös osana hoitoprosessia, johon tarvittaessa olisi saatavilla riittävästi tukea.

Ilman hyvää ja toimivaa perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää erikoissairaanhoidon panos menee hukkaan. Lihavuusleikkauksen läpikäyneiden potilaiden seurannan ja ohjauksen pettäminen voivat pahimmillaan johtaa leikkauksesta saatavan hyödyn menettämiseen. Lihavuuskirurgiset potilaat sitoutuvat pitkäkestoiseen elämäntapojen muutosprosessiin ja itsensä hoitamiseen, jolloin terveydenhuollon on myös syytä antaa riittävä tuki ja ohjaus muutoksessa. Leikattujen potilaiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa ja hoidon vaikuttavuuden turvaamiseksi osaamista tarvitaan myös perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.

Avainsanat: lihavuus, kirurgia, psykososiaalinen, sosiaalinen tuki, ohjaus, hoitotarve, minäkuva

## ABSTRACT

Leppänen Anu & Leppänen Riikka

Psychosocial support and counselling needs of Bariatric surgery patient after surgery.

57 p., 3 appendices. Language: Finnish. Diak East, Pieksämäki, Spring 2015.

Degree programme in Nursing. Option Nursing Degree: Nurse.

The objective of our study was to examine obesity surgery patients' needs for psychosocial support and counseling after surgery. The data was collected through a questionnaire for the target group, which was composed of the members of Bariatric Surgery Patients of Finland. The purpose of the study was especially to provide information about patients' own experiences of the psychosocial support and counselling needs after bariatric surgery.

The study was commissioned by the Obesity Center of Kuopio University Hospital. Data collection also included cooperation with the Bariatric Surgery Patients of Finland, which sent questionnaires to the target group by providing a research bulletin and a Webropol survey link to associations' and facebook groups' discussion forums on the internet. The research method was a combination of qualitative and quantitative methods (triangulation). Responses to the Webropol survey were analyzed with a content analysis method. The quantitative material we deal with programme of Excel and Word.

The results from the study indicated that patients perceived an improved quality of life, experienced restored joy of life and an increase in zest for life. Patients hoped more support to psychical problems which were a result of change in the body image after rapid weight loss. Social support was considered highly important. Independent information retrieval was perceived as a burden, when enough external support and guidance were not provided. Support received from health and social care professionals was mainly related to physical health issues, so the expertise of the professionals in care of bariatric surgery patient was considered inadequate. As a result, patients seek support and counselling from various health-care providers in the private sector as well in the public sector.

Survey respondents desired to receive more support and guidance after surgery, particularly related to lifestyle changes to maintain and cope with the long-term reorientation process. In addition, they hoped that the physical load would be considered as a part of nursing care process with support available when needed.

Without a good and effective primary health care service system the input of specialized nursing care come to naught. In the worst case, the failure of bariatric surgery patients' monitoring and control can affect to lose the benefits of the surgery. Bariatric patients adhere to the long-term lifestyle change process and self-care, at which time health care should also provide adequate health care support and counselling. The number of bariatric patients will increase in the future and to ensure the effectiveness of care, expertise is also needed in primary health care and occupational health care.

Key words: obesity, bariatric surgery, psychosocial, support, counselling, need of nursing care, self-image.

## SISÄLLYS

JOHDANTO.....	6
1 AIKUISTEN LIHAVUUS JA LIHAVUUDEN HOITO.....	8
1.1 Lihavuuden määritelmä .....	8
1.2 Lihavuuden syyt.....	8
1.3 Lihavuuden vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun .....	9
1.4 Elintapahoito .....	9
1.5 Lihavuuden lääkehoito.....	10
1.6 Lihavuuden kirurginen hoito.....	10
1.6.1 Ravitsemus ja päihteet lihavuusleikkauksen jälkeen.....	12
1.6.2 Liikunta lihavuusleikkauksen jälkeen .....	13
1.7 Lihavuuden hoidon kustannusvaikuttavuus .....	14
2 SITOUTUMINEN ELÄMÄNTAPOJEN MUUTOKSEEN .....	15
2.1 Tiedon ja psykososiaaliset tuen tarpeet.....	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYMYKSET.....	18
4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ .....	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	20
5.1 Tutkimuksen tausta ja kohderyhmä .....	20
5.2 Tutkimusmenetelmä .....	21
5.3 Kyselylomake.....	21
5.4 Aineiston keruu .....	22
5.5 Aineiston analysointi .....	23
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	25
6.1 Kokemukset lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen... 25	
6.1.1 Leikkauksesta avoimesti kertominen lähipiirille.....	25
6.1.2 Haasteellisena koettavat asiat leikkauksen jälkeen .....	27
6.1.3 Leikkauksen jälkeen suurempaa merkitystä saaneet asiat .....	28
6.1.4 Yleinen terveydentila .....	29
6.1.5 Mielialan muutokset leikkauksen jälkeen .....	30
6.1.6 Vaikutukset elämänlaatuun .....	33

6.2. Terveysthuollon ammattilaiseen kohdistuvat yhteydenotot tuen tarpeissa.....	34
6.2.1 Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten antama avun tarve sairaalasta kotiutumisen jälkeen.....	34
6.2.2 Ohjaus ja tuki sairaalasta kotiutumisen jälkeen.....	36
6.3. Tuen tarve leikkauksen jälkeen.....	37
6.3.1 Lihavuuskirurgisen potilaan saama tuki ja ohjaus.....	37
6.3.2 Tuen tarve leikkauksen jälkeen.....	40
7 POHDINTA.....	43
7.1 Tulosten arviointi.....	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	45
7.3 Opinnäytetyön prosessi.....	47
7.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset.....	50
LÄHTEET.....	53
LIITE 1 Saatekirje kyselylomakkeeseen.....	56
LIITE 2 Kyselylomake.....	57
LIITE 3 Sisällön analyysi.....	61

## JOHDANTO

Yli puolet suomalaisista aikuisista on ylipainoisia tai lihavia. Vuonna 2008 tehtiin lihavuusleikkauksia Suomessa noin 400 ja vuonna 2009 lähes 700. Vuonna 2013 lihavuusleikkauksella hoidettiin 888 potilasta. (Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistys 2015.) Lihavuutta sen aiheuttamia liitännäissairauksia voidaan ehkäistä ja hoitaa laihduttamalla. Käypähoitosuosituksen mukaan sairauksien ehkäisy ja lihavuuteen liittyvien sairauksien hoitotavoitteet saavutetaan jo 5 %:n painon alenemisella. Ensisijaisena hoitomuotona toteutetaan elintapaohjausta (elintapahoito), jonka on oltava suunnitelmallista ja tavoitteellista. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013).

Kun elintapaohjauksella ei saada sairauksien hoidon kannalta vaikuttavia tuloksia, lihavuuskirurgialla voidaan hoitaa sairauksia ja edistää terveyttä. Lihavuuskirurgia on ainutlaatuinen mahdollisuus painonhallintaan potilaalle terveytensä edistämiseksi, mutta sillä koetaan olevan myös negatiivisia vaikutuksia omaan elämään. Suuresta painonpudotuksesta huolimatta työstämättömät ihmisen sisäiset ristiriidat eivät vain painon pudottamisella parane tai katoa – päinvastoin. Kuten Rekolan, Häggmanin, Mattilan ja Palomaan (2013) tutkimus lihavuuskirurgisten potilaiden tuen tarpeista osoittaa – ohjausta ja tukea oireiden ja fyysisten tunteiden lisäksi tarvitaan myös psykososiaaliselle alueelle. Ohjausta ja tukea tarvitaan syömisen kontrollointiin, tunteiden käsittelyyn, uuteen minäkuvaan, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja omaan vastuuseen. Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen osallistuminen merkitsee potilaille pitkäkestoista uudelleenorientoitumis- ja toipumisprosessia vielä leikkauksen jälkeenkin, jolloin potilaan oma vastuu pysyvästä elämäntapamuutoksesta korostuu. (Rekola, Häggman, Mattila & Palomaa 2013.) Tutkimuksia lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksista leikkauksen jälkeen on tehty vähän ja Rekolan ym. tutkimus ”Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet” oli ainoa, joka kattavasti kuvasi lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia leikkauksen vaikutuksista. Rekolan ym. tutkimus myös kattavasti huomioi leikkaukseen liittyviä ohjauksen ja tuen tarpeita.

Vaikka lihavuus näyttäytyy terveydenhuollossa kliinisenä ongelmana, tulee jokainen potilas nähdä yksilönä kokonaisvaltaisesti. Kun leikkaushoidon vaikuttavuutta tarkastellaan tavoitteiden saavuttamisena, arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, miten hyvin hoidolle asetetut tavoitteet on saavutettu. Tavoitteiden tulee olla paitsi yksiselitteisiä ja mitattavissa, myös realistisia, kattavia, ristiriidattomia ja sellaisia, joihin organisaation

on mahdollista vaikuttaa. Kun arvioidaan vaikuttavuutta toimenpiteen seurauksena, tarkastellaan vaikutuksia, jotka vaikuttavat olemassa olevaan tilaan muuttamalla, säilyttämällä tai estämällä. Vaikuttavuutta voidaan tarkastella myös palveluprosessien tai -järjestelmien kykyä saada aikaan vaikutuksia. Psykososiaalisten tarpeiden tunnistaminen on tärkeää, jotta sairaanhoitajana ohjausta ja tukea voidaan antaa oikea-aikaisesti ja ohjata potilasta erilaisten palvelujen piiriin hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi. (Silvennoinen - Nuora 2010, 82.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksesta elämään leikkauksen jälkeen sekä minkälaisia psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarpeita he kokivat leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketjussa työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia tunnistaa psykososiaalisen tuen tarpeita lihavuuskirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Näiden tarpeiden tunnistaminen on tärkeää, jotta sairaanhoitajana ohjausta ja tukea voidaan antaa oikea-aikaisesti ja ohjata potilasta erilaisten palvelujen piiriin hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli myös saada käytännön kokemusta tutkimuksen tekijänä ja tätä kautta lisätä asiantuntijuutta kyseiseltä aihealueelta. Kun tietoperusta lääketieteellisestä hoidosta on hallinnassa, voidaan laajentaa näkemystä kokonaisvaltaisemmaksi ajatteluksi. Sairaanhoitaja voi kohdata lihavuuskirurgisia potilaita hyvin erilaisissa työympäristöissä, kuten sairaanhoitajan vastaanotolla, mielenterveystoimistossa, A-klinikalla, kotisairaanhoidossa ja vuodeosastolla.

## 1 AIKUISTEN LIHAVUUS JA LIHAVUUDEN HOITO

### 1.1 Lihavuuden määritelmä

Lihavuuden määrittelyssä käytetään painoindeksiä (BMI), joka saadaan jakamalla paino pituuden neliöllä (kg/m<sup>2</sup>). Lievän ja merkittävän lihavuuden luokittelussa voidaan käyttää myös ympärysmittaa, mittaamalla henkilön vatsan ympäryys. WHO luokittelee lihavuuden ICD-10:n mukaisesti seuraavasti:

BMI	18.5 - 24.9	Normaali paino
BMI	25.0 - 29.9	Lievä lihavuus
BMI	30.0 - 34.9	Merkittävä lihavuus
BMI	35.0 - 39.9	Vaikea lihavuus
BMI	> 40	Sairaalloinen lihavuus

(Ikonen ym. 2009, 36)

### 1.2 Lihavuuden syyt

Lihavuuden keskeinen syy on häiriintynyt energiatasapaino eli syödään enemmän kuin kulutetaan. Lisäksi ympäristö- ja yhteiskunnalliset sekä työelämän muutokset ja näihin liittyvät elämäntapamuutokset ovat johtaneet siihen, että lihavuus on yleistynyt. Energiankulutusta ovat pienentäneet ruumiillisen työn ja arkiliikunnan väheneminen sekä istuvan elämäntavan (TV:n ja tietokoneen ääressä, autossa jne.) lisääntyminen. Energiain saantia ovat lisänneet muun muassa monien ruokien suuri rasvamäärä, napostelukulttuuri, suuret pakkauskoot ja perheen yhteisten kotiaterioiden väheneminen. Lisäksi tunnetaan lukuisia joukko muita lihavuutta edistäviä tekijöitä, kuten kiireiseen elämään liittyvä stressi, erilaiset psyyken häiriöt ja vähentynyt yöuni. Eri tutkimuksissa on myös osoitettu, että alttius lihavuuteen on osittain periytyvää. Tutkimuksissa todetut geenimuutokset lisäävät tai vähentävät lihomisalttiutta. Geenimuutosten lisäksi tulee kuitenkin kiinnittää huomiota myös lapsuudessa omaksuttuihin liikumis- ja ruokailutottumuksiin, jotka mahdollisesti vaikuttavat vielä aikuisuudessakin. Geneettinen alttius ei kuitenkaan selitä lihavuuden voimakasta yleistymistä, mutta sen tiedon varassa voidaan nykyisin ainakin osittain selittää, miksi osa ihmisistä lihoo helpommin kuin toiset. (Mustaajoki 2007, 10–20; Ikonen ym. 2009, 37–38).



### 1.3 Lihavuuden vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun

Lihavuus lisää merkittävästi monien sairauksien ja oireyhtymien vaaraa. Sairauksien vaaran suuruus riippuu lihavuuden määrästä. Lihavuus lisää sydän- ja verenkiertosairauksien, sisäelinsairauksien, hedelmättömyyden, tukielinsairauksien ja hengityselinsairauksien riskiä. Myös joitain syöpiä esiintyy ylipainoisilla henkilöillä enemmän. Lihavuus lisää kuolemanvaaraa erityisesti painoindeksijakauman ääripäässä. Lisääntynyt kuolleisuus johtuu pääasiassa lihavuuden aiheuttamista sairauksista, mutta niiden lisäksi jo sairaaloinen lihavuus yksin lisää kuolemanvaaraa. (Ikonen ym. 2009, 38–39; Lihavuus: Käypä hoito-suositus 2013.)

Ikosen ym. (2009) raportissa mainitussa yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa masentuneisuus on myös yhteydessä painoon ja sitä esiintyykin kaksinkertainen määrä jo painoindeksin ollessa suurempi kuin 30 kg/m<sup>2</sup>. Masentuneisuutta esiintyy lihavilla ihmisillä enemmän, kuin normaalipainoisilla. Lihavuuteen liittyvä masentuneisuus on yleisempää, mitä enemmän ylipainoa on. Masentuneisuuteen liittyy myös paljon muita mielenterveyden häiriöitä kuten syömishäiriöitä ja ahdistuneisuutta, jotka osaltaan myös altistavat lihomiselle. Lihavuuteen liittyviä psyykkisiä vaikutuksia on kuvattu myös heikkona itsetuntona ja minäkuvan muuttumisena. Lihavuuden koetaan aiheuttavan häpeän ja alemmuuden tunteita. Lihavuuden myötä oma sosiaalinen elämä rajoittuu. Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi eristäytyminen ja julkisten paikkojen välttäminen lisääntyy. Sosiaalisen elämän rajoitukset vaikuttavat myös uusien ihmissuhteiden solmimiseen. Lihavuuteen liittyy myös huomattavasti enemmän ennakkoluuloisuutta, syrjintää ja vähättelyä sekä työpaikkakiusaamista kuin tavallisesti. (Ikonen ym. 2009, 38–39; Rekola ym. 2013).

### 1.4 Elintapahoito

Elintapojen muutokseen liittyvä pysyvyys on erittäin haasteellista ja sen toteutus aikaa vievää. (Kyngäs & Hentinen 2008, 207–208 .) Painon alenemisen ohella hoidossa tulee kiinnittää huomiota lihavuuden liitännäissairauksiin ja niiden vaaratekijöiden hoitoon, terveellisten elintapojen omaksumiseen sekä toimintakyvyn ja kunnon ylläpitämiseen. Elintapahoitoa suunnittelee ja toteuttaa siihen perehtynyt terveydenhuollon ammattihenkilöiden muodostama ryhmä, johon kuuluvat ainakin lääkäri, hoitaja ja ravitsemusterapeutti. Lisäksi hoitoketjuun voi kuulua esimerkiksi psykologi ja fysioterapeutti tai muu liikunnan asiantuntija, tai heitä voidaan konsultoida. Elintapahoidossa kiinnitetään

huomiota potilaan ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan liittyviin epäkohtiin. Lihavuuden elintapahoidon keskeiset osatekijät ovat: tilanteen kartoittaminen ja muutosten edistäminen, syömisen hallinta, ruokavalion energiamäärän vähentäminen ja ravitsemuksellisen riittävyyden turvaaminen sekä fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Elintapahoitoa tukevinä menetelminä käytetään myös lääkehoitoa sekä tarvittaessa leikkaushoitoa. Elintapahoidolla edistetään potilaan hoitoon sitoutumista sekä vahvistetaan potilaan itsenäistä selviytymistä. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013).

### 1.5 Lihavuuden lääkehoito

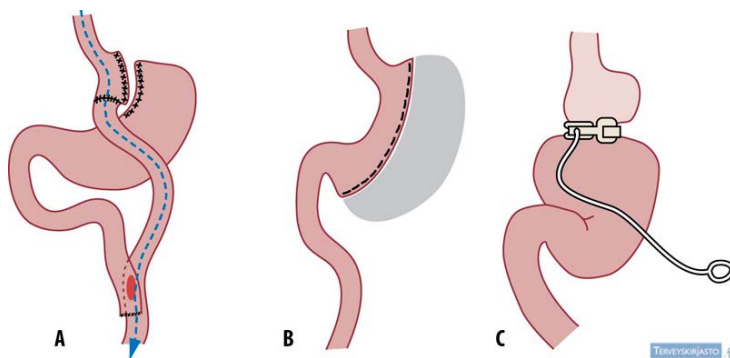
Lihavuuden lääkehoidon aloittamisen perusteena on terveillä henkilöillä painoindeksi vähintään  $30 \text{ kg/m}^2$  ja mikäli potilaalla on laihduttamista edellyttävä sairaus, painoindeksi on tällöin määritelty  $28 \text{ kg/m}^2$ . Lihavuuden lääkehoitona käytetään orlistaattia, (Xenical) ja se estää rasvan imeytymistä elimistöön. (Ikonen ym. 2009, 41–43.) Orlistaatti on Suomessa ainoa lihavuuden hoidossa käytettävä lääke. Lääkehoidon yhteydessä potilaalle on annettava samalla ruokavalio- ja muuta elintapojenmuutokseen liittyvää ohjausta. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013.) Lihavuusleikatuille ei suositella orlistaatin käyttöä leikkauksesta kuluvan ensimmäisen vuoden aikana. Ensimmäisen vuoden aikana potilaan ruoka- ja rasvamäärät ovat niin pieniä, että vaarana on aliravitsemusriski. Mikäli potilaalla esiintyy vuoden jälkeen ongelmia painonhallinnassa, on orlistaatin käyttö mahdollista. (Martikainen Tarja, henkilökohtainen tiedonanto 2.2.2015)

### 1.6 Lihavuuden kirurginen hoito

Lihavuuskirurgia on lihavuuden leikkaushoitoa, jota on edeltänyt asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuva elintapahoito. Leikkaushoito on tarkoitettu sairaalloisesti lihaville, joiden painoindeksi on  $\geq 40$  tai  $35$  ja joilla on liitännäissairaus, esimerkiksi diabetes, uniapnea, kohonnut verenpaine, sydän- ja verisuonisairaus, nivelrikko tai munasarjojen monirakkulatauti. Näillä potilailla konservatiivisella hoidolla ei ole saavutettu pysyvää muutosta elintavoissa ja syömistottumuksissa. Potilaat ovat tavallisimmin työikäisiä, 18–60-vuotiaita (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2011.)

Suomessa käytetään tällä hetkellä kahta leikkausmenetelmää. Ensisijaisesti käytetään mahalaukun ohitusleikkausta (kuva 1 A). Mikäli, ohitusleikkaus ei sovellu potilaalle teh-

dään hänelle mahalaukun kavennusleikkaus (kuva 1 B). Pantaleikkaus (kuva 1 C) on jäänyt pois käytöstä. Kaikilla leikkausmenetelmillä vaikutetaan ruoasta saatavaan energiansaantiin rajoittamalla ruoan kulkua tai imeytymistä. Suurien ruokamäärien syöminen yhdellä kertaa tulee mahdottomaksi. Mahalaukun ohitusleikkauksen periaatteena on, että suuri osa mahalaukusta ja pohjukaissuolesta ohitetaan. Ohituksen jälkeen ruoka kulkee ruokatorvesta pieneen jäljellä olevaan mahalaukun yläosaan, jonka jälkeen ruoka siirtyy suoraan erityiseen ohutsuolen lenkkiin. Tämän vuoksi potilailla esiintyy muita useammin eri vitamiini- ja hivenaineiden imeytymishäiriöitä (B12, rauta, kalsium). Näiden puutos estetään monipuolisella ruokavaliolla sekä vitamiini- ja kivennäisainetäydennyksin. Aikaisemmin kun Suomessa vielä tehtiin pantaleikkauksia, niin mahalaukun kokoa pienennettiin puristamalla sen yläosaan rengas, jonka tarkoituksena oli tehdä mahalaukku ”tiimalasimaisen” kapeaksi. Mahalaukun kavennuksessa mahalaukusta poistetaan osa, jolloin se muuttuu pussimaisesta ”putkimaiseksi”. Tällöin kylläisyyden tunne saavutetaan pienemmällä ruokamäärällä. (Mustajoki 2013).



Kuva 1. Suomessa käytettävät leikkausmenetelmät lihavuuden hoidossa. A) mahalaukun ohitusleikkaus. B) mahalaukun kavennusleikkaus. C) Pantaleikkaus (Mustajoki 2013).

Laihdutusmenetelmävertailussa leikkaushoidolla on päästy parempiin tuloksiin kuin muilla painonpudotusmenetelmillä ja eri leikkausmenetelmistä mahalaukun ohitusleikkauksella on saatu suurin painonpudotushyöty. Painonpudotus vähentää lihavuuteen liittyvien terveysriskien ohella myös liitännäissairauksien riskejä, vaikka painonpudotus ei olisikaan huomattava. Positiivisia terveysvaikutuksia ovat muun muassa lisääntynyt fyysinen aktiivisuus, parantunut diabeteksen kontrolli, korkean verenpaineen laskeminen ja veren rasva-arvojen parantuminen. Kyseessä on suuri leikkaus, joka vaikuttaa koko ihmisen toimintaan niin fyysisesti, psyykkisesti kuin myös sosiaalisesti. (Sydänliitto 2008.)

### 1.6.1 Ravitseminen ja päihteet lihavuusleikkauksen jälkeen

Laihdutusleikkaus vähentää huomattavasti ruokamääriä. Energiansaanti vähenee alle 1000 kilokaloriin päivässä. Lihavuuskirurgisen potilaan energiansaannin turvaamiseksi häntä ohjataan syömään vähintään 6-8 kertaa päivässä. Neljän ensimmäisen viikon aikana potilas saa syödä vain nestemäistä ruokaa ja seuraavat neljä viikkoa sosemaista ruokaa. Tämän jälkeen hän saa nauttia kiinteää ruokaa ateriakoko ja -rytmi huomioden. Nesteet ja kiinteät ruoat tulee nauttia eri aikaan sekä välttää erityisesti rasvaisia ruokia. Näillä keinoilla vältetään mahan liialliselta täyttymiseltä, joka saattaa aiheuttaa nk. ”dumping”-oireita, joita ovat rytmihäiriötuntemukset, huimaus, matala verenpaine, vatsakivut tai ripuli). Säännöllisesti nautittavia aterioita ovat: aamiainen, lounas, päivällinen ja iltapala sekä 2-3 välipalaa. Kun ateriarytmi pidetään säännöllisenä, pysyy myös veren sokeripitoisuus tasaisempana. Näin ollen vältetään näläntunteita, joka helposti johtaa epäterveellisten välipalojen syömiseen. Lihavuusleikkaus saattaa altistaa joidenkin ravintoaineiden puutoksille ja niiden ehkäisy edellyttää ruokavalion täydentämistä lisäravinteilla leikkauksen jälkeen. Tämän vuoksi lihavuuskirurginen potilas käyttää päivittäin monivitamiini-, hivenaine- ja kalsiumvalmistetta sekä D-vitamiinilisää. Osa potilaista tarvitsee B12-vitamiinilisän kolmen kuukauden välein annettavalla lihakseen pistettävällä injeksiolla. Raudanpuuteanemia on yleinen ongelma varsinkin naisilla. Raudanpuute korvataan tarvittaessa suun kautta otettavalla rautalääkkeellä. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013).

Koska ruokamäärät ovat pieniä, tulee kiinnittää huomiota erityisesti ravitsemuksen laatuun. Potilasta ohjataan käyttämään öljyjä ja pehmeitä margariineja, kuitenkin kohtuullisesti ja syömään kalaa säännöllisesti välttämättömien rasvahappojen saannin turvaamiseksi. Suositusten mukaan rasvojen kokonaismäärästä tulisi olla 2/3 pehmeää ja enintään 1/3 kovaa rasvaa. Kokonaisuudessaan rasvaa tulisi olla 25-35 % päivittäisestä energiasta. Lihaa, kalaa, kananmunia ja maitotaloustuotteita käytetään proteiinin saannin turvaamiseksi huomioiden erityisruokavaliot. Proteiinin saannin tulee olla riittävä (60-120g/vrk). Potilasta ohjataan käyttämään monipuolisesti täysjyväviljavalmisteita, rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita, vähärasvaista lihaa, kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Potilasta ohjataan välttämään runsaasti sokeria ja rasvaa sisältäviä energiapitoisia ruokia ja juomia sekä alkoholia. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013).

Alkoholipitoisuus veressä kohoaa nopeammin leikkauksen jälkeen ja myös humalatilasta selviäminen kestää pidempään. Potilaalle on hyvä selventää, että alkoholin käyttö vaikuttaa elimistössä myös vitamiinien ja mineraalien tasoon. Alkoholin käytöllä on

epäedullisia vaikutuksia myös maksaan. (Lautala 2012.) Mikäli potilas tupakoi, on hänen kanssaan hyvä keskustella tupakan aiheuttamista vaaroista terveydelle. Mikäli potilas päättää lopettaa tupakoinnin, on hänelle kerrottava tupakan aiheuttamista vieroitusoireista, muutoksista lääkaineiden imeytymisessä sekä lääkaineiden vaikutuksen muuttumisesta tupakoinnin lopettamisen seurauksena. Potilasta kannustetaan lopettamaan tupakointi korostamalla tupakoinnin lopettamisesta seuraavia positiivisia terveyttä edistäviä tekijöitä. Tupakoinnin lopettamisessa voidaan potilasta motivoida haastattelulla sekä lääkähoidolla. (Tupakointi ja lääkaineinteraktiot: Käypä hoito -suositus 2011).

### 1.6.2 Liikunta lihavuusleikkauksen jälkeen

Painonhallinnan kannalta säännöllinen liikunta on tärkeää. Se tehostaa painonpudotusta sekä auttaa säilyttämään saavutetun painon. Liikunnan myötä myös lihasmassa lisääntyy ja vastaavasti rasvakudos vähenee. Liikunnalla on edullisia vaikutuksia verenpaineeseen, verensokerin- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin. Painonpudotusvaiheessa hyvin tuloksiin päästään jo pienelläkin liikunnan määrällä, esimerkiksi 45–60 minuuttia päivittäin kohtalaisen kuormittavaa kestävyysliikuntaa. Kaikkea liikuntaa ei ole pakko tehdä kerralla vaan sen voi jakaa vähintään kymmenen minuutin jaksoihin, jolloin sitä voidaan toteuttaa normaalina hyötyliikuntana esimerkiksi työ- ja asiointimatkat tehden kävellen. Pienimuotoisestakin terveysliikunnasta on hyötyä, mikäli sen kesto on 30 minuuttia kerrallaan ja sitä suoritetaan useampana päivänä viikossa. Terveyslääkintasuositukseen kuuluu kestävyysliikunnan lisäksi myös lihasvoimaharjoittelua kahdesti viikossa. Liikuntasuorituksen toteutumista voidaan seurata esimerkiksi askelmittarilla ja liikuntapäiväkirjan pitämällä. Lihavuusleikkauksen jälkeen liikunta on hyvä aloittaa noin kuukauden kuluttua leikkauksesta ja voimavarojen mukaan aktiivisuutta tulee lisätä viikoittain. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013.)

## 1.7 Lihavuuden hoidon kustannusvaikuttavuus

Markku Pekurisen mukaan lihavuuden aiheuttamia kustannuksia on tutkittu ongelman laajuuteen nähden vähän. Pekurisen tekemän tutkimuksen mukaan, vuonna 2005 lihavuudesta aiheutuneet kustannukset yhteiskunnalle olivat noin 260 miljoonaa euroa vuodessa. Tästä summasta noin 190 miljoonaa kohdistui terveydenhuoltoon ja loput sosiaaliturvaan. Terveysmenoista reilusti puolet kohdentui vuodeosastolla tapahtuvaan hoitoon. Lääkehoidon osuus terveysmenoista oli 40 %. Lihavuuden takia sairaalahoidossa oli vuosittain 19 400 potilasta (370 000 hoitopäivää). Suurin osa sosiaaliturvan menoista johtui työkyvyttömyyseläkkeistä ja lihavuuden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä oli noin 5200 henkilöä. Kaksi kolmasosaa lihavuuden yhteiskunnalle aiheuttamista menoista liittyi tyyppiin 2 diabetekseen, aivohalvaukseen ja nivelrikkoon. Tupakasta ja alkoholista peritään erillistä valmisteveroa ja sen voidaan ajatella olevan haittavaeroa, jolla voidaan osittain korvata tupakoinnista ja alkoholista aiheutuvia hoito- ja muita kustannuksia. Lihavuudesta aiheutuneita kustannuksia voidaan joiltain osin korvata alkoholi- ja virvoitusjuomista kertyvillä verotuloilla, muilta osin lihavuudesta aiheutuneet kustannukset jäävätkin normaalipainoisten maksettavaksi. (Pekurinen 2006.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin 16/2009 tekemän kustannusanalyysin mukaan sairaalloisesti lihavan potilaan elämänlaatua voidaan parantaa lihavuuden leikkaushoidolla. Lihavuuden leikkaushoidolla saadaan terveydenhuoltoon kohdistuvia säästöjä, jotka pääasiassa kohdistuvat perusterveydenhuoltoon. Säästöt syntyvät perusterveydenhuollon tasolla lihavuuden aiheuttamien liitännäissairauksien hoidon vähenemisen seurauksena. Leikattu potilas säästää hänen hoitoonsa kohdistuvat kustannukset noin seitsemässä vuodessa takaisin verrattuna leikkaamattomaan potilaaseen. Terveydenhuoltojärjestelmän ja yhteiskunnan kannalta on tärkeää, että potilaiden hoidosta saatu hyöty kohdistuu kokonaiskustannusten vähenemiseen terveystalvelujen myöhemmän käytön vähenemisen myötä. (Ikonen ym. 2009,41,123.)

## 2 SITOUTUMINEN ELÄMÄNTAPOJEN MUUTOKSEEN

Kun potilaalla on ollut terveysongelmia jo pidempään tai hänellä on ollut pitkäaikainen sairaus, sitä enemmän hän joutuu itse tekemään päätöksiä, jotka liittyvät hänen hoitoonsa ja elintapoihinsa. Potilaan omahoitoon sitoutuminen tarkoittaa potilaan aktiivista sitoutumista ja vastuun ottamista omasta hoidostaan. Hoitoon sitoutumista lisätään tukemalla hänen voimaantumistaan, autonomiaansa, motivaatiotaan sekä pystyvyyden tunnetta. Ennen kuin potilas pystyy sitoutumaan omaan hoitoonsa, on hänelle kerrottava hoidon tavoitteista ja erilaisista hoitotyön toiminnoista. Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa potilasta ymmärtämään hänen tämän hetkisen elämäntilanteensa ja neuvotella potilaan kanssa yhdessä, minkälaisia tavoitteita hän haluaa itse hoidolleen asetettavan. Lisäksi potilaan kanssa sovitaan siitä, miten tavoitteita on mahdollista käytännössä toteuttaa. Potilaan on uskottava omiin voimavaroihinsa, jotta hän pystyy käytännössä kantamaan vastuun omasta itsenäisestä hoidostaan ja elintavoistaan. Hoitohenkilökunnan on kunnioitettava aina potilaan itsemääräämisoikeutta – myös silloin, kun ne eivät ole hoitosuositusten mukaisia. (Ahonen, Blek - Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 40).

Terveyttä edistävä ohjaus merkitsee lihavuuskirurgisen potilaan leikkauksen jälkeisessä hoidossa sitä, että hänen elämänhallintaansa ja elämäntapojensa muutosta tuetaan. Kansallisissa terveyden edistämisen linjauksissa ja suosituksissa painottuu terveyskäyttäytyminen; liikunta, ravitsemus, savuttomuus ja päihteettömyys (STM i.a.). On kuitenkin huomattava, että terveyden edistämisen käsittäminen pelkästään sairauksien ehkäisyksi edustaa kapeaa näkemystä eikä tue ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Terveyskeskeinen ajattelu rakentuu lihavuuskirurgisen potilaan kohdalla ymmärrykseen siitä, mitä hänelle tarkoittavat elämänlaatu tai hyvä elämä. Terveyden edistämistä lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyössä on riskitekijöiden arviointi ja varhainen tunnistaminen, hoitoon sitouttaminen ja omahoidon ohjaus.

Lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksessa ja tukemisessa tärkeintä on kuunnella potilasta ja vahvistaa hänen omaa ongelmanratkaisukykyään sekä vahvistaa hänen itsetuntoaan. Potilasta tuetaan löytämään yksilölliset keinot, joita hän voi toteuttaa pysyvän tuloksen saavuttamiseksi painonpudotuksessaan. Kyse on pysyvästä elämäntavan muutoksesta, johon potilaan on sitouduttava hoidon vaikuttavuuden pysymiseksi. Sairaalassa potilaan saama tuki on intensiivisimmillään välittömästi leikkauksen jälkeen. (Rekola ym. 2013.) Leikkauksen jälkeen potilaan kotiutuessa nousee esiin ne tuen tarpeet,

joihin potilas ei ole osannut varautua ennen leikkausta. Tällöin myös tuen tarve lisääntyy ja on suurimmillaan. Jos potilas ei sitoudu hoitoon eikä saa ulkopuolista tukea ja ohjausta, leikkauksesta saatu hyöty heikkenee ja sairastavuuteen liittyvät riskitekijät lisääntyvät. Tampereen yliopiston terveystieteiden professori Marja Kaunonen korostaa hyvän potilasohjauksen merkitystä: ”Jos tehdään isoja toimenpiteitä ja kalliita hoitoja, eikä sitten anneta ohjausta, tulee selvä epäjätkumo. On voitu osoittaa, että hyvällä ohjauksella voidaan ehkäistä tarpeettomia käyntejä, mikä tulee yhteiskunnalle edulliseksi.” (Männikkö 2014, 20.)

## 2.1 Tiedon ja psykososiaaliset tuen tarpeet

Itsenäisen tiedonhankinnan lisäksi potilaat arvostavat terveydenhuollossa saamaansa ohjausta ja korostavat sen tärkeyttä. Ennen leikkaukseen menoa potilaat kokevat epävarmuuden tunteita omasta onnistumisestaan painonpudotuksessa, koska he ovat kohdanneet ennen leikkausta monia pettymyksiä yrittäessään laihduttaa (Rekola ym. 2013.) Näin ollen ei voida katsoa vain leikkauksesta ja erityisesti sen jälkeisestä hoidosta riittävästi annettun tiedon olevan ainoa vaikuttava hoitomuoto, vaan pitää olla myös taitoa tunnistaa ne tilanteet, joissa potilas tarvitsee ulkopuolista tukea ja ohjausta elämäntapojen muutokseen ja elämänhallinnan tukemiseen.

Rekolan ym. mukaan asennoituminen, pystyvyyden ja oman käyttäytymisen hallinnan tunne sekä sosiaaliset normit vaikuttavat lihavuuskirurgisten potilaiden motivaatioon. Muun muassa toisten ihmisten käsitykset, jotka voivat ilmetä syrjintänä tai häpeän kokemuksena sekä ennen että jälkeen leikkauksen, voivat vaikuttaa negatiivisesti potilaan motivaatioon. Asennoitumiseen liittyy oman käyttäytymisen arvottaminen hyväksi tai pahaksi, leikkaukseen kohdistuvat tulosodotukset ja erilaiset tuntemukset. Potilaiden asennoituminen on yhteydessä tunnesyömiseen ja masentuneisuuteen

Vaikka painon aleneminen on miellyttävä kokemus oman jaksamisen ja ulkonäön kannalta, aiheuttaa se potilaalle myös psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, joiden seurauksena saattaa esiintyä masentuneisuutta, jotka liittyvät erilaisiin koettuihin pettymyksiin ja luopumisiin. Rekolan ym. (2013) mukaan potilaat ovat kokeneet tarvitsevansa tukea ja ohjausta ulkonäkömuutosten hyväksymiseen, tunteiden hallintaan ja sosiaalisiin tilanteisiin sekä oman vastuun ymmärtämiseen. Lihavuuteen liittyviä psyykkisiä vaikutuksia on kuvattu myös heikkona itsetuntona ja minäkuvan muuttumisena. Lihavuus koettiin keskeisenä osana elämää ja aiheuttavan häpeän ja alemmuuden tunteita. Oma



sosiaalinen elämä rajoittuu lihavuuden myötä: eristäytyminen ja julkisten paikkojen välttäminen lisääntyy. Uusia ihmissuhteita on vaikea solmia ja vastakkaiseen sukupuoleen vaikea uskaltaa tutustua. Lisäksi lihavuuteen liittyy huomattavasti ennakkoluuloisuutta, syrjintää ja vähättelyä sekä enemmän työpaikkakiusaamista kuin tavallisesti. (Rekola ym. 2013.)

Leikkaukselta odotetaan muutosta elämänlaatuun ja ulkonäköön. Tunteiden ja ulkonäön muutoksiin sisältyy mielialaan liittyviä tuntemuksia, jotka ilmenevät pelon ja epävarmuuden tunteina. Pelkoa ja epävarmuutta leikkauksen jälkeen esiintyy laihtumisen onnistumisesta, ulkonäön muutoksista ja ihmisten suhtautumisesta niihin, vatsalaukun venymisestä, ruokailutottumusten suuresta muutoksesta sekä omasta passiivisuudesta. Pelkoa ja epävarmuutta lisää yksin asuminen, omaisten pelokas suhtautuminen leikkaukseen sekä tukihenkilön puuttuminen. Ohjauksen ja tuen tarvetta lisää myös hankala, epävakaa elämäntilanne ja yksinäisyys. Toisten lihavuusleikattujen vertaistuki koetaan tärkeäksi ja vertaistuen tarvetta lisää yksin asuminen, vähäiset ystävyyssuhteet, tuen puute puolisolta tai perheeltä, tiedon ja tuen puute ammattilaisilta sekä ristiriitainen ohjaus. Potilaat kuitenkin kokevat terveydenhuollon ammattilaisilta saadun ohjauksen ja tuen tärkeäksi. (Rekola ym. 2013.)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksesta elämään leikkauksen jälkeen. Tarkoituksena oli myös selvittää, minkälaisia kokemuksia ja psykososiaalisen tuen tarpeita he kokivat leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä lihavuuskirurgisen potilaan hoitoketjussa työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia tunnistaa psykososiaalisen tuen tarpeita lihavuuskirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Näiden tarpeiden tunnistaminen on tärkeää, jotta sairaanhoitajana ohjausta ja tukea voidaan antaa oikea-aikaisesti ja ohjata potilasta erilaisten palvelujen piiriin hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli myös saada käytännön kokemusta tutkimuksen tekijänä ja tätä kautta lisätä asiantuntijuutta kyseiseltä aihealueelta.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia kokemuksia lihavuuskirurgisilla potilailla on lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen?
2. Millaisissa tuen tarpeen ilmenemistilanteissa potilaat ovat ottaneet yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen leikkauksen jälkeen?
3. Mihin potilaat olisivat halunneet saada lisää tukea leikkauksen jälkeen?

#### 4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tutkimuksen toimeksiantaja oli Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuuden hoitokeskus. Lihavuuden hoitokeskuksessa suoritettujen lihavuusleikkausten määrä vuonna 2013 oli 60 leikkausta ja vuonna 2014 oli 59 leikkausta. Monia sairauksia ehkäistään ja hoidetaan ravitsemuksen keinoin. Kuopion yliopistollisen kliinisen ravitsemuksen yksikössä toimivat polikliiniset erikoislääkärien ja ravitsemusterapeuttien vastaanotot. Yksikkö huolehtii konsultaatioiden perusteella myös vuodeosastopotilaiden ravitsemushoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Lisäksi ravitsemusterapiapalveluja myydään Pohjois-Savon kunnille ostopalvelusopimuksella. Kliinisen ravitsemuksen yksikön lihavuuspoliklinikalla hoidetaan vaikeaa ja sairaalloista lihavuutta (BMI >35) silloin, kun painonpudotuksesta ei ole saavutettu riittäviä tuloksia perusterveydenhuollossa. Hoitoa saa sekä yksilövastaanotoilla että ryhmissä. Yksikkö vastaa myös lihavuusleikkaukseen lähetettyjen potilaiden ennakoarvioinnista sekä leikattujen potilaiden seurannasta. Merja Karppinen (henkilökohtainen tiedonanto 12.1.2015) Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuuden hoitokeskus oli myös kiinnostunut lihavuusleikkauksen vaikutuksista potilaan elämään leikkauksen jälkeen, koska hoitokeskuksessa oli havaittu potilaan psykososiaalisten ongelmien heijastuvan herkästi hoitoon sitoutumista haittaavina tekijöinä.

Tutkimuksen toteuttamiseksi tehtiin yhteistyötä Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n kanssa, joka on lihavuusleikkauspotilaiden vertaistukiyhdistys. Yhdistys on vuonna 2011 perustettu valtakunnallinen potilasyhdistys ja sen tarkoituksena on valvoa ja edistää lihavuusleikattujen ja lihavuusleikkausta tarvitsevien etuja. Yhdistyksen pyrkimyksenä on edistää valtakunnallisella tasolla tasa-arvon ja hoidon toteutumista lihavuusleikkausprosessissa kaikissa sairaanhoitopiireissä. Pyrkimyksenä on myös lisätä tietoisuutta lihavuusleikkauksista sekä leikkausta tarvitsevien että hoitohenkilökunnan keskuudessa. Yhdistys ohjaa ja neuvoo jäseniään, järjestää vertaistukitoimintaa ja toimii yhteistyössä eri terveydenhuoltotoimialojen, järjestöjen ja muiden yhteistyöelimien kanssa. Yhdistys ylläpitää keskustelufoorumia, joka on tärkeä vertaistuen muoto sekä järjestää alueellista toimintaa, kuten tapaamisia, tapahtumia, luentoja ja koulutuksia. Toiminta on avointa, demokraattista, keskustelevaa ja erilaisuutta kunnioittavaa. (Suomen lihavuusleikatut LILE ry 2013).

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimuksen tausta ja kohderyhmä

Kun elintapaohjauksella ei saada sairauksien hoidon kannalta vaikuttavia tuloksia, lihavuuskirurgialla voidaan hoitaa sairauksia ja edistää terveyttä. Lihavuuskirurgia on ainutlaatuinen mahdollisuus painonhallintaan potilaalle terveytensä edistämiseksi mutta sillä koetaan olevan myös negatiivisia vaikutuksia omaan elämään. Suuresta painonpudotuksesta huolimatta työstämättömät ihmisen sisäiset ristiriidat eivät vain painon pudottamisella parane tai katoa – päinvastoin. Kuten Rekolan, Häggmanin, Mattilan ja Palomaan (2013) tutkimus lihavuuskirurgisten potilaiden tuen tarpeista osoittaa – ohjausta ja tukea oireiden ja fyysisten tuntemusten lisäksi tarvitaan myös psykososiaaliselle alueelle, kuten syömisen kontrollointiin, tunteiden käsittelyyn, uuteen minäkuvaan, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja omaan vastuuseen. Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen osallistuminen merkitsee potilaille pitkäkestoista uudelleenorientoitumis- ja toipumisprosessia vielä leikkauksen jälkeenkin, jolloin potilaan oma vastuu pysyvästä elämäntapamuutoksesta korostuu. (Rekola, Häggman, Mattila, Palomaa 2013.)

Tutkimustehtävämme tavoitteena oli selvittää lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen. Aineiston analysoinnin pohjalta syntyivät tuloksiksi syyllistäminen, yleinen terveydentila, psyykinen toimintakyky ja elämänlaatu.

Tapasimme marraskuussa 2013 tutkimuksen toimeksiantajan edustajan, joka oli Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuuden hoitokeskuksen ravitsemusterapeutti. Tuolloin esittelimme tutkimuksen taustaa, tarkoitusta ja tavoitteita sekä miten tutkimus on tarkoitus toteuttaa. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n jäsenet koko Suomen alueelta. Olimme yhteydessä Lihavuusleikatut LILE ry:n puheenjohtajaan, joka antoi meille luvan tutkimuksen tekemiseen LILE ry:n jäsenille. LILE ry:n jäseniä marraskuussa 2013 oli 546 henkilöä. Lisäksi kohderyhmään sisältyi internetin Facebook-ryhmät, jotka oli suunnattu lihavuusleikatuille. Facebook-ryhmien jäsenmäärä yhteensä oli noin 1500 henkilöä.

## 5.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä käytimme sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää eli triangulaatiota. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä halusimme etsiä yleisiä, suuria tunnuspiirteitä, joita sitten tarkemmin tutkimme kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä (Anttila 1998). Opinnäytetyöhön valitulla tutkimusmenetelmällä pyrittiin selvittämään kohderyhmän psykososiaaliset tuen ja ohjauksen tarpeet leikkauksen jälkeen. Halusimme saada tutkimuksesta luotettavaa numeraalista tietoa sekä huomioida osallistujien saamia kokemuksia, johon kvalitatiivinen tutkimus antaa mahdollisuuden kohdentuen ensisijaisesti tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään. (Kylmä & Juvakka 2012). Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä halusimme etsiä sisältöjä toiminnan kehittämiseen, vaihtoehtojen etsimiseen ja sosiaalisten ongelmien tutkimiseen. Sen avulla oli mahdollista antaa myös ehdotuksia erilaisille jatkotutkimuksille. (Heikkilä 2004, 16.) Kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä ei ollut tarkoitus asettaa näitä suuntauksia toistensa vastakohtiksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen numerot pohjautuvat merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen ja vastaavasti merkitystä sisältäviä ilmiöitä voidaan ilmaista numeroin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 135–137).

## 5.3 Kyselylomake

Tutkimuksen toteuttamiseksi laadimme saatekirjeen (LIITE 1) ja kyselylomakkeen (LIITE 2). Kyselylomakkeen kysymysten laadintaa ohjasivat työn tausta, tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset. Tiesimme ennestään Rekolan ym. tutkimuksen perusteella leikkauksen vaikutuksista elämään ja tätä tietoa pyrimme soveltamaan kysymyksiä laatiessamme. Tutkimuskysymysten aihealueen perusteella laadimme tarkentavia kysymyksiä, joilla halusimme selvittää leikkauspotilaiden kokemuksia ja tuen tarpeita leikkauksen jälkeen.

Kyselylomake muodostui strukturoiduista ja sekamuotoisista kysymyksistä. Kysymyksissä oli osittain annettu valmiit vastausvaihtoehdot josta vastaukseksi valitaan yksi sopiva vaihtoehto. Strukturoidut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun mahdolliset ja selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajoitettu määrä. Kysymyksiin on myös nopea vastata. Suljettujen kysymysten tulosten tilastollinen käsittely on myös helppoa ja sen lisäksi pystytään torjumaan myös tiettyjä virheitä. Kyselyn suljetuissa kysymyksissä käytimme neliportaista Likert -asteikkoa ja vas-

tausvaihtoehdot olivat: en lainkaan, vähän, jonkin verran ja paljon. Näin ollen vastaajalla oli mahdollisuus valita asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto. Strukturoitujen kysymysten vaihtoehtoiksi lisättiin myös ”Muu, mikä?”, jotta vastaaja halutessaan voi kertoa myös muista vaihtoehtoista poikkeavan näkemyksensä. Kyselytutkimuksessa oli mukana myös avoimia kysymyksiä ja tässä kyselylomakkeessa pääpaino oli niissä. Tutkimuksen avoimien kysymyksien tarkoituksena oli saada myös sellaisia vastauksia, joita emme etukäteen osanneet odottaa sekä parannus- ja kehittämisehdotuksia. Tiedostimme myös avoimiin kysymyksiin liittyvän vastaamatta jättämisen riskin. Avoimilla kysymyksillä haluttiin saada uusia näkökulmia, joita ei ehkä osattu etukäteen ajatella (Heikkilä 2004, 49 - 53.). Odotimme vastaajien kertovan omasta kokemuksestaan omin sanoin. Kysely sisälsi myös monivalintakysymyksiä. Monivalintakysymysten vaihtoehtoihin lisättiin myös vaihtoehto ”Muu, mikä?”, jotta vastaaja voi niin halutessaan tuoda esiin omia tärkeäksi kokemiansa ajatuksiansa. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään vastaajalle helposti ja nopeasti täytettävä mielenkiinnon ylläpitämiseksi. Saatekirjeessä (LIITE 1) kerrottiin tutkimukseen ja aineiston keräämiseen liittyvät seikat sekä miten tutkimustuloksia on tarkoitus käyttää ja hyödyntää. (Hirsjärvi & Hurme 2010; Kylmä & Juvakka 2007.). Kyselylomakkeita emme testanneet erikseen vaan elokuussa 2014 laitoimme kysymykset toimeksiantajallemme Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuudenhoitokeskukseen työelämän ohjaajallemme arvioitavaksi sekä Suomen Lihavuusleikattujen yhdistyksen puheenjohtajalle. Heiltä saadun palautteen perusteella teimme tarvittavia muutoksia kysymyksiin. Kysymykset tarkastivat myös oppilaitoksen opinnäytetyön ohjaajamme sekä atk-opettaja.

#### 5.4 Aineiston keruu

Suomen lihavuusleikatut LILE ry vastasi kyselyiden lähettämisestä kohderyhmälle siten, että saatekirje ja linkki Webropol -kyselyohjelman avulla laadittuun kyselyyn välitettiin Suomen Lihavuusleikatut ry:n puheenjohtajalle ja hän lähetti saatekirjeen ja Webropol -kyselylinkin yhdistyksen foorumille internetissä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineiston keruu toteutettiin 3.10.–12.10.2014. Kyselyyn vastanneiden määrä ensimmäisen viikon jälkeen oli vähäinen, joten otimme yhteyttä LILE ry:n puheenjohtajaan ja sovimme, että tutkimustiedote kyselylinkkeineen lisätään internetin Facebook -ryhmiin, joissa on noin 1500 jäsentä. Facebook -ryhmissä olevat henkilöt eivät välttämättä olleet Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n jäseniä. Varsinaisia sisäänottokriteerejä ei tässä tutkimuksessa ollut, vaan katsoimme, että vapaaehtoisuuteen osallistumiseen perustuvalla tutkimuskyselyyn vastaamisella saamme asiantuntevaa

tietoa. Aineiston keruun ajanjaksolla kyselyyn vastasi 157 henkilöä ja kyselyn oli avannut 150 henkilöä lähettämättä vastausta. Tutkimusmenetelmän valinnassa huomioimme, minkälaista tietoa etsimme, sekä keneltä tai mistä sitä saamme. Menetelmän valinnassa huomioimme myös eettiset seikat. Tutkimukseen ei tarvittu tutkimuslupaa, koska tutkimusaineiston keruu menetelmänä oli sellainen, että siihen osallistuvien henkilöiden anonymiteetti säilyi ja vastaaminen oli vapaaehtoista.

## 5.5 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jota käytetään laadulliseen tutkimuksen aineiston analysoinnissa. Se on systemaattinen ja objektiivinen keino kuvata ja tutkia ilmiöitä tai erilaisia dokumentteja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Sisällönanalyysissä havainnoidaan, analysoidaan ja tiivistetään aineistoa systemaattisesti. Olennaista analyysille on, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Tekstin sanat, fraasit tai muut valitut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella. (Janhonen & Nikkonen 2001.) Sisällönanalyysiä käytimme tutkimuksemme aineiston avoimien kysymysten vastausten analysoinnissa. Sisällönanalyysillä saadaan ymmärtämiseen pyrkivä lähestymistapa vastaajaan. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 136). Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä ja sitä voidaan hyödyntää luomalla aiheesta kokonaiskuva ja sillä voidaan tarkastella inhimillisiä merkityksiä aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi.2002, 93, 105–106.)

Analyysin aloitimme lukemalla tutkimuskyselyn vastaukset eli aineiston läpi huolellisesti, jotta saimme kattavan kokonaiskuvan tutkittavasta aineistosta. Samalla syvensimme ymmärrystämme tutkittavasta asiasta. Tämän jälkeen etsimme aineistosta lausumat, jotka kohdistuivat tutkimuskysymyksiin ja niistä muodostimme lausuman omaksi ilmaukseksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–112). Tutkimuskysymyksellä 1 kartoitettiin lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen. Tähän haettiin vastauksia kyselylomakkeen kysymyksillä 3–9. Tutkimuskysymyksellä 2 kartoitettiin niitä tuen tarpeen ilmenemistilanteita, jolloin potilaat olivat joutuneet ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen leikkauksen jälkeen; tähän kysymykseen haimme vastausta kysymyslomakkeen kysymyksillä 10–11. Tutkimuskysymyksellä 3 kartoitettiin niitä asioita, joihin potilaat olisivat tarvinneet enemmän tukea leikkauksen jälkeen kuin mitä saivat; tähän kysymykseen haimme vastausta kysymyksillä 12–13. Kysymykset merkittiin omalla numerokoodilla, jotta myöhemmin pystymme ne tarvittaessa jäljittämään, mistä lopullinen ilmaus on peräisin.

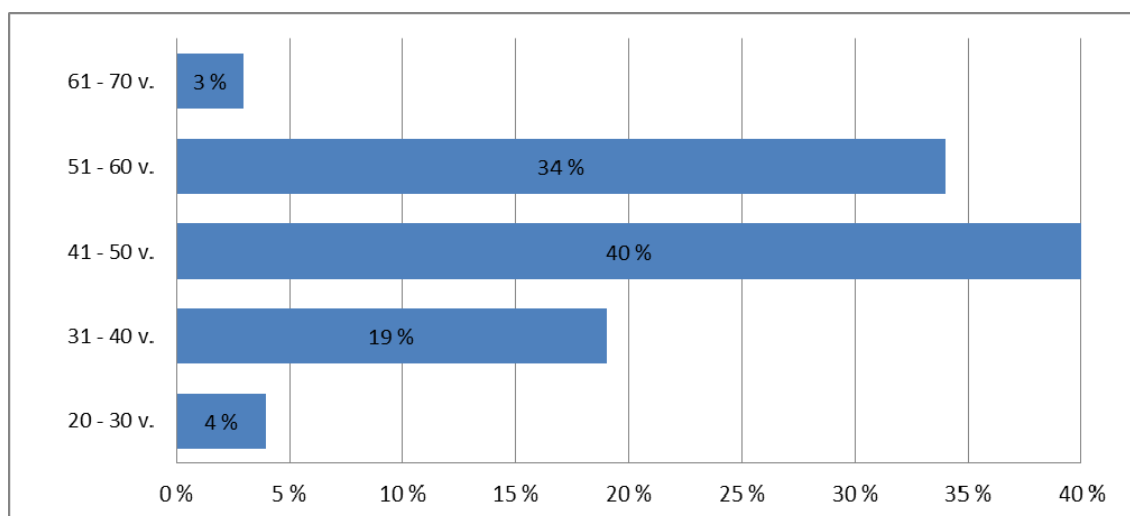
Pelkistämisen (LIITE 3) jälkeen karsimme ilmauksista tutkimukselle epäolennaisen tiedon pois: maininnat, jotka eivät olleet tutkimuksen kannalta oleellisia tai eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Myös muutamia mainintoja, joiden tarkoitus jäi epäselväksi, poistimme luotettavuuden vuoksi. Pelkistämisessä huomioimme, että olennainen tieto kuitenkin säilyy. Pelkistämisen jälkeen ryhmittelimme aineiston, jolloin etsimme pelkistettyjen mainintojen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat yhdistimme alakategorioiksi ja nimesimme sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alakategorian muodostumisen jälkeen kävimme aineiston vielä läpi kokonaisuudessaan ja teimme joitakin pieniä muutoksia. Analyysin pääkategoriat muodostimme yhdistämällä alakategoriat ja nimeämällä ne sisältöä kuvaaviksi. Pääkategoriat vastasivat tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin, joiden avulla selvitimme, mitä olivat lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaaliset tuen ja ohjauksen tarpeet leikkauksen jälkeen.

Kvalitatiivisesta aineistosta teimme kuviot Word -ohjelmassa piirtotyökaluja hyödyntäen. Kvantitatiivisen aineiston käsittelyssä hyödynsimme Webropolissa olevaa aineistoa siten, että sinne muodostuneet vastaukset siirsimme leikepöydän kautta Excel -ohjelmaan, jossa tulokset esitimme kuvioina sekä luvut ilmoitettiin prosentteina. Excel -ohjelmassa tehdyt taulukot siirsimme leikepöydän kautta opinnäytetyöhömmme.



## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Vastaajista 91 % (N157) oli naisia ja 9 % miehiä. Koska miesten osuus kyselyyn jäi pieneksi, ei tutkimuksessa katsottu tarpeelliseksi vertailla tuloksia sukupuolijakauman mukaan. Vastaajia oli eniten ikäluokassa 41–50-vuotiaat, jossa heitä oli 40 % ja ikäluokassa 51–60-vuotiaat heitä oli 34 %. Ikäluokassa 31–40-vuotiaissa leikattuja oli 19 % ja vastaavasti 20–30-vuotiaissa 4 %. Vähiten leikattuja oli ikäluokassa 61–70-vuotiaat, joita oli vain 3 %. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Leikkausmäärät ikäluokittain

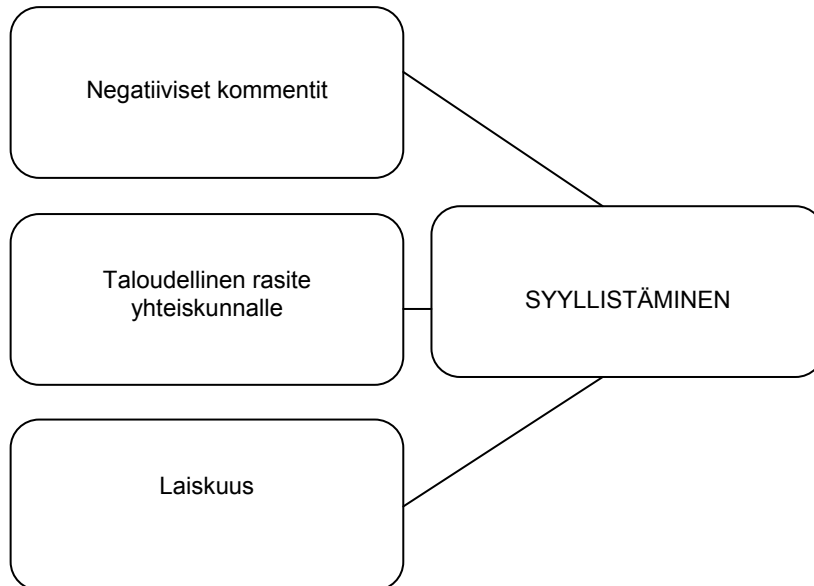
### 6.1 Kokemukset lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen.

Tutkimuskysymykseen 1 kohdistuvassa kysymyksessä, haluttiin selvittää, millaisia kokemuksia lihavuuskirurgisilla potilailla on lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen. Tähän tutkimuskysymykseen haettiin vastausta vastauslomakkeen kysymyksillä 3–9.

#### 6.1.1 Leikkauksesta avoimesti kertominen lähipiirille

Vastaajista 76 % (N158) oli kertonut leikkauksesta avoimesti. Toimenpiteestä 24 % ei ollut kertonut leikkauksestaan kenellekään. Niitä, jotka eivät olleet kertoneet leikkauk-

sesta kenellekään, tiedusteltiin kysymyksessä 4, miksi he eivät olleet kertoneet tehdystä toimenpiteestä muille henkilöille.

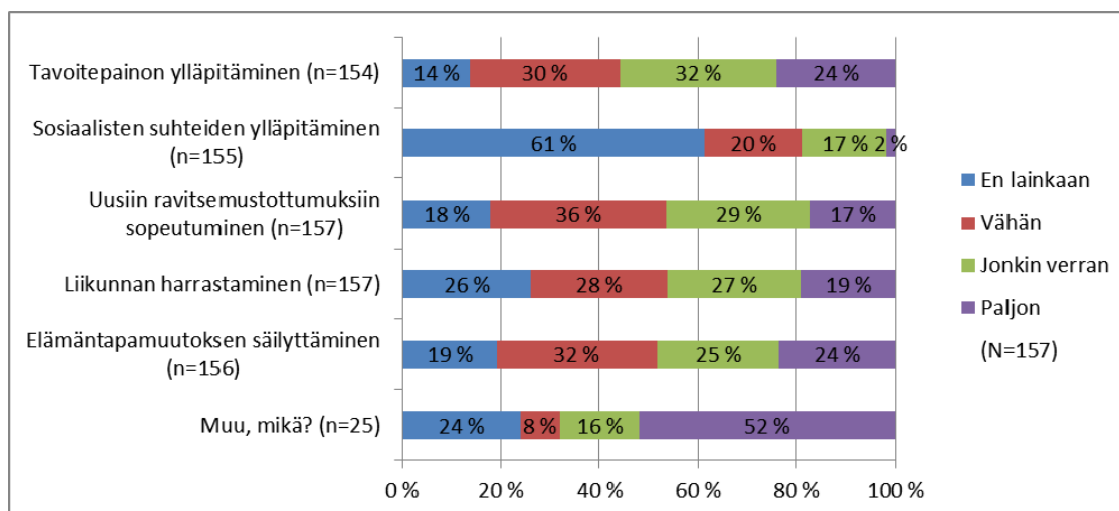


Kuvio 2. Syyllisyyden tunteita aiheuttaneita kokemuksia, joiden takia potilaat eivät olleet kertoneet leikkauksestaan avoimesti lähipiirille

Yläkategoria **syyllistäminen** (KUVIO 2) muodostui alakategorioista **negatiiviset kommentit**, **taloudellinen rasite yhteiskunnalle** ja **laiskuus**. Vastauksista ilmeni, että tutkimukseemme osallistuneet vastaajat olivat kokeneet, että ulkopuolisten suhtautuminen lihavuuteen ja lihavuuskirurgiaan oli vähättelevää. Vastaajista suurin osa oli kokenut ulkopuolisten syyttelyä mm. yhteiskunnan varojen käytöstä itse aiheutettujen sairauksien hoitoon. Osa vastaajista koki, että leikkaus on henkilökohtainen asia, josta ei tarvitse kaikille kertoa. Vastauksista ilmeni myös, että salailu toimenpiteen tekemisestä koettiin erittäin stressaavana. Salailua aiheutti mm. häpeä leikkauksen tarpeesta ja pelko ulkopuolisten suhtautumisesta asiaan.

*Haluan pitää leikkauksen yksityisasiana. En keskustele yleisesti mistään muustakaan terveyteen liittyvistä toimenpiteistä, joita minulle on tehty. Lihavuuteen liittyvät asiat ei ole sen julkisempia kuin muutkaan. Lihavuus ymmärretään jotenkin kollektiivisena ja julkisena, joten sitä voi kuka tahansa ja mistä näkökulmasta vaan kommentoida ja arvioida. Tästä syystä ei tiedä kuin lähipiiri asiasta.*

### 6.1.2 Haasteellisenä koettavat asiat leikkauksen jälkeen



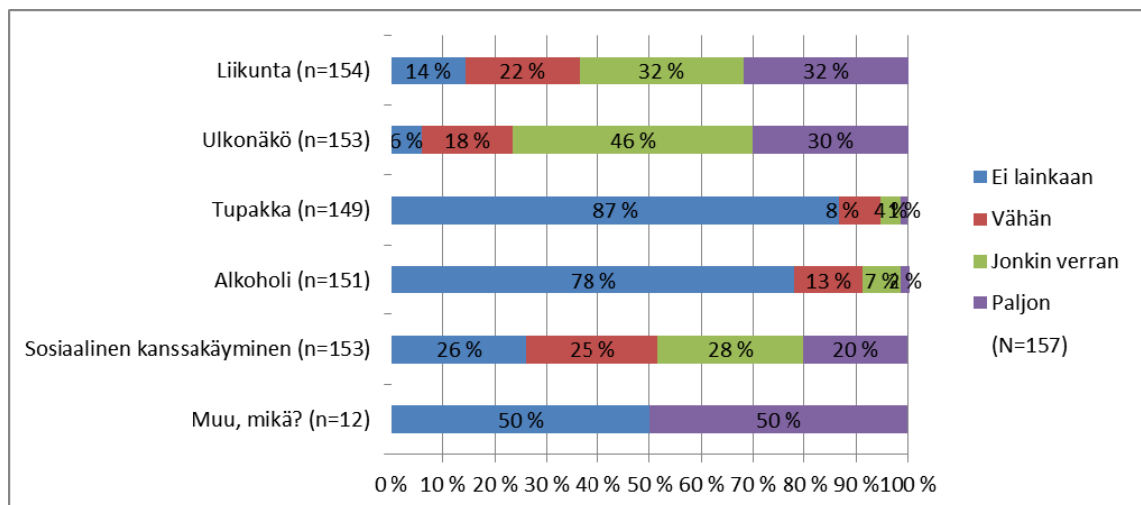
Kuvio 3. Haasteellisenä koetut asiat leikkauksen jälkeen

Tavoitepainon ylläpitämisen erittäin haasteelliseksi vastaajista (N=157) koki 24 %. Jonkin verran vaikeuksia tässä koki 32 % ja hieman 30 %. Vastaajista 14 % ei kokenut lainkaan vaikeuksia tässä asiassa. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen erittäin haasteelliseksi vastaajista koki vain 2 %. Jonkin verran haasteelliseksi tämän koki 17 % ja hieman haasteelliseksi 20 %. Suurin osa vastaajista eli 61 %, ei kokenut lainkaan haasteelliseksi sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä. Uusiin ravitsemustottumuksiin sopeutumisen koki erittäin haasteelliseksi 17 %. Jonkin verran haasteelliseksi asian koki 29 % ja hieman haasteelliseksi 36 %. Vastaajista 18 % ei kokenut lainkaan haasteelliseksi sopeutumista uusiin ravitsemustottumuksiin. Liikunnan harrastamisen erittäin haasteelliseksi koki 19 % ja jonkin verran haasteelliseksi 27 %. Hieman haasteelliseksi sen koki 28 % vastaajista ja 26 % ei kokenut lainkaan haasteelliseksi. Elämäntapamuutoksen säilyttämisen erittäin haasteelliseksi koki 24 % ja jonkin verran haasteelliseksi 25 %. Hieman haasteelliseksi elämäntapamuutoksen säilyttämisen koki 32 % ja tässä asiassa 19 % ei kokenut asiaa lainkaan haasteelliseksi. (KUVIO 3)

Vastaajista 16 % (n=25) valitsi vaihtoehdon ”Muu, mikä?”. Erittäin haasteelliseksi vastaajista 52 % koki psyykkisen muutosprosessin, liikuntarajoitteisuuden, perheen antaman tuen ravitsemuksessa, säännöllisen ateriarhythmin, erityisruokavalioiden toteuttamisen ja tavoitepainon saavuttamisen. Henkilöistä 16 % koki jonkin verran haasteelliseksi itsetunnon heikkouden ja säännöllisen ateriarhythmin toteuttamisen. Vastaajista vain 8 % koki vähän haasteelliseksi ”oman pään mukana pysymisessä”. Ei lainkaan haasteelliseksi kokeneet vastaajat 24 % eivät olleet tarkentaneet vastaustaan.

### 6.1.3 Leikkauksen jälkeen suurempaa merkitystä saaneet asiat

Vastauslomakkeen kysymyksellä 6 kartoitettiin sitä, oliko jokin kuviossa 4 mainituista vaihtoehdoista, saanut suuremman merkityksen leikkauksen jälkeen kuin mitä se ennen leikkausta oli. Tähän kysymykseen vastasi 157 henkilöä. Leikkauksen jälkeen liikunta oli 32 % ja ulkonäkö 30 % saanut suurempaa merkitystä elämässä. Myös sosiaalinen kanssakäyminen oli saanut 20 % vastaajien kohdalla enemmän merkitystä leikkauksen jälkeen. Tupakan koki 1 % ja alkoholin 2 % merkitsevän enemmän leikkauksen jälkeen kuin ennen sitä. (KUVIO 4.)

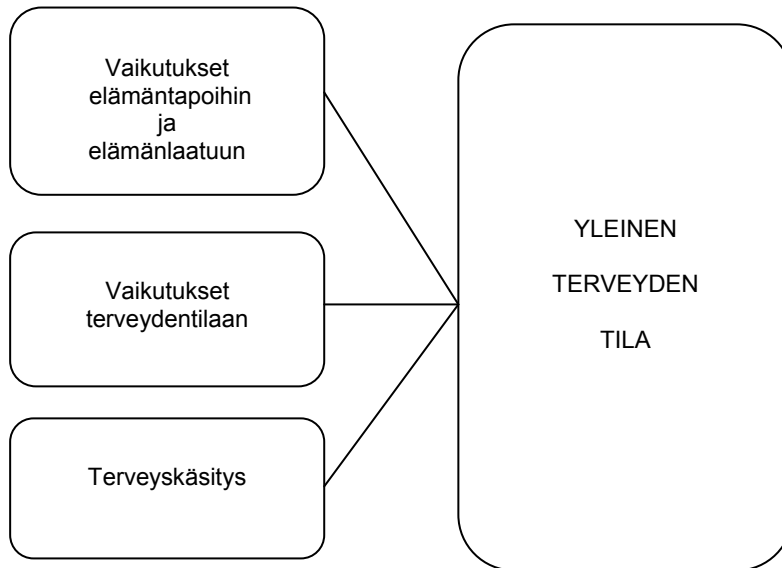


Kuvio 4. Leikkauksen jälkeen enemmän merkitystä saaneet asiat

Muu, mikä? -kysymykseen vastanneiden henkilöiden vastauksista ilmeni, että 50 % oli paljon merkitystä leikkauksen jälkeen terveyteen ja ravitsemukseen liittyvät seikat saaneet suuremman merkityksen heidän elämässään ja myös 50 % vastaajista mainitsi vertaistuen tärkeämmäksi nyt kuin aiemmin.

#### 6.1.4 Yleinen terveydentila

Kysymyksessä 7 tutkimuskyselyyn vastaajia pyydettiin kertomaan omin sanoin, miten toimenpiteen jälkeen omat odotukset terveyteen liittyen ovat täyttyneet. Tähän kysymykseen vastanneita oli 152. Yläkategoria **yleinen terveydentila** (KUVIO 5) muodostui alakategorioista **vaikutukset elämäntapoihin ja elämänlaatuun, vaikutukset terveydentilaan ja terveyskäsitys**.



Kuvio 5. Terveyteen kohdistuvat odotukset leikkauksen jälkeen

Vastaajat kokivat leikkauksen vaikuttaneen elämäntapoja parantavasti; liikkuminen oli lisääntynyt ja ruokailutottumukset muuttuneet terveellisemmiksi. Painon putoamisen ja liikunnan lisääntymisen johdosta vastaajat kokivat keuhonhallinnan lisääntyneen.

*Jaksan huomaamatta tehdä asioita joihin ennen piti ”keskittyä”, esim. sukkien pukeminen, kyykistyminen yms.*

Suurin osa vastaajista koki leikkauksen vaikuttaneen terveydentilaa parantavasti, mutta aineisto sisälsi myös vastaajien kokemuksia terveydentilaa heikentävistä tekijöistä. Terveydentilaa merkittävimmin parantaviksi asioiksi koettiin lihavuuden liittänsairauksien helpottuminen tai parantuminen sekä niiden lääkehoidon vähentäminen tai lääkehoidosta kokonaan luopuminen. Liikkumisen ja jaksamisen koettiin myös lisääntyneen, kun voimavaroja kuluttava ylipaino oli vähentynyt ja liikuntaelinten kivut vähentyneet. Leikkauksesta oli ollut apua vastaajien kokemusten mukaan myös terveyden edistämiseen siinä määrin, että painon pudottamisen myötä oli mahdollista tulla ras-

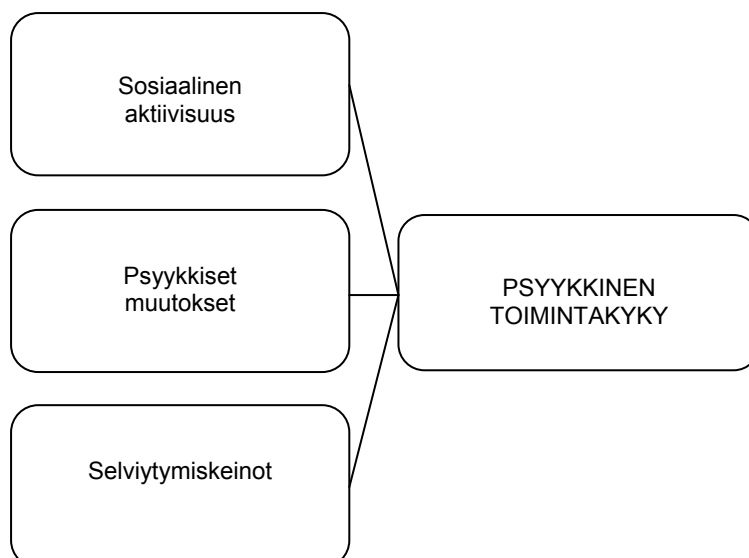
kaaksi ja perustaa perhe. Myös muiden sairauksien ja vaivojen hoitoon leikkauksella oli ollut edistävää merkitys, kun muiden kirurgisten toimenpiteiden tekeminen oli leikkauksen jälkeen mahdollista, esimerkiksi polven tekonivelleikkaus, kun se ennen painon pudotusta ei ollut. Leikkauksen jälkeen vastaajat kokivat myös määrittelemättömien psyykkisten ongelmien lievittyneen ja seksuaalisuuden kohentuneen. Terveystilaa heikentävinä tekijöinä vastaajat kokivat leikkauksesta aiheutuneet komplikaatiot kuten dumping-oireet, reaktiivisen hypoglykemian, anemian ja hypokalemian. Vastaajat kokivat pettymyksenä myös, kun paino ei ollut pudonnut odotetulla tavalla.

Vastaajien käsitys terveydestä oli hyvin sairauskeskeistä. Leikkaukselta odotettiin esimerkiksi parantavaa vaikutusta sairauksiin ja muihin terveysongelmiin. Hyvin pieni osa vastaajista kuitenkin koki hyvinvoinnin lisääntyneen leikkauksen jälkeen, vaikka ei ollut saavuttanut leikkauksesta merkittävää hyötyä somaattisten sairauksien hoidossa. Kokemus terveydestä oli vastaajien mukaan myös saanut uuden merkityksen leikkauksen jälkeen, kun elämäntavat olivat muuttuneet aiempaa terveellisemmiksi.

*Olen itse asiassa sairastanut leikkauksen jälkeen enemmän. Tuki ja liikuntaelimitykset kuitenkin jaksaa kannatella paremmin.*

#### 6.1.5 Mielialan muutokset leikkauksen jälkeen

Kysymyksellä 8 haluttiin selvittää, millaisia muutoksia vastaajat olivat havainneet mielialassaan leikkauksen jälkeen. Havainnollistavana esimerkkinä käytettiin esimerkkejä ”epävarmuus omasta pystyvyydestä, stressi, ahdistus, pelko, iloisuus, avoimuus, virkeys, muu”. Yläkategoria **psyykkinen toimintakyky** (KUVIO 6) muodostui alakategorioista **sosiaalinen aktiivisuus, psyykkiset muutokset ja selviytymiskeinot**.



## Kuvio 6. Mielialan muutokset leikkauksen jälkeen

Vastauksista ilmeni, että sosiaalinen aktiivisuus oli painon pudotuksen myötä lisääntynyt. Vastaajat kokivat, että sosiaalisuuden ja avoimuuden lisääntymisen myötä osallistuttiin enemmän tarjolla oleviin tapahtumiin ja tilaisuuksiin. Uusien muutosten vuoksi myös ystäväpiiri oli laajentunut.

Psyykkisissä muutoksissa suurin osa henkilöistä koki mielialan vaihteluita ja raskaaksi koettiin erityisesti se, kun mieliala ”rullaa” ylä- ja alamäkeä jatkuvasti. Masennukseen johtavina syinä vastaajat mainitsivat muun muassa sen, kun haluaisi liikkua enemmän, mutta lihasten heikkouden vuoksi se koettiin fyysisesti kuormittavaksi. Pelkoa ja epävarmuuden tunteita vastaajat kokivat mahdollisesta epäonnistumisesta elämäntapa-muutoksessaan ja näin ollen menettävänsä leikkauksen tuoman hyödyn lihavuuden hoitamisessa. Epävarmuutta koettiin ruoansulatuselimistön muutoksesta johtuvista ongelmista kuten ravintoaineiden imeytymisestä sekä riittävästä energiansaannista. Vastaajista osa koki myös suhtautumisen ruokaan muuttuneen erilaiseksi siinä määrin, että se vaikeutti ravinnon saannin turvaamista.

*Pelko epäonnistumisesta, että pilaan leikkauksen tuoman avun, alan lipsumaan ja lihomaan.*

*Pelko syömisongelmien ja vitamiinipuutosten aiheuttamista vaurioista.*

Itseluottamus ja itsevarmuus olivat lisääntyneet leikkauksen jälkeen. Itsevarmuus oli ilmennyt siten, että vastaajat uskalsivat ilmaista aikaisempaan verrattuna enemmän omia mielipiteitään. Itsevarmuuden lisääntymisen myötä myös rohkeus oli lisääntynyt ja oli uskallettu lähteä kokeilemaan asioita, joita ennen oli pelätty; esimerkiksi työpaikan vaihto ja uuteen ammattiin opiskeleminen. Itsearvostuksen koettiin myös lisääntyneen. Itsearvostuksen lisääntyminen oli ilmennyt siten, että vastaajat eivät olleet hyväksyneet huonoa kohtelua kanssaihmisiltä. Muutama vastaaja koki, että itsevarmuus oli edelleen heikko, koska he kokivat sopeutumisvaikeuksia ja epävarmuutta omasta vartalostaan, kun ylipaino oli vuosikaudet rasittanut niin kehoa kuin mieltä.

Minäkuvan koettiin teettävän töitä edelleen ja sen päivittäminen oli haasteellista. Useat näkivät itsensä edelleen lihavana laihtumisesta huolimatta ja myös ”pään mukana pysyminen” muutoksessa koettiin raskaaksi. Vastaajista osa koki kehon kuvan myötä ja painon ”jumittamisen” vuoksi stressin lisääntyneen. Osa vastaajista taas mainitsi vas-

takohtana stressin sietokyvyn parantuneen ja osa henkilöistä koki stressiä olevan samalla tavalla kuin ennen, mutta nyt sen kohteena ei ole enää paino, vaan muut asiat.

*Rehellisesti sanottuna mun pää ei ole pysynyt mukana muutoksessa, tätä meille kaikille leikatuille tarvittaisiin lisää. Olen laihdutusleikattujen vertaisryhmässä, jossa jäseniä yli 600, ja siellä lähes jokainen peräänkuuluttaa tätä ongelmaa. Paino tippuu ja se tiedostetaan, mutta peilistä katsoo kuitenkin sama vanha pullukka sitä laihaa sieltä ei näe! Saman huomaa vaatekaupassa aina isojen ihmisten rekit vetää puoleensa ja sitten huikea elämys, kun ohjataan kapeammille vaaterekeille.*

Ahdistuksen tunteita oli liittynyt lähinnä siihen, kun tavoitepainoa ei ollut vielä saavutettu vaikka aikaa oli leikkauksesta kulunut paljon. Myös leikkauksen jälkeinen huonovointisuus ja hiusten lähtö oli lisännyt ahdistukseen liittyviä tuntemuksia. Vastaajien kokemusten mukaan ulkopuoliset henkilöt suhtautuivat heihin myönteisemmin laihtumisen myötä. Se kuitenkin herätti myös ahdistusta, koska vastaajat kokivat olevansa hyväksytympiä ihmisenä vain siitä syystä, että he eivät olleet enää ylipainoisia. Vastaajat eivät kokeneet itse laihtumisen myötä muuttuneensa paremmaksi tai huonommaksi, vaikka vastauksissa huomioidaan myös ”tunne yhteiskuntakelpoisuudesta”.

Vastaajat kokivat negatiivisista vaikutuksista huolimatta myönteisten tunteiden olevan päällimmäisenä ja kokivat avoimuutensa lisääntyneen. Iloisuus ja luottavaisuus tulevaisuuteen koettiin tärkeäksi. Positiivisuudella koettiin olevan fyysisten tekijöiden lisäksi vaikutuksia myös vireyteen ja energisyyteen. Itsearvostuksen ja itsetunnon kohenemisen koettiin vaikuttaneen myös siihen, että itsestä huolehtiminen oli lisääntynyt. Parisuhteen koettiin parantuneen kun sukupuolinen kanssakäyminen oli lisääntynyt.

*...elämänhalu tullut takaisin, sanalla sanoen uusi elämä.*

Selviytymiskeinojen vastaajat kertoivat myös muuttuneen tai lisääntyneen. Aikaisemmin tunteita tukahdutettiin ylensyönnillä, nyt tunteita oli osattava käsitellä, jotta muutos pysyy ja oli mahdollista. Selviytymiskeinojen koettiin muuttuneen negatiivisesti siten, että aikaisempi riippuvuus oli vaihtunut toiseen, kun tunteita ei ollut muilla keinoilla pystytty käsittelemään.



### 6.1.6 Vaikutukset elämänlaatuun

Kysymyksessä 9 tutkimuskyselyyn vastaajia pyydettiin kertomaan, millaisia vaikutuksia leikkauksella on ollut elämänlaatuun. Tähän kysymykseen vastanneita oli 154.

Vastaajat kokivat leikkauksesta olleen fyysisiä vaikutuksia siten, että he kokivat liikkumisen ja jaksamisen lisääntyneen. Toimintakyvyn lisääntymisen myötä vastaajat kokivat myös positiivisia terveysvaikutuksia, joilla oli myös välillisiä vaikutuksia psyykkiseen tasapainoon. Positiivisiksi terveysvaikutuksiksi vastaajat kokivat omahoidon onnistumisen ja parantumisen (peseytyminen, varpaiden kynsien leikkaaminen). Kipujen vähentymisen myötä liikkuminen oli lisääntynyt, mikä myös tuki painonhallintaa oikeanlaisen ravitsemuksen ohella. Unenlaadun parantumisen myötä vastaajat kokivat myös vireyden lisääntyneen.

Sosiaalisiin tilanteisiin vastaajat kokivat leikkauksen vaikuttaneen sekä positiivisesti että negatiivisesti. Positiivisiksi asioiksi he kokivat uusien sosiaalisten suhteiden luomisen ja sosiaalisen kanssakäymisen lisääntymisen. Negatiivisena vastaajat kokivat leikkauksesta aiheutuneet rajoitteet ravitsemukseen siten, että eivät voineet esimerkiksi ruokailla yhdessä työtovereiden kanssa työpaikkaruokalassa. Rajoittaviksi syiksi vastaajat kuvasivat esimerkiksi erilaisten ruoka-aineiden, kuten irtoriisin, vihreän salaatin ja useiden mausteiden aiheuttamat vatsakivut.

Edellisessä kappaleessa 6.1.5 selvitettiin, millaisia muutoksia vastaajat olivat havainneet mielialassaan leikkauksen jälkeen. Muutokset vastaajat kokivat raskaiksi, mutta tämän tutkimuskysymyksen vastaukset antoivat myös näkökulman siihen, millaisia hyviä vaikutuksia leikkauksella oli mielialaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisinä vaikutuksina vastaajat kokivat tärkeänä sen, että lihavuus ja laihtuttaminen eivät olleet enää ajatuksissa päivittäin. Osa vastaajista koki minäkuvan parantuneen ja itsetunnon kohentuneen, minkä myötä he uskalsivat olla ”oma itsensä”. Uskon tulevaisuuteen ja halun päästä elämässä eteenpäin vastaajat kokivat lisääntyneen.

*Olin nuoresta iästä huolimatta todella sairas lihavimmillani, sekä fyysisesti, mutta lihavuusongelma aiheutti, että mielikin alkoi musertua. En tiedä olisinko elänyt kovin kauaa, ellen olisi viimeinkin päässyt leikkaukseen (jonotus kesti vuosia). Nyt voin hyvin, olen onnellinen.*

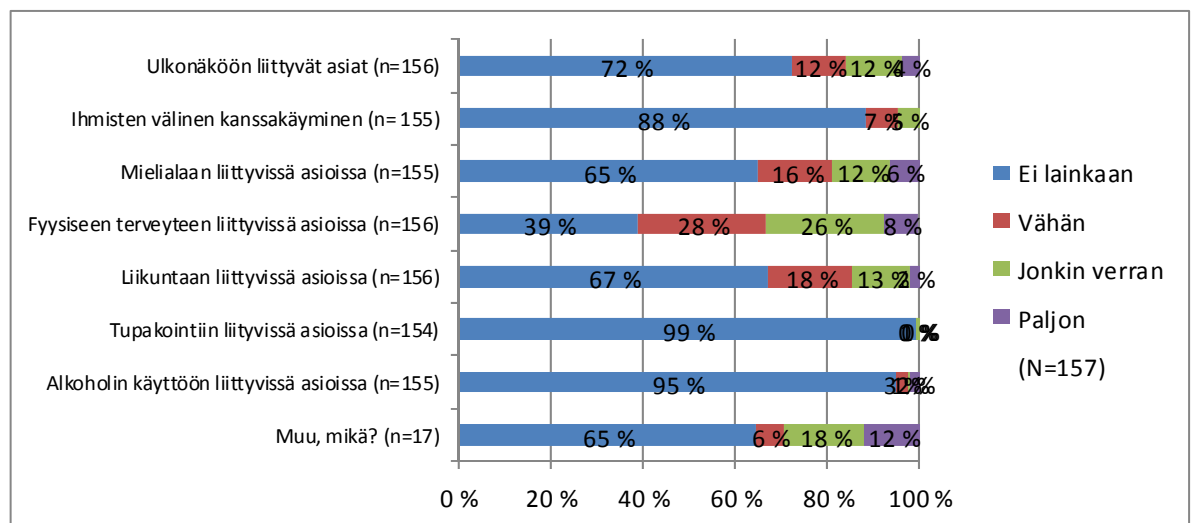
*Uskalsin erota huonosta parisuhteesta, kun sain lisää henkisiä voimia laihtumisen myötä.*

## 6.2. Terveysthuollon ammattilaiseen kohdistuvat yhteydenotot tuen tarpeissa.

Tutkimuskysymyksellä 2 haluttiin selvittää millaisissa tuen tarpeen ilmenemistilanteissa potilaat ovat ottaneet yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen leikkauksen jälkeen. Tähän tutkimuskysymykseen haettiin vastausta kyselylomakkeen kysymyksillä 10 - 11.

### 6.2.1 Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten antama avun tarve sairaalasta kotiutumisen jälkeen

Kysymyksessä 10 tutkimuskyselyyn vastaajia (N=157) pyydettiin kertomaan, millaisissa asioissa henkilöt ovat joutuneet kääntymään sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen puoleen sairaalasta kotiutumisen jälkeen (KUVIO 7). Tarkentaviksi asioiksi määriteltiin: ulkonäön muutokset, sosiaalinen kanssakäyminen, mieliala, fyysinen terveys, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö. Lisäksi vastausvaihtoehdoksi määriteltiin myös ”Muu, mikä?”



Kuvio 7. Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden palvelujen käyttö

Suurin osa vastanneista ei ollut kokenut mitään tarkentaviksi asioiksi määritellyistä sel-laisiksi, joissa he olisivat ottaneet yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön. Ulkonäön muutoksiin liittyvissä asioissa vastaajista 4 % koki paljon tarvetta, 12 % jon-kin verran ja 12 % vähän tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenki-löön. Sitä vastoin 72 % ei kokenut tähän lainkaan tarvetta yhteydenottoon.

Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvissä asioissa vastaajista (n=155) koki 5 % jonkin verran ja 7 % vähän tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön. Vastanneista 88 % ei kokenut tarvetta ottaa lainkaan yhteyttä.

Mielialaan liittyvissä asioissa vastaajista 7 % koki paljon ja 12 % jonkin verran tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön ja 16 % vähän tarvetta yhteydenottoon. Vastaajista 65 % ei kokenut lainkaan tarvetta yhteydenottoon. Fyysiseen terveyteen liittyvissä asioissa vastaajista 8 % koki paljon, 26 % jonkin verran ja 28 % vähän tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön. Vastaajista 38 % ei kokenut lainkaan tarvetta yhteydenottoon.

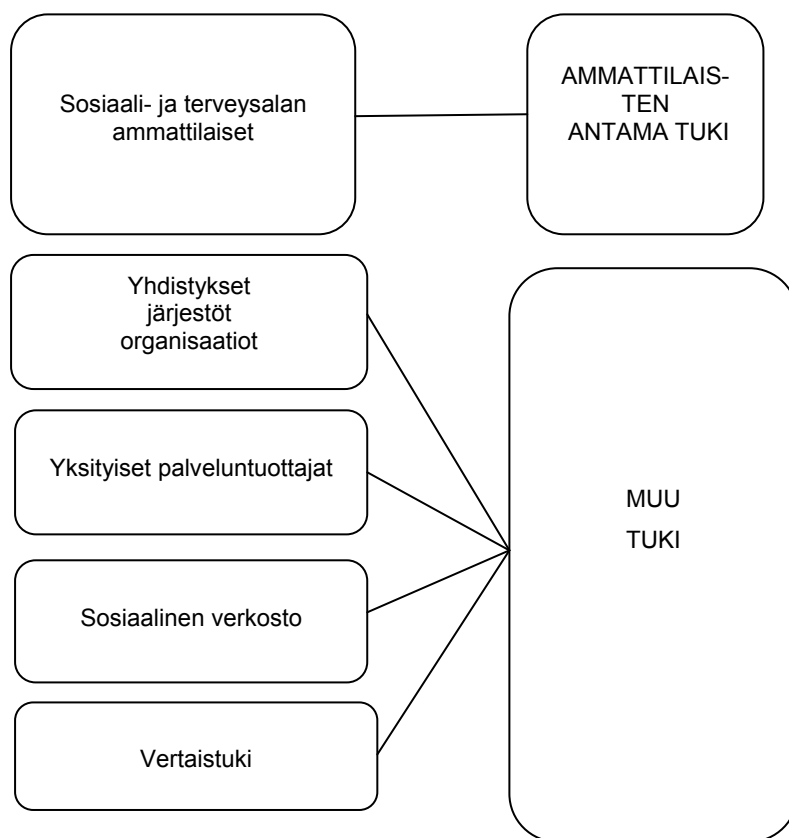
Liikuntaan liittyvissä asioissa vastaajista koki 2 % paljon, 13 % jonkin verran ja 18 % vähän tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön. Vastaajista 67 % ei kokenut lainkaan tarvetta yhteydenottoon.

Tupakoinnin lisääntymiseen liittyvissä asioissa vastaajista 1 % koki jonkin verran tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön. Vastaajista 99 % ei kokenut lainkaan tarvetta yhteydenottoon. Alkoholin käytön lisääntymiseen liittyvissä asioissa vastaajista koki 2 % paljon, 1 % jonkin verran ja 2 % vähän tarvetta ottaa yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöön. Vastaajista 95 % ei kokenut lainkaan tarvetta yhteydenottoon.

Vastausvaihtoehdoissa huomioitiin myös ”Muu, mikä?”, jolloin vastaajat saivat kertoa oman näkemyksensä yhteydenoton tarpeen aiheuttaneesta tekijästä. Paljon tarvetta yhteydenottoon vastaajista koki 12 %. Molemmat vastanneet kokivat määrittelemättömät ravitsemukseen liittyvät asiat ja vitamiinien imeytymisvaikeuksien olleen sellaisia tekijöitä, joihin he tarvitsivat apua tai tukea. Jonkin verran yhteydenottoon vastaajista 18 % koki tarvitsevansa apua muun muassa mielenterveyspalveluihin, sappikivileikkaukseen sekä vitamiinien imeytymisvaikeuksiin liittyvissä asioissa. Vähän tarvetta yhteydenottoon koki vain 6 % ja avun tarve liittyi haavateippien aiheuttamaan allergiaan. Vastaajista 65 % oli vastannut ”Muu, mikä?”-kysymykseen vastausvaihtoehdolla ”ei lainkaan”. He eivät olleet kuitenkaan määrittäneet selkeästi avun tarvettaan vaan toteusivat yksioikoisesti, että ”Ei noita apua voi käyttää - vaikka tarvisikin” ja ”Ei pääse mihinkään tk:n kautta!”.

## 6.2.2 Ohjaus ja tuki sairaalasta kotiutumisen jälkeen

Kysymyksessä 11 tutkimuskyselyyn vastaajia pyydettiin kertomaan, mistä he olivat saaneet tarvitsemaansa ohjausta tai tukea leikkaustoimenpiteestä toivuttuaan ja sairaalasta kotiutumisenensa jälkeen. Vastauksen sisältöihin viittaavina käsitteinä oli annettu esimerkit: puoliso, ystävät, sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt, vertaistukiyhdistykset sekä muu). Tähän kysymykseen vastanneita oli 152. Yläkategoriat **ammattilaisten antama tuki ja muu tuki** (KUVIO 8) muodostuivat alakategorioista **sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, yhdistykset/järjestöt/organisaatiot, yksityiset palveluntuottajat sosiaalinen verkosto, ja vertaistuki**.



Kuvio 8. Tahot, joilta potilaat olivat saaneet tukea ja ohjausta leikkauksen jälkeen

Vastaajat kokivat vertaistuesta saadun avun tärkeänä osana hoitoon sitoutumista. Vertaistuki sisälsi osallistumisen erilaisiin vertaistukiryhmiin ja -tapaamisiin. Osa tapaamisista oli leikkaavan sairaalan järjestämiä, mutta vastaajat kertoivat olleensa myös itse aktiivisia pitämään yhteyttä muihin leikkattuihin tai leikkausta odottaviin. Yhteydenoton mahdollisuutta lisäsi ja tuki erilaiset internetin keskusteluryhmät ja yksittäisten henkilöiden kirjoittamat blogit omasta leikkauksestaan ja muutosprosessista.

*Pääasiallisesti vertaistukiyhdistyksestä- ja ryhmästä internetissä. Olen pyrkinyt olemaan itse hyvin valveutunut esim. Veriarvojen seurannan ja vitamiinien, sekä muiden lisäravinteiden suhteen. Nyt kun leikkauksesta on jo useampi vuosi, oma aktiivisuus ja tietämys asioissa korostuu, kun seurantoja sairaalan puolesta ei enää järjestetä, vaan kaikki tulee huolehtia omatoimisesti.*

Vastaajat olivat saaneet tukea ja ohjausta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta vaihtelevissa määrin. Huomioitavaa kuitenkin oli, että tukea ja ohjausta vastaajat olivat tarvinneet usealta eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta - niin julkiselta kuin yksityiseltä sektorilta. Hoidon järjestämiseksi vastaajat tarvitsivat julkiselta sektorilta pääsääntöisesti erikoisalojen lääkäreitä ja hoitajia, fysioterapeutteja sekä ravitsemuksen asiantuntijoita. Osa vastaajista oli kokenut julkisen sektorin palvelut riittämättömiksi tarpeisiinsa nähden, jolloin tukea ja ohjausta oli haettu yksityiseltä sektorilta. Yksityiseltä sektorilta ohjausta ja tukea vastaajat olivat hakeneet psykoterapeutilta ja personal trainerilta.

*Kaikkien asiantuntijoiden osalta jäin aivan yksin. Vertaistuen löysin noin 2,5 vuotta leikkauksesta. Siitä ollut paras apu, tosin jo myöhäistä.*

Vastaajien sosiaalinen verkosto koostui puolisoista, ystäväistä, lapsista, sukulaisista ja työkavereista. Vastaajat kokivat sosiaaliselta verkostolta saadun tuen merkittävänä tekijänä arjessa. Toimivan sosiaalisen verkoston mahdollisesti puuttuessa vastaajat tukeutuivat enenevässä määrin vertaistukeen sekä sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöihin. Ohjausta ja tukea vastaajat olivat saaneet myös Suomen Lihavuusleikatut r.y:ltä, A-kiltatoiminnasta ja seurakunnan diakoniatyöstä.

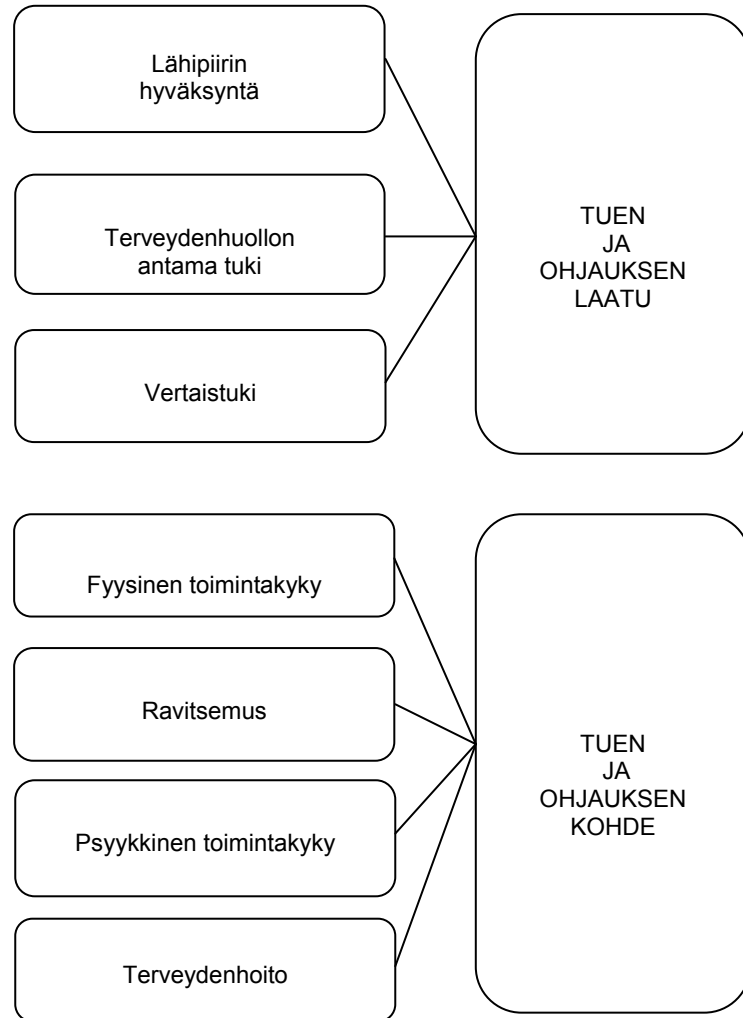
### 6.3. Tuen tarve leikkauksen jälkeen

Tutkimuskysymykseen 3 kohdistuvassa kysymyksessä selvitettiin, mihin potilaat olisivat halunneet saada lisää tukea leikkauksen jälkeen. Tähän tutkimuskysymykseen haettiin vastausta vastauslomakkeen kysymyksellä 12 - 13.

#### 6.3.1 Lihavuuskirurgisen potilaan saama tuki ja ohjaus

Kysymyksellä 12 selvitettiin, millaista lihavuuskirurgisten potilaiden saama tuki tai ohjaus on ollut ja mihin se on liittynyt. Yläkategoria **tuen ja ohjauksen laatu** (KUVIO 9) muodostui alakategorioista: lähipiirin hyväksyntä, terveydenhuollon antama tuki ja ver-

taistuki. Toinen yläkategoria **tuen ja ohjauksen kohde** (KUVIO 9) muodostui alakategorioista: **fyysinen toimintakyky, ravitsemus, psyykkinen toimintakyky ja terveydenhoito**. Kysymykseen vastanneita oli 143 henkilöä.



Kuvio 9. Saadun tuen ohjaus ja kohde. Millaista lihavuuskirurgisen potilaan saama tuki tai ohjaus on ollut ja mihin se on liittynyt

Vastaajat kokivat, että heidän lähipiiriltään saamansa tuki oli ollut hyväksyntää ja ymmärrystä sille valinnalle, että henkilöt ovat lähteneet hoitamaan lihavuuttaan leikkauksella. Lähipiiriin antama kannustus vaikeaksi koetuissa tilanteissa oli auttanut vastaajia jaksamaan muutoksessa. Muutosprosessissa vastaajat kokivat myös vertaistuen erittäin tärkeäksi. Osa vastaajista koki vertaistuen kaikista tärkeimmäksi koska keskustelut liittyivät kaikkiin elämänalueisiin leikkauksen jälkeen. Keskustelemisen sosiaalisen verkoston sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa leikkaukseen tuomista muutoksista vastaajat kokivat voimaannuttaviksi.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta vastaajat olivat saaneet tukea ja ohjausta pääsääntöisesti fyysiseen terveyteen liittyvissä asioissa kuten leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin ja yleisesti leikkauksesta toipumiseen, leikkauskivunhoitoon, ravitsemuksen toteuttamiseen ja liikunnan aloittamiseen. Vastauksista ilmeni että, vastaajien tarvitsema apu oli ollut fyysistä ja se oli liittynyt välittömästi leikkaukseen jälkeen tarvittavaan apuun päivittäisissä toiminnoissa kun oma liikkuminen oli ollut vielä rajoittunutta. Leikkauksesta johtuvien rajoitusten lisäksi fyysisessä aktiivisuudessa ja liikunnan aloittamisessa vastaajien kokemusten mukaan oli pitänyt huomioida myös esimerkiksi liikkumista rajoittavat lihas- ja nivelkiput. Erilaisten lihaskipujen ja nivelongelmien takia vastaajat kokivat tarvetta ohjaukseen liikunnan aloittamiseksi. Vastaajat kokivat liikunnan ohjauksen tärkeäksi leikkauksen jälkeen, koska liikunnan aloittaminen oli osa elämäntapamuutosta – ylipaino oli rajoittanut liikkumista siinä määrin, että liikunta ei ollut entuudestaan osana elämäntapaa. Kivunhoidossa vastaajat kokivat tarvitsevansa ohjausta kipulääkkeiden turvallisessa käytössä. Vastaajat kokivat, että he eivät saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta kipulääkkeiden turvallisesta käytöstä hoidon eri vaiheissa. Ravitsemukseen liittynyt tuki oli ollut ohjaamista uusien ravitsemustottumuksien opetteluun ja ohjeiden antamista eri ravintoaineiden saamisen turvaamiseksi. Lisäksi vastaajat olivat saaneet ohjausta syömisen hallintaan, ravitsemuksen laatuun ja dumping-oireiden estoon. Myös neuvonnasta ruokailujen aikataulutukseen ja ravitsemuksen monipuoliseen koostamiseen vastaajat kokivat saaneensa tukea selviytymiseensä.

Vastaajat kokivat tarvitsevansa tukea myös nopeasta painon alenemisesta johtuvaan psyykkiseen muutosprosessiin. Vastaajien kokemusten mukaan tuen tarve liittyi siihen, että ”pää ei pysy mukana”. Psyykkisessä muutosprosessissa vastaajat kokivat vertaistuen ensiarvoisen tärkeäksi, vaikka toivoivat myös enemmän ammatillista tukea ja ohjausta.

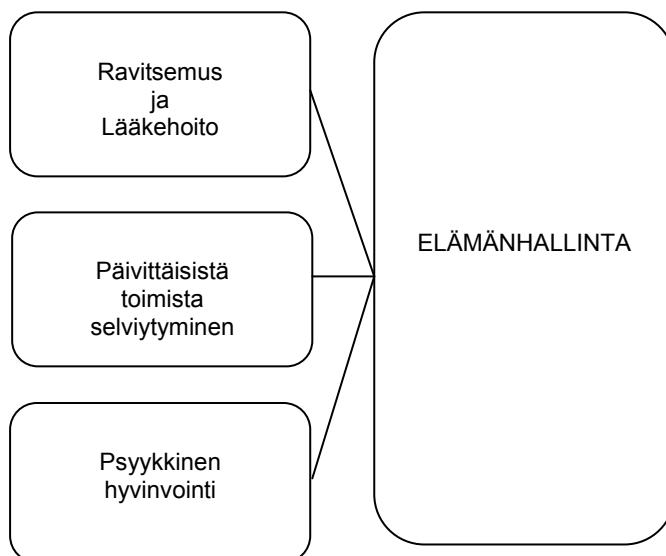
Vaikka leikkaushoidon tavoitteet eivät olisi odotetusti täyttyneet, vastaajat kokivat että heitä ei syyllistetty vaan tilanne huomioitiin monesta eri näkökulmasta.

Vastaajissa oli myös kaksi henkilöä, jotka eivät olleet saaneet minkäänlaista tukea, mutta pärjäsivät omasta mielestään hyvin ”omillaan”.

*Jos on ”huono päivä” tai puntari ei suostu menemään alaspäin, olen sinne tuntojani tuulettanut.*

### 6.3.2 Tuen tarve leikkauksen jälkeen

Kysymyksellä 13 selvitettiin, millaisissa asioissa leikkauksesta toipumisen ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen kyselyyn osallistujat tarvitsivat tai olisivat tarvinneet enemmän tukea ja ohjausta. Yläkategoria **elämänhallinta** (KUVIO 10) muodostui alakategorioista **ravitsemus ja lääkehoito, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen sekä psyykinen hyvinvointi**. Kysymykseen vastanneita oli 144 henkilöä.



Kuvio 10. Tuen tarve leikkauksen jälkeen

Vastaajat kokivat, että ravitsemukseen ja lääkehoitoon liittyviin asioihin he olisivat tarvinneet enemmän ohjausta ja tukea. Huolta ravitsemuksen osalta herätti riittävä energiansaanti pienten annoskokojen, ravintoaineiden imeytymishäiriöiden ja ateriarytmin kannalta. Ravitsemuksen suunnitteluun vastaajat kokivat tarvitsevansa enemmän ohjausta, jotta ravitsemus olisi ollut turvatumpaa. Leikkauksen jälkeen vastaajat olivat



huomanneet, että tarkoista ravitsemusohjeista huolimatta suhtautuminen syömiseen ei ollut muuttunut. Tämä puolestaan herätti epäonnistumisen pelkoa, koska vastaajat kokivat, että heillä itsellään ei välttämättä ollut keinoja hallita omaa syömistään ja siten ahdistuivat mahdollisesta painon noususta. Tukea ja ohjausta olisi tarvittu selvittämään omien ruokailutottumusten lisäksi, miksi ruoka ja syöminen saavat heidän elämässään suurempaa merkitystä kuin olisi tarkoitus.

*Leikkausta ennen ja leikkauksen yhteydessä tulee paljon asiaa ja tietoa. Sitten kun leikkauksesta on kulunut aikaa ja uudet tavat ja ulkomuoto muokkautunut, niin siinä vaiheessa olisi kaivannut lisää vahvistusta sille uudelle tavalle elää ja uudelle minälle. Helposti lähtee palaamaan vanhaan tapaan syödä ja toimia.*

*Nyt 3,5 v leikkauksen jälkeen huomaan että sairas suhtautuminen syömiseen ei ole muuttunut miksiäkään. Alusta saakka olen voinut syödä kaikkea, ja nyt tämä sairaus, nimeltään lihavuus, alkaa jälleen nostaa päätänsä. Miksi syön sairaalloisesti? Haluaisin selvittää sen itselleni, saada uusia näkökulmia, psyykkistä apua siihen.*

Vastaajia mietitytti alkoholin käyttö, jos siinä ei ollut tapahtunut muutoksia entisiin käytötapoihin ja – määriin nähden. Alkoholin käyttöä vastaajat eivät kuitenkaan uskaltaneet välttämättä ottaa puheeksi terveydenhuollossa koska pelkäsivät siitä koituvan mahdollisesti jotakin negatiivisia seuraamuksia muihin elämän osa-alueisiin kuten työhön. Myös erilaisten lääkkeiden turvalliseen käyttöön vastaajat olisivat tarvinneet lisää ohjausta mm. vaihtoehtoisten valmisteiden käytön osalta.

Päivittäisistä askareista vastaajat kokivat selvinneensä huolellisella suunnittelulla, mutta siitäkin huolimatta apua ja tukea olisi tarvittu lisää päivittäisiin askareisiin ja lastenhoitoon, kun toimintakyky välittömästi leikkauksen jälkeen oli rajoittunutta. Myöhemmin toipumisen edetessä vastaajat kokivat tuen ja ohjauksen tarpeensa liikkumiseen, keuhonhallintaan ja uusien elämäntapojen opettelemiseen liittyvinä.

*Heti leikkauksen jälkeen ei ollut tarvetta lisätukeen. Ehkä pukeutumiseen ja muuhun ulkonäköön liittyvään. Myös että joku olisi neuvonut miten liikkua kun on laihtunut. Tarkoitin tapaa kävellä suorassa jalat kapeammasa asennossa. Seisomista siroasti ja suorassa hyvällä ryhdillä. Miten nilkan asentoa pitää muuttaa jne. Miten istua kauniisti... kaikki nämäkin muuttuu kun laihtuu. Moni laihtunut seisoo ja kävelee kuin lihava. Nykyiselle kropalleen väärin.*

Vastaajat kokivat leikkauksen jälkeiset psyykkiset muutokset yllättävinä ja pelottavina. Nopea laihtuminen tuotti vastaajille hämmennystä omasta kehonkuvastaan ja mieli-

alastaan. Vastaajat kokivat mielialansa vaihtelevan ajoittain rajustikin laidasta toiseen. Tämän vuoksi vastaajat kokivat myös syömisen hallinnan ajoittain haasteelliseksi ja epäonnistumisen pelko painonhallinnan osalta lisääntyi. Vastaajat olisivat tarvinneet tukea psyykkiseen muutosprosessiin.

*Mielenhallintaan. Miten pään saa pysymään mukana muutoksissa. Miten hallita painoa niin ettei siitä tulisi liian hallitseva osa elämää eikä se menisi liiallisuuksiin. Vaikka painoa olisi pudonnut paljon ja näyttää laihemmalta, niin itsestä tuntuu kuin olisi edelleen se vanha lihava minä.*

*Minäkuvan muutos on valtava ja pää ei pysy kehon tahdissa. Ja jokuhan meidät on saanut hakemaan hyvää oloa syömällä joka johtanut lihomiseen. Sen selvittäminen ja psyykkinen tuki on olematonta tai sitä ei ole.*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten arviointi

Ensimmäisen tutkimustehtävämme tavoitteena oli selvittää lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia lihavuusleikkauksen vaikutuksista elämään leikkauksen jälkeen. Aineiston analysoinnin pohjalta syntyivät tuloksiksi syyllistäminen, yleinen terveydentila, psyykinen toimintakyky ja elämänlaatu. Vertaillessamme omia tuloksiamme aikaisempiin tutkimuksiin löysimme vastaavanlaisia tuloksia. Rekolan ym. vuonna 2013 esittämän tutkimuksen mukaan lihavuuskirurgisten potilaiden motivaatioon painonhallinnassa vaikuttavat asennoituminen, pystyvyyden ja oman käyttäytymisen hallinnan tunne sekä sosiaaliset normit. Asennoituminen on yhteydessä tunnesyömiseen, masentuneisuuteen ja oman kehon hahmottamisvaikeuksiin, joka johtuu painon nopeasta alenemisestä. Motivaatioon vaikuttavia normeja ovat toisten ihmisten käsitykset, jotka voivat ilmetä syrjintänä tai häpeäleimana ennen ja jälkeen leikkauksen. Pystyvyyden ja kontrollin tunne on usein alhainen lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevilla potilailla, sillä he ovat kokeneet useita pettymyksiä, kun ovat aiemmin yrittäneet laihduttaa.

Toisen tutkimustehtävämme tarkoituksena oli selvittää, millaisissa tuen tarpeiden ilmenemistilanteissa potilaat ovat itse ottaneet yhteyttä sosiaali- ja terveysalan ammattilaiseen leikkauksen jälkeen. Aineiston analysoinnin pohjalta syntyivät tulokset ammattilaisten antama tuki ja muu tuki. Vastaajat kokivat paljon tarvetta ottaa yhteyttä mielialaan liittyvissä asioissa sekä fyysiseen terveyteen liittyvissä asioissa. Jonkin verran tarvetta yhteydenottoon esiintyi ulkonäköön, mielialaan ja liikuntaan liittyvissä asioissa. Vastaajat saivat tukea ja ohjausta eniten useilta eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta, mutta myös sosiaalisen verkoston toimivuuden ja tarjoaman avun vastaajat kokivat tärkeäksi. Sosiaalisen verkoston tai vertaistuen puuttuessa vastaajat turvautuivat enenevässä määrin ammattilaisiin. Potilaan oma rooli uusien elämäntapojen opetteluksessa leikkauksen jälkeen on ollut vastauksien perusteella valtava. Vastaajien mukaan oma aktiivisuus tiedonhaussa on ollut erittäin tärkeää. Aktiivisen tiedonhankinnan vastaajat kokivat rasitteeksi silloin, kun tarpeisiin nähden tukea ja ohjausta ei ollut saatavilla riittävässä määrin. Osa vastaajista koki myös, että kaikilla ammattilaisilla ei ollut riittävästi asiantuntemusta ohjatakseen potilasta, jolloin potilas joutui turvautumaan useaan eri palveluntarjoajaan - niin julkiseen kuin yksityiseen, mikä osaltaan lisäsi epävarmuuden tunteita kokonaisuuden hallinnasta.

Rekolan ym. (2013) mukaan potilaiden ohjaus koostuu useasta tekijästä, ja ohjauksen tarpeiden tunnistamiseen tulee käyttää hoitokontakteissa riittävästi aikaa - pelkkä tiedonsaanti ei riitä vaan ohjauksen sisältöjä tulee kehittää potilaiden tarpeita vastaaviksi. Kun potilaan elämäntilanne otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti, nousee ohjaustilanteissa esiin arkaluontoisia asioita, joiden ottaminen puheeksi voi olla sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle vaikeaa. Jo aikaisimmissakin tutkimuksissa on todettu, että tiedon saanti perusterveydenhuollossa on ollut puutteellista ja tietoa on haettu muun muassa vertaistuen kautta koko leikkausprosessin ajan (Tuomiluoma, & Tuomioksa 2012). Aineistosta ilmeni, että vastaajat kokivat ammattilaisten antaman tuen olevan merkittävä asia, vaikka ristiriitaisuuksia asiantuntemuksen kannalta esiintyi. Vastaajilla pääsääntöisesti oli kuitenkin luottamus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Haasteelliseksi vastaajat kuitenkin kokivat palvelujärjestelmän epäyhtenäisyyden, mikä vastaajien kokemuksen mukaan osaltaan myös vaaransi hoidon jatkuvuuden.

Kolmannen tutkimustehtävämme tarkoituksena oli selvittää, millaisiin asioihin vastaajat olivat halunneet saada lisää tukea leikkauksen jälkeen. Aineiston analysoinnin pohjalta syntyivät tulokset tuen ja ohjauksen laatu, tuen ja ohjauksen kohde sekä elämäntilanne. Onnistuneiden elämäntapamuutoksien ja tiedon saannin lisäksi vastaajat kokivat tärkeäksi motivaation säilyttää uudet elämäntavat. Myös itsetuntemuksen muutokset mietityttivät vastaajia ja nopeaan painon alenemiseen liittyviin psyykkisiin muutoksiin vastaajat kokivat tarvitsevansa tukea ja ohjausta enemmän kuin mitä julkisella sosiaali- ja terveydenhuollolla oli antaa. Osa vastaajista koki myös, että hoidon seurantakäynnillä ei kiinnitetty riittävästi huomiota elämän kaikkiin osa-alueisiin vaan seurantakäynnit koskivat pääsääntöisesti leikkauksen aiheuttamia kliinisiä muutoksia, kuten veriarvojen seuranta, ravitsemuksen suunnittelua ja painon alenemista. Vastaajat kokivat hoitokontaktin leikkaavaan sairaalaan liian lyhyeksi, mikä suurimman osan mielestä vaikutti myös siihen, että hoitoon sitoutuminen mahdollisesti heikentyi pidemmän ajan kuluttua leikkauksesta. Hoitoon sitoutumisen kannalta tärkeäksi tekijäksi vastaajat kokivat leikkaavan sairaalan hoitokontaktin päätyttyä, että asiantuntemusta leikkauksesta ja siihen liittyvistä muutoksista sairauden- ja terveydenhoidon kannalta olisi ollut työ- ja perusterveydenhuollolla. Suurin osa vastaajista koki jäävänsä koko elämän mittaisen muutosprosessin kanssa yksin, kun hoitokontakti leikkaavaan sairaalaan oli päättynyt ja leikkauksesta oli kulunut keskimäärin 2–3 vuotta. Jo aikaisimmissakin tutkimuksissa (Anteroinen & Hämäläinen 2013, 36) on todettu, että parhaiten tukea on saatu ravitsemusterapeutilta, vertaistuesta ja lihavuusleikkauksiin perehtyneeltä lääkäriltä, mutta heikoiten perusterveydenhuollosta ja työterveyshuollosta. Lisäksi Käkelän ym. (2013) tutkimuksen mukaan liitännäissairauksien hoito useimmiten helpottuu leik-

kauksen jälkeen, mutta ruokailuun ja ravitsemukseen liittyvän seurannan tarve jatkuu edelleen. Heidän mukaansa tulevaisuudessa osaamista tarvitaan myös perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. (Käkelä ym. 2013).

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Haastatellaksemme potilaita henkilökohtaisesti, olisimme tarvinneet luvan Kuopion yliopistolliselta sairaalalta. Koska potilaiden rekrytoiminen erilaisiin tutkimusprojekteihin sairaalan kautta oli varsin monimutkaista ja aikaa vievää lupa- ja muiden asioiden vuoksi, toimeksiantajan puolelta ohjaajamme ehdotti meille kyselyn suorittamista Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n kautta. Työelämän yhteistyökumppanimme puolesta nimetty ohjaajamme oli yhteydessä LILE ry:n puheenjohtajaan ja järjesti meille alustavasti mahdollisuuden toteuttaa kysely heidän kauttaan, jolloin vältyttiin aikaa vieviltä lupa-asioiden käsittelyltä. Kysely oli mahdollista suorittaa LILE ry:n jäsenille nettisivuille laitettavan kutsun kautta siten, että tutkimukseen liittyvään kyselyyn jäsenillä oli mahdollisuus vastata LILE ry:n sivuilla olevan linkin kautta. Linkki kyselyyn lisättiin LILE ry:n toimesta lihavuusleikatuille suunnattuihin suljettuihin Facebook-ryhmiin. Tällöin kysely pystyttiin tekemään Wepropol- ohjelmaa hyödyntäen ja näin myös vastaajien anonymiteetti säilyi. Yhdistyksen nettisivujen kautta tavoitettiin helpommin eri hoitoyksiköissä leikatuista potilaista ja selvityksiin saatiin tätä kautta paremmin koko maan tilannetta valaisevaa näkökulmaa.

Tutkimuksessa on pyritty välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Kohderyhmän jäsenet muodostuivat siis Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n jäsenistä koko Suomen alueelta huomioon ottaen, että kaikki yhdistyksen jäsenet eivät olleet leikattuja. Lisäksi kohderyhmään kuuluivat internetin lihavuusleikatuille suunnatut Facebook-ryhmät. Alun perin tarkoituksenamme oli kohdentaa tutkimuskysely vain lihavuusleikatuille henkilöille, mutta haastattelukontaktin ottaminen tietosuojatekijöiden (Laki henkilötietolaista 1999) ja erilaisten sisäänottokriteereiden perusteella osoittautui varsin haasteelliseksi. Lisäksi tarkempia sisäänottokriteereitä laatimatta pystyimme mahdollistamaan erittäin monen henkilön osallistumisen tutkimukseen. Näin saimme myös laajempaa näkemystä koko Suomen alueelta lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisista tuen ja ohjauksen tarpeista leikkauksen jälkeen, kun esimerkiksi hoitavaan sairaalaan sidottua kriteeriä tai leikkauksesta kulunutta aikaa ei ollut tarkemmin määritetty. Arvioimme, että oli melko epätodennäköistä, että

lihavuusleikkaamaton henkilö olisi kyselyyn vastannut, koska kysely painottui kokemuksellisuuden näkökulmaan.

Luimme molemmat tahollamme useaan kertaan tutkimuksen aineiston ja sen jälkeen aloitimme yhdessä tutkimusraportin kirjoittamisen. Päädyimme molemmat samoihin tuloksiin, jolloin reliabelius (luotettavuus) voitiin todeta. Pieni osa vastauksista oli sellaisia, joista ei voitu varmuudella sanoa, mitä vastauksella tarkoitettiin, jolloin reliabeliuden nimissä tällaiset vastaukset jätettiin analysoimatta. Saamamme aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin, jolloin voitiin varmistua tutkimuksen validiteetista (pätevyys). (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.)

Tutkimustoimintaan liittyvien eettisten ratkaisujen tavoitteena on tasaveroinen vuoro-vaikutus, yksilön kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuuden korostaminen. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.) Tutkimuskyselyä lähetettäessä oli tärkeää, että potilaan intymiteetti ja anonymiteetti säilyy. Potilaat saivat tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä kyselylomakkeen. Tutkimustiedotteessa painotettiin, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimusta tehdessämme tietosuojan kannalta oli merkittävää, että työelämän yhteistyökumppani huolehti kyselyiden lähettämisestä valikoidulle kohderyhmälle. Näin ollen kyselyyn vastanneiden henkilöiden intymiteetti ja anonymiteetti säilyi ja tietoa kerätessämme pystyimme varmistumaan myös siitä, ettei se loukkaisi tutkittavien yksityisyyttä tai identiteettiä. Aineisto käsiteltiin ja tulokset raportoitiin mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta siten, että tutkittavien intymiteetti ja anonymiteetti säilyi. Tutkimustulokset raportoitiin tutkimusmenetelmän vaatimusten mukaisesti ja raportissa asiat kirjoitettiin siinä muodossa kuin tutkimusongelmien käsittelyn näkökulmasta on aiheellista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 12–13.)

Olemme käyttäneet tutkimuksessamme vastaajien ilmaisemia autenttisia lainauksia runsaasti, että saisimme mahdollisimman totuuden mukaiset tulokset näkyviin sekä tuotua esiin vastaajien keskuudessa vallitsevan ilmapiirin, joka kvalitatiivisessa tutkimusotteessa on myös tavoitteena. Autenttisia lainauksia käyttäessämme huomioimme, että emme käytä liian tarkkoja lainauksia, josta vastaaja olisi mahdollisesti ollut jollakin asiayhteydellä tunnistettavissa.

### 7.3 Opinnäytetyön prosessi

Lihavuuden hoito on ollut paljon esillä mediassa ja sitä on ryhdytty terveydenhuollossa toteuttamaan myös kirurgisin toimenpitein. Kyseessä on suuri leikkaus, joka vaikuttaa koko ihmisen toimintaan niin fyysisesti, psyykkisesti kuin myös sosiaalisesti. Kiinnostuimme aiheesta, koska lihavuuskirurgia on yleistynyt viime vuosina, mutta tutkimustietoa on vielä kovin vähän leikkauksen vaikutuksista potilaan elämään pidemmällä aikavälillä. Sairaanhoidajapäivillä vuonna 2012 olimme kuuntelemassa tästä aiheesta luentoa ja se lisäsi entisestään kiinnostustamme tähän aiheeseen. Luennolla tuli ilmi se, että jatkotutkimuksia tästä aiheesta tarvitaan myös enemmän. Kiinnostusta herätti se, miten potilaat ovat kokeneet elämänmuutokset ja miten he ovat selvinneet niistä, millaista apua ja tukea he olisivat kaivanneet enemmän. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2013. Etsimme opinnäytetyöllemme toimeksiantajaa Jämsän, Tampereen ja Kuopion alueelta. Saimme yhteistyökumppaniksemme Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuuden hoitokeskuksen. Tapasimme toimeksiantajan edustajan ravitsemusterapeutin lokakuussa 2013 ja tällöin kävimme opinnäytetyön aihetta läpi tarkemmin ideapaperimme pohjalta.

Tutkimussuunnitelmamme valmistui tammikuussa 2014 ja lähetimme sen toimeksiantajalle tarkastettavaksi. Tutkimussuunnitelman valmistumisen jälkeen aloitimme opinnäytteeseen liittyvän tiedon hankinnan ja teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen. Maaliskuussa 2014 Jämsässä järjestettiin lihavuusleikkaukseen valmistautuville ja lihavuusleikkauksen läpikäyneille jämsäläisille ja kuhmoislaisille potilaille yhteinen ryhmätapaaminen, jonka tavoitteena oli vertaistuki leikkaukseen menevien ja jo leikattujen potilaiden kesken sekä ajatusten vaihtoa. Tilaisuudessa oli mahdollisuus esittää leikkaukseen liittyviä kysymyksiä ja tuoda esiin mieltä askarruttavia asioita. Otimme yhteyttä järjestäjään ja saimme mahdollisuuden osallistua tilaisuuteen.

Kevään ja kesän 2014 aikana laadimme kysymyslomaketta. Jämsässä pidetyssä ryhmätapaamisessa pohdimme esiin tulleita asioita ja päätimme huomioida myös niitä pohjana kysymyksillemme. Kävimme läpi myös aikaisempia tutkimuksia, joita oli tehty lihavuuskirurgisen potilaan hoidosta ja ohjauksesta. Kysymyksiä laatiessamme pyrimme huomioimaan jo tulevaa analysointimenetelmää. Kysymysten laatimisen koimme erittäin haasteelliseksi ja kysymyksiä muokattiinkin moneen kertaan. Alkukysyksistä laitoimme kysymyslomakkeen kommentoitavaksi työelämän edustajalle ja opettajallemme. Teimme tarvittavat korjaukset kysymyksiin ja kysely toteutettiin lokakuussa 2014. Heti marraskuun alussa aloitimme aineiston käsittelyn.

Teoriaopintojemme jälkeen olemme saaneet ohjausta opinnäytetyöhön opettajaltamme sähköpostilla. Toimeksiantajan ehdotuksesta opinnäytetyömme ohjaaja vaihtui touku-kuussa 2014. Tutkimussuunnitelman tarkentuessa ja valmistuessa aiemmin ohjaajanamme toimineen ravitsemusterapeutin mielestä, ohjaajan vaihto oppimisemme kanalta oli tavoitteellisempaa koska opinnäytetyössämme tulemme käsittelemään paljon muutakin aihealuetta, kuin ravitsemukseen liittyvää tukea ja ohjausta. Ohjaajan vaihtumista emme kokeneet mitenkään negatiivisena, eikä se siten vaikuttanut myöskään työmme etenemiseen. Toimeksiantajan ohjaajan sairaanhoitaja Merja Karppisen kanssa olemme pitäneet yhteyttä pääasiassa sähköpostilla, olemme saaneet häneltä kiitettävästi ohjausta ja vastauksia kysymyksiimme. Hänen mielenkiintonsa opinnäytetyötämme ja opiskeluamme kohtaan, on ollut myös erittäin suuri kannustava tekijä opintojemme etenemiseen kuin myös tulevaisuuden haasteisiimme sairaanhoitajan tehtävissä. Opinnäytetyömme ohjaajan Merja Karppisen kutsuimme myös opinnäytteemme julkistamisseminaariin, joka oli 5.2.2015 Diakonia-ammattikorkeakoulun tiloissa Piek-sämäellä. Kutsun lähetimme hänelle sähköpostilla. Ennen opinnäytetyömme luovutusta arvioitavaksi, toimitimme sen myös toimeksiantajallemme kommentoitavaksi.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut erittäin mielenkiintoista. Mielenkiintoa on lisännyt myös se, että olemme saaneet itse vaikuttaa aiheen valintaan. Yhteisen ajan löytäminen; eri työaikamuodot ja perhe, on ajoittain tuonut myös omat haasteensa. Sähköpostilla toimiminen on kuitenkin sujunut moitteettomasti niin opettajien, toimeksiantajan kuin meidän opiskelijoidenkin välillä. Opinnäytetyön tekemisessä olemme saaneet paljon tietoa lihavuuskirurgisen potilaan hoitotyöstä sekä psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarpeista.

Tämän opinnäytetyön myötä saimme paljon tietoa jota voimme hyödyntää sairaanhoitajan ammatissa ja kehittyessämme hoitotyön asiantuntijaksi. Lihavuuskirurgisen potilaan hoidossa on sairaanhoitajan huomioitava eettisiin periaatteisiin kuuluvat hyvän tekeminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, rehellisyys, luotettavuus, potilaan ihmisarvon ja oikeuksien kunnioittaminen ja puolustaminen. Eettisten ohjeiden tavoitteena on myös tukea sairaanhoitajaa väestön terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä. Sairaanhoitajan työssä kohtaamme erilaisia ihmisiä, joiden elämäntilanne on erilainen. Opinnäytetyössämme korostui se, että sairaanhoitajan työssä meidän tulee tukea ja lisätä niin fyysisesti kuin myös psyykkisesti potilaiden voimavaroja ja parantaa heidän elämänlaatuaan ja ottaa potilas mukaan omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Tämän lisäksi lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisessa tuen ja ohjauksen tarpeiden tunnistamisessa korostuu myös luottamuksellisuus aiheen arka-



luonteisuuden vuoksi. Hoitosuhde tulee perustua avoimuuteen ja vuorovaikutukseen sekä luottamukseen. Tutkimuksessa tuli selvästi ilmi, miten motivoituneita tutkimukseen osallistuvat henkilöt olivat oman terveytensä edistämiseen ja valmiita sitoutumaan pitkäkestoiseen hoitoon. Tässä opinnäytetyössä ammatillinen kasvumme karttui myös moniammatillisen yhteistyön osalta; miten yhdistyy sosiaali- ja terveystieteiden eri erikoisalojen ammattitaito, vertaistuki, työyhteisö, ystävät sekä omaiset. Sairaanhoitaja on tärkeä luoda yhteisiä linkkejä niin potilaan omaisten, läheisten ja muiden potilasta auttaneiden välillä. Leino - Kilpi ja Välimäen mukaan psyykinen yksityisyys on ihmisen henkistä koskemattomuutta ja sen perusteella jokainen voi itse päättää mitä ja miten paljon hän kertoo asioistaan toisille ihmisille. Sosiaalinen yksityisyys tarkoittaa sitä, että jokaisella itsellä on päätösvalta omasta sosiaalisesta verkostostaan (Leino - Kilpi & Välimäki 2009, 150 - 151.)

Tämän opinnäytetyön tekemisessä saimme vahvaa ammatillista tietoa siitä, että kipu on sitä, miksi potilas sen itse määrittelee. Kipua ei ole vain fyysiset tuntemukset vaan kipu voi olla niin fyysistä kuin myös psyykkistä. Kun kipu liittyy elimistöön, puhutaan fyysisestä kivusta ja vastaavasti psyykinen kipu koostuu pelosta, ahdistuksesta ja huolestumisesta. Esimerkiksi henkilön jäädessä perheen, ystäväpiirin tai työyhteisön ulkopuolelle, se voi aiheuttaa kipua, joka liittyy sosiaalisen kanssakäymisen puutteeseen. Fyysisesti potilaat toipuvat lihavuuskirurgisesta leikkauksesta hyvin, mutta psyykinen toipuminen voi olla hyvinkin raskasta ja tällöin sairaanhoitajalta vaaditaan vahvaa asiantuntemusta ja herkkyyttä nähdä ne osa-alueet, joissa potilas eniten tarvitsee tukea. Vuorovaikutus on erittäin oleellinen osa hoitotyötä ja sen myötä hoitosuhde muodostuu erilaisista vuorovaikutustilanteista. Yksi hoitotyön onnistumisen edellytyksiä ja sairaanhoitajan ammatillisuutta onkin se, että potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutus toimii. Kun tietoperusta lääketieteellisestä hoidosta on hallinnassa, voidaan laajentaa näkemystä kokonaisvaltaisemmaksi ajatteluksi. Sairaanhoitaja voi kohdata lihavuuskirurgisia potilaita hyvin erilaisissa työympäristöissä kuten esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolla, mielenterveystoimistossa, A-klinikalla, kotisairaanhoidossa ja vuodeosastolla.

Opinnäytetyömme kokonaisuudessaan annetaan Kuopion yliopistollisen keskussairaalan lihavuuden hoitokeskuksen käyttöön. Tuloksia voidaan hyödyntää aikuisten lihavuuden hoidossa, kun pyritään tunnistamaan lihavuuskirurgisten potilaiden psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarpeita niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyömme tallennetaan opinnäytetyötietokantaan (Theseus), josta informoimme myös Suomen lihavuusleikatut LILE ry:tä.

#### 7.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Tutkimustulosten mukaan lihavuusleikkauksen vaikutukset elämään ovat erittäin pitkäaikaisia ja hoidon vaikuttavuus on hyvin yksilöllistä. Keskeisenä tekijänä leikkaushoitoon päätymiselle tutkimustulosten mukaan on fyysinen sairastaminen. Eri tutkimusten mukaan lihavuusleikkaus parantaa pysyvämmiin, mutta tutkimustuloksiimme nojautuen voimme todeta, että lihavuusleikkaus voi tuoda mukanaan myös uusia ongelmia - niin psyykkisiä, fyysisiä kuin sosiaalisia - joihin sosiaali- ja terveystalouden ammattilaiset ja leikkaushoitoon päätyneet potilaat ei ole osanneet varautua. Ongelmat ovat usein hyvin yksilöllisiä potilaan elämäntilanteestakin riippuen. Tutkimustulostemme mukaan voidaan tehdä myös joitakin yleistettäviä johtopäätöksiä lihavuuskirurgisten potilaiden leikkauksen jälkeisistä psykososiaalisista tuen ja ohjauksen tarpeista.

Yleistettävänä johtopäätöksenä voidaan todeta että, vastaajat kokevat leikkauksen myötä elämänlaadun parantumisen ja elämänilon palautumisen sekä eliniän pituuden lisääntymisen. Nopean laihtumisen aiheuttaman kehonkuvan muutoksen vuoksi oma minäkuva tuottaa hämmennystä ja mielialan vaihteluita, joihin toivotaan saavan lisää tukea. Vertaistuki koetaan tärkeäksi. Leikkauksen jälkeen vastaajien oma rooli uusien elämäntapojen opettelussa ja tiedon hakemisessa korostuu. Itsenäinen tiedonhaku koetaan raskasteeksi silloin, kun tukea ja ohjausta ei ole saatavissa riittävässä määrin. Sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisilta saatu tuki liittyy lähinnä fyysiseen terveyteen liittyviin asioihin, joten alan ammattilaisten asiantuntemus kokonaisuutena lihavuuskirurgisen potilaan hoidossa koetaan riittämättömäksi ja tämän seurauksena tukea ja ohjausta joudutaan hakemaan useasta eri paikasta niin yksityissektorilta kuin myös julkiselta puolelta. Potilaalle annettavan tuen ja ohjauksen tarvetta korostetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimuksen tulosten perusteella lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen ohjauksen ja tuen tarve nousee voimakkaammin esiin pidemmällä aikavälillä, jopa yli kaksi vuotta leikkauksen jälkeen. Moni lihavuuskirurginen potilas kuitenkin kokee jäävänsä tässä vaiheessa yksin. Tutkimustulosten perusteella jatkotutkimuksia tulee suunnata lihavuuskirurgisen potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseen siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Lisäksi jatkotutkimuksia tulee suunnata lihavuuskirurgisen potilaan sosiaalisen verkoston merkitykseen leikkauksen suunniteltaessa ja leikkaushoidon jälkeen hoitoon sitoutumisen edistämiseksi.

Psykososiaalisia muutoksia lihavuuskirurgiset potilaat havaitsivat pääsääntöisesti vastaputten, kun leikkauksesta oli kulunut pidemmän aikaa ja tilanne oli fyysisiltä vaikutuksiltaan niin sanotusti vakiintunut. Tutkimuksesta ilmeni, että moni lihavuuskirurginen poti-

las olisi tarvinnut psyykkistä tukea enemmän kuin mitä sai. Ehdotamme, että psykososiaalisten tuen ja ohjauksen tarpeiden tunnistamiseksi lihavuuskirurgisten potilaiden hoidon arvioinnissa käytetään mielialaseulaa. Tämän lisäksi ehdotetaan, että hoitopolku ja -ketju lihavuuskirurgisille potilaille kuvataan selkeästi sekä terveydenhuoltohenkilöstön mielenterveysosaamista tuetaan ja vahvistetaan koulutusta lisäämällä. Tutkimuksessamme tuli ilmi myös se, että potilaat haluavat enenevässä määrin ravitsemukseen liittyvää neuvontaa. Ehdotamme, että lihavuuskirurgisille potilaille järjestetään ravitsemusterapeutin helpompi tavoitettavuus; esimerkiksi puhelinvastaanotto tai ”NettiRavo” -toiminnalla.

### 7.5 Yhteenveto tutkimustuloksista

Aineistosta ilmeni, että vastaajat kokivat syyllisyyttä ulkopuolisten kommentteista lihavuusleikkauksen tarpeesta. Syyllisyyden kokemusta aiheuttivat useat erilaiset ajatukset ja tunteet, kuten kykenemättömyys itsenäiseen painonpudottamiseen ja siten ”yhteiskunnan varojen kuluttaminen”. Syyllisyyden ja häpeän tunteita vastaajat kokivat myös ulkopuolisten negatiivisen suhtautumistavan vuoksi syntyneen. Toisaalta vastaajat huomioivat tuntemuksistaan huolimatta, että he olivat saaneet leikkauksesta merkittävänkin hyödyn omien sairauksiensa hoitoon ja sitä myöten myös kokivat hallinnan tunteen ja omahoitoon sitoutumisen lisääntyneen. Pelkoa ja epävarmuutta vastaajat kokivat elämäntapamuutosten epäonnistumisesta sitä enemmän, mitä pidempi aika leikkauksesta oli kulunut. Pelkoa ja epävarmuutta vastaajat kokivat myös silloin, kun leikkauksesta oli aiheutunut heille terveydentilan kannalta merkittäviä komplikaatioita. Vastaajat toivoivat leikkauksen tuomista mahdollisista riskeistä enemmän tietoa ennen henkilökohtaista leikkaukspäätöstä. Vastaajat olivat havainneet, että oma suhtautuminen syömiseen ei välttämättä ollut muuttunut, jolloin he kokivat ravitsemuksen toteuttamisesta tulleen eräänlainen suorite elämäänsä. Vastauksista havaitsimme kuitenkin myös, että erilaisten selviytymiskeinojen omaavat vastaajat olivat onnistuneet elämäntapamuutoksissaan hyvin, jolloin stressiä aiheuttavat tekijät olivat vaihtuneet painonhallinnasta muihin asioihin. Mielialan vaihtelut vastaajat kokivat suhteellisen raskaina ja sen myötä vastaajat kokivat vertaistuen sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten antaman tuen ja ohjauksen tärkeänä hoidon onnistumisessa. Vastaajat kokivat leikkauksen pääsääntöisesti merkittävänä elämänlaatua parantavana tekijänä psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kohenemisen myötä. Aineistosta kuitenkin ilmeni myös, että vaikka laihtuminen parantaa monella tavalla elämänlaatua, liittyy siihen myös psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä pelkoja ja epävarmuuksia. Mie-

lenterveyteen liittyviin tekijöihin kiinnitettiin leikkauksen jälkeen enemmän huomiota kuin ennen leikkausta ja vastaajat toivoivat, että jo ennen leikkausta ammattilaisen tukema ”psykkinen valmennus” muutokseen olisi aiheellista. Psykkisen muutosprosessin voimakkuus oli yllättänyt valtaosan vastaajista.

## LÄHTEET

- Ahonen, Outi; Blek-Vehkaluoto, Mari; Ekola, Sirkka; Partamies, Sanna; Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Anteroinen, Niina & Hämäläinen, Maria 2013. Lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarve. Parannusehdotuksia ohjauksen ja tuen antamiseen lihavuusleikattujen ohjaukokemusten pohjalta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki. Opinnäytetyö. Viitattu 14.9.2014  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65257/opinnaytetyo.pdf?sequence=1>
- Anttila, Pirkko 1998. Triangulaatio ja tutkimuksen luotettavuus. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 29.12.2014.  
[http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_4triangulaatio\\_ja\\_tutkimuksen\\_luotettavuus](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_4triangulaatio_ja_tutkimuksen_luotettavuus)
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.  
[http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/C\\_17\\_ISBN\\_9789524930994.pdf](http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/C_17_ISBN_9789524930994.pdf)
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Henkilötietolaki 1999/523. 22.4.1999. Viitattu 4.10.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Ikonen, Tuija S.; Anttila, Heidi; Gylling, Helena; Isojärvi, Jaana; Koivukangas, Vesa; Kumpulainen, Tuija; Mustajoki, Pertti; Mäklin, Suvi; Saarni, Samuli; Saarni, Suoma; Sintonen, Harri; Victorzon, Mikael & Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2009. Helsinki. Yliopistopaino.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY
- Karppinen, Merja 2015. Sairaanhoidtaja, Kuopion yliopistollinen sairaala lihavuuden hoitoyksikkö. Henkilökohtainen tiedonanto 12.1.2015.

Kuopion yliopistollinen sairaala. Kliininen ravitsemuksen yksikkö. Viitattu 28.9.2014.

<http://www.psshp.fi/nettihenkreika/nettibr304/teema.htm#teksti5>

Kylmä, Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki WSOY.

Käkelä, Pirjo; Torström, Jaana; Venesmaa, Sari; Ilves, Imre; Junnila, Eeva-Liisa; Penttinen, Kaija; Martikainen, Tarja; Gylling, Helena; Pääkkönen, Matti & Pihlajamäki, Jussi 2013. Mahalaukun ohitus lihavuusleikkauksena: yhden keskuksen kymmenen vuoden kokemukset ja seurannan haasteet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(7):756-64

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=6C00EECBEB7E63E6189E5FC7C05631EA?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=diabetes&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10906](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=6C00EECBEB7E63E6189E5FC7C05631EA?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=diabetes&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10906)

Lautala, Tiina 2012. Laihdutusleikkauksesta alkoholi ongelmien riski. Suomen Lääkärilehti. 19.06.2012. Viitattu 2.2.2015.

[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=12224/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=12224/type=1)

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY Opimateriaalit Oy 2008.

Lihavuus: aikuiset. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011. Helsinki Viitattu 30.9.2013. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Lihavuus: aikuiset. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013. Helsinki. Viitattu 18.12.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=C02455CAA7720063436428E2F14FC56?id=hoi24010>

Lihavuus: aikuiset. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2013. Viitattu 8.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=9916DBA0C5F1448A7D3D4204A1675707?id=hoi24010>

Lihavuusleikkausten nykytilanne Suomessa. 2015. Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistys. Viitattu 15.1.2015. <http://limery.fi/index.php?mid=8&pid=31>

- Martikainen, Tarja 2015. Ravitsemusterapeutti, Kuopion yliopistollinen sairaala lihavuuden hoitoyksikkö. Henkilökohtainen tiedonanto, 2.2015.
- Mustajoki, Pertti 2013. Lihavuusleikkaus. Helsinki. Duodecim. Viitattu 13.1.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00845](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845)
- Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Duodecim. Hämeenlinna. Karisto Oy.
- Männikkö, Pirita 2014. Polku, jolta ei tarvitse poiketa. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti Tesso. 6. vuosikerta, 17–21. Viitattu 6.3.2014.
- Pekkarinen, Tuula 2012. Lihavuusleikkauspotilaan seuranta. Suomen lääkärilehti 67 (3), 157–160.
- Pekurinen, Markku 2006. Mitä lihavuus maksaa? Duodecim. 2006;122 (10):1213-4. Viitattu 29.1.2015.  
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95744.pdf>
- Rekola, Leena; Häggman-Laitila, Arja; Mattila, Lea-Riitta & Palomaa, Tarja. 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. Tutkiva Hoitotyö Vol. 11(2), 2013.
- Silvennoinen-Nuora, Leena 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Sosiaali- ja terveysministeriö i.a. Elintavat ja elinympäristö. Viitattu 30.1.2015. Saatavilla: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/elintavat>
- Suomen lihavuusleikatut LILE ry. 2013. Viitattu 9.1.2015. <http://www.lile.fi/>
- Sydänliitto. 2008. Laihdutusleikkaus parantaa pysyvämmiin. Sydänliiton verkkolehti. 2008. Viitattu 2.3.2014
- Tupakointi ja lääkeaineinteraktiot Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011. Helsinki.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01829&suositusid=hoi40020>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Tammi.
- Tuomiluoma, Petteri & Tuomioksa, Aki 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaustarpeet, kuvaus haastatteluista ennen ja jälkeen leikkauksen. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki. Opinnäytetyö. Viitattu 19.12.2014.  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/48111/optuomiluomaoksa.pdf?sequence=1>

## LIITE 1 Saatekirje kyselylomakkeeseen

### ARVOISA VASTAAJA

Olemme Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen toimipaikassa olevia sairaanhoitaja-opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää suomalaisten lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia siitä, minkälaisia psykososiaalisen avun ja tuen tarpeita he ovat kokeneet leikkauksen jälkeen.

Tutkimuksen toimeksiantajana on Kuopion yliopistollisen sairaalan lihavuuden hoitokeskus, jonka kirurgian klinikassa lihavuusleikkauksia on tehty 20 vuoden ajan. Tutkimuksen toteuttamiseksi yhteistyötä tehdään Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n kanssa, joka on lihavuusleikkauspotilaiden vertaistukiyhdistys.

Kysely suoritetaan Webropol web-kyselyohjelmalla Lile ry:n verkkosivujen kautta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule tutkimuksen missään vaiheessa esille. Kyselylomakkeen vastaukset tulevat vain opinnäytetyöntekijöiden käyttöön.

Pyydämme ystävällisesti teitä vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin.

Odotamme vastaustasi kyselyyn 19.10.2014 mennessä.

Yhteistyöstäsi kiittäen

Anu Leppänen  
sairaanhoitajaopiskelija

Riikka Leppänen  
sairaanhoitajaopiskelija



## LIITE 2 Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto

## 1. Ikä

- a) 20 - 30 v.
- b) 31 - 40 v.
- c) 41 - 50 v.
- d) 51 - 60 v.
- e) 61 - 70 v.

## 2. Sukupuoli

- a) Nainen
- b) Mies

## 3. Oletteko kertoneet Teille tehdystä toimenpiteestä avoimesti muille henkilöille (esim. sukulaiset, ystävät, työtoverit jne.)?

- a) Kyllä
- a) En

## 4. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ”en”, kertokaa miksi ette ole kertoneet Teille tehdystä toimenpiteestä muille henkilöille?

---

---

---

5. Missä määrin koette seuraavat asiat haasteellisina? Laittakaa yksi raksi valitsemanne vaihtoehdon kohdalle.

	En lain- kaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon
Tavoitepainon ylläpitäminen				
Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen				
Uusiin ravitsemustottumuksiin sopeutuminen				
Liikunnan harrastaminen				
Elämäntapamuutoksen säilyttäminen				
Muu, mikä?				

6. Onko jokin seuraavista asioista saanut elämässänne suuremman merkityksen leikkauksen jälkeen, kuin mitä se ennen leikkausta oli? Laittakaa yksi raksi valitsemanne vaihtoehdon kohdalle.

	Ei lain- kaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon
Liikunta				
Ulkonäkö				
Tupakka				
Alkoholi				
Sosiaalinen kanssakäyminen				
Muu, mikä?				

7. Kertokaa miten toimenpiteen jälkeen omat odotuksenne terveyteen liittyen ovat täyttyneet?

---



---



---

8. Millaisia muutoksia olette havainneet mielialassanne leikkauksen jälkeen (esim. epävarmuus omasta pystyvyydestä, stressi, ahdistus, pelko, iloisuus, avoimuus, virkeys, muu)?

---



---



---

9. Millaisia vaikutuksia leikkauksella on ollut elämänlaatuunne?

---



---



---

10. Oletteko joutuneet kääntymään sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilön puoleen seuraavissa asioissa sairaalasta kotiutumisenne jälkeen? Laittakaa yksi raksi valitsemanne vaihtoehdon kohdalle.

	Ei lain- kaan	Vähän	Jonkin verran	Paljon
Ulkonäön muutoksiin liittyvissä asioissa				
Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvissä asioissa				
Mielialaan liittyvissä asioissa				
Fyysiseen terveyteen liittyvissä asioissa				
Liikuntaan liittyvissä asioissa				
Tupakoinnin lisääntymiseen liittyvissä asioissa				
Alkoholin käytön lisääntymiseen liittyvissä asioissa				
Muu, mikä?				

11. Mistä tai keneltä olette saaneet tarvitsemaanne ohjausta tai tukea leikkaustoimenpiteestä toivuttuanne ja sairaalasta kotiutumisenne jälkeen? (esim. puoliso, ystävät, sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöt, vertaistukiyhdistykset, muu?)

---

---

---

12. Millaista saamaanne tuki tai ohjaus on ollut ja mihin se on liittynyt?

---

---

---

13. Millaisissa asioissa leikkaustoimenpiteestä toipumisen ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen tarvitsitte tai olisitte tarvinneet enemmän tukea ja ohjausta?

Kiitos vastauksistanne.

## LIITE 3 Sisällön analyysi

## Kysymys 13. Tuen tarve leikkauksen jälkeen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Pääkategoriat
Riittävä energiansaanti	Ravitseminen ja lääkehoito	<b>ELÄMÄNHALLINTA</b>
Ateriarytmi		
Alkoholin käyttö		
Lääkkeiden turvallinen käyttö, kun ruoansulatuselimistön anatomia ja fysiologia ovat muuttuneet		
Painonhallinta		
Liikkuminen	Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen	
Päivittäiset askareet		
Tuki- ja liikuntaelimestön muutos/kehonhallinta		
Lastenhoito		
Uusien elämäntapojen oppiminen		
Epäonnistumisen pelko	Psyykinen hyvinvointi	
Kehonkuvan muutos		
Syömisen hallinta		
Mielialan vaihtelut		
Minäkuvan muutos		
Tunteiden käsittely		
Itsetuntoon liittyvä pukeutuminen		
Plastiikkakirurgia		