

Pieta Kvist & Nelli Stenmark
POSTOPERATIIVINEN OHJAUS LIHAVUUSKIRURGISEN
POTILAAN KOKEMANA

Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2013

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika joulukuu 2013	Tekijät Pieta Kvist ja Nelli Stenmark
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi POSTOPERATIIVINEN OHJAUS LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN KOKEMANA		
Työn ohjaaja TtM Kirsi Ahonen	Sivumäärä 43+16	
Työelämäohjaaja Ravitsemussuunnittelija Minna Nykänen		
Opinnäytetyön tarkastaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata, millaisena lihavuuskirurgiset potilaat olivat kokeneet saamansa postoperatiivisen ohjauksen Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymän, Kiurun, endokrinologian poliklinikalla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla postoperatiivista ohjausta voidaan kehittää vastaamaan paremmin lihavuuskirurgisten potilaiden tarpeita. Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen. Aineiston keruu tehtiin avoimella kyselylomakkeella syksyllä 2012 sekä keväällä 2013 ja tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että lihavuuskirurgiset potilaat olivat saaneet ravitsemus-suosituksen mukaista ohjausta ravintoon ja ruokailuun liittyvistä asioista. Lisäksi potilaita oli ohjattu ja tuettu painonhallintaan sekä elämäntapamuutokseen. Psykososiaalinen tuki ja ohjaus oli ollut vähäistä. Lihavuuskirurgiset potilaat olivat kokeneet ohjauksen pääasiassa positiivisena ja ohjauksen sisältöön sekä tapoihin oltiin yleisesti tyytyväisiä. Psykkiseen hyvinvointiin, jaksamiseen ja sopeutumiseen liittyvää ohjausta voisi kuitenkin olla nykyistä enemmän. Jatkossa ohjauksessa olisi myös hyvä huomioida entistä paremmin asiakkaiden yksilölliset tarpeet. Tuloksista ilmeni, että vertaistukiryhmällä on tärkeä rooli psykososiaalisen tuen antajana. Ryhmän tapaamisia voisikin entisestään kehittää vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen tarpeista voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollon jatkoseurannassa.</p>		

Asiasanat

lihavuus, lihavuuskirurginen potilas, postoperatiivinen ohjaus

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Kokkola-Pietarsaari Unit	Date December 2013	Author Pieta Kvist & Nelli Stenmark
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis THE POSTOPERATIVE GUIDANCE AS EXPERIENCED BY A BARIATRIC PATIENT		
Instructor Kirsi Ahonen		Pages 43+16
Supervisor Minna Nykänen		
Thesis Inspector Annukka Kukkola		
<p>The purpose of this work was to find out and to describe how the bariatric patients had experienced the postoperative guidance they had in the endocrinological clinic in Central Ostrobothnia Federation of Municipalities for Specialised Medical Care, Kiuru. The target was to produce knowledge by which to improve the postoperative guidance to meet better the bariatric patients' needs. The approach was qualitative. The data was collected by an open questionnaire during the autumn 2012 and the spring 2013 and the results were analyzed by inductive content analysis method.</p> <p>As a result of the work was found out that the bariatric patients had been given guidance about food and eating habits in accordance with the nutritional recommendation. In addition, the patients had been guided and supported to weight control and to change their ways of living. There had been a little psycho-social support and guidance. As for the guidance, the bariatric patients had mainly positive experience and in general they were satisfied with the content and methods of the guidance. However, there might have been more guidance for mental well-being, and adaptation than there is now. In the future, it might be good to pay more attention to individual needs of the patients. In the results of the work it was found that peer groups are in big role in giving psycho-social support and the meetings should be developed better to meet the needs of the patients.</p> <p>The results of this work about the bariatric patients' needs for guidance can be used to develop nursing methods both in special nursing and in follow-up work in basic level health care.</p>		

Key words

obesity, bariatric surgery, postoperative guidance

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Lihavuus terveysongelmana	3
2.2 Lihavuuden hoito terveydenhuollossa	4
2.3 Lihavuuskirurgisen potilaan elämänmuutoksen tukeminen ja seuranta	7
2.4 Potilaan ohjaaminen osana hoitotyötä	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET	12
4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TUTKITTAVAT	13
5 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTONKERUU JA AINEISTON ANALYYSI 15	
5.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa	15
5.2 Aineiston keruu avoimella kyselylomakkeella.....	16
5.3 Tulosten prosessointi induktiivisella sisällönanalyysillä.....	17
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	19
6.1 Ravintoon ja ruokailuun liittyvä ohjaus	19
6.2 Painonhallintaan liittyvä ohjaus	21
6.3 Psykkiseen hyvinvointiin liittyvä ohjaus	22
6.4 Sosiaaliseen elämään liittyvä ohjaus.....	23
6.5 Ohjauksen vahvuudet ja kehittämishaasteet	24
7 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA	26
7.1 Opinnäytetyön etiikka.....	26
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	28
7.3 Opinnäytetyön tulosten pohdinta.....	31
7.3.1 Ravitsemukseen liittyvä ohjaus	32
7.3.2 Painonhallintaan liittyvä ohjaus.....	33
7.3.3 Psykkiseen hyvinvointiin liittyvä ohjaus.....	34
7.3.4 Sosiaaliseen elämään liittyvä ohjaus	35

7.3.5 Kokemuksia ohjaussuhteesta ja -tilanteesta.....	36
7.3.6 Ohjauksen kehittämistarpeet.....	37
7.4 Opinnäytetyöstä nousseita jatkotutkimusaiheita	38
7.5 Omien oppimiskokemusten pohdinta	38
8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	40
LÄHTEET	41
LIITTEET	
KUVIOT	
Kuvio 1. Lihavuusleikkausmenetelmiä.....	6
Kuvio 2. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat.....	12
TAULUKOT	
Taulukko 1. Sisällön analyysi lihavuusleikattujen postoperatiivisesta ohjauksesta (LIITE 5)	

1 JOHDANTO

Lihavuus on kansanterveysongelma, joka aiheuttaa suomalaiselle yhteiskunnalle huomattavia kustannuksia. Se lisää sosiaali- ja terveydenhuollon kuluja, työntekijöiden sairauspoissaoloja sekä aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. Lihavuus lisää pitkäaikaissairauksien, erityisesti II-typin diabeteksen, riskiä. Lisäksi vaikeasti lihavat kärsivät enemmän masennuksesta ja huonontuneesta elämänlaadusta kuin muu väestö. Vuonna 2007 tehdyn Finnriski-tutkimuksen mukaan maassamme oli noin 170 000 vaikeasti ja sairaalloisesti lihavaa työkäistä. (Mustajoki, Koivukangas, Gylling, Malmivaa-ra, Ikonen & Victorzon 2009, 2249–2253.)

Lihavuutta voidaan hoitaa monin tavoin ja eri hoitomuotojen tehot, hyödyt ja haitat ovat hyvin tiedossa. Aikuisten lihavuuden hoidosta on julkaistu Käypä hoito-suositus vuonna 2011. Vaikean ja sairaalloisen lihavuuden kirurgisia hoitovaihtoehtoja ovat laparoskooppiset mahalaukun ohitus-, kavennus- ja pantaleikkaukset. (Mustajoki ym. 2009, 2249–2253.) Vuonna 2012 Suomessa tehtiin 1055 lihavuuskirurgista leikkausta (Foteg 2013) ja lihavuusongelman kirurginen hoito onkin ajankohtainen aihe terveydenhuollossa. Sitä ei ole kuitenkaan vielä tutkittu potilasohjauksen kannalta maassamme kovinkaan paljon. Mattilan, Rekolan ja Häggman-Laitilan (2012) katsauksesta ilmeni, ettei lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeista ole tehty Pohjoismaissa lainkaan laadullista tutkimusta. Katsauksessa oli tarkasteltu 22 aiheesta tehtyä kansainvälistä tutkimusta, joista suurin osa oli tehty Yhdysvalloissa. (Mattila ym. 2012, 246–261.) Suomessa aiheesta on tehty pienimuotoista tutkimusta. Esimerkiksi Peijaksen sairaala ja Metropolia ammattikorkeakoulu toteuttivat vuosina 2009–2012 pääkaupunkiseudulla yhteisen hankkeen, jonka puitteissa tehtiin useita opinnäytetöitä lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeista.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän, Kiurun, endokrinologian poliklinikan henkilöstön kanssa. Kiuru ostaa lihavuusleikkaukset Vaasan keskussairaaltalta ja ne ovat tyypiltään vatsalaukun ohitusleikkauksia. Vuonna 2012 Vaasassa tehtiin 106 lihavuuskirurgista leikkausta (Foteg 2013). Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston keruu tehtiin avoimella kyselylomakkeella

syksyllä 2012 ja keväällä 2013. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata lihavuusleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Kiurussa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla endokrinologian poliklinikan sairaanhoitajat sekä ravitsemusterapeutti voivat kehittää lihavuusleikattujen potilaiden postoperatiivista ohjausta. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli opinnäytetyöprosessin aikana kehittää sairaanhoitajan ammatin kannalta tärkeitä taitoja, kuten tutkimusosaamista, kriittistä ajattelua ja tiimityöskentelyä.

Opinnäytetyömme aiheen valinta nousi työelämän tarpeesta sekä omasta kiinnostuksestamme tutkittavaa potilasryhmää kohtaan. Lihavuuskirurgisia potilaita on tutkittu Suomessa hyvin vähän eikä Kiurussakaan ollut aikaisemmin selvitetty heidän kokemuksiaan saamastaan ohjauksesta. Lihavuusleikkaus on radikaali toimenpide, joka vaatii henkilöä muuttamaan elämäntapansa koko loppuelämän ajaksi. Leikkaukset kuitenkin lisääntyvät koko ajan. Tulevina hoitajina pidimme lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen tarpeiden selvittämistä erittäin tärkeänä. Opinnäytetyö voi myös auttaa endokrinologian poliklinikan henkilökuntaa kehittämään postoperatiivista ohjausta niin, että se vastaa paremmin potilaiden tarpeita.

Laadukas ohjaus on potilaan terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua edistävää. Sillä voidaan vaikuttaa kotona selviytymiseen, hoitoon sitoutumiseen, omahoitoon sekä itsenäiseen päätöksentekoon. Paitsi että ohjauksessa annetaan tietoa, sen avulla autetaan potilasta ymmärtämään ja muistamaan elämäntilanteeseensa ja terveydentilaansa liittyviä asioita paremmin. Laadukas ohjaus saattaa myös vähentää masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä lievittää yksinäisyyttä. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 145.) Lihavuuskirurgiset potilaat käyvät leikkauksen jälkeen vuoden ajan seurantaikäynneillä Kiurussa, ennen kuin he siirtyvät perusterveydenhuollon jatkokontrolleihin. Ohjaus onkin hoitotuloksen kannalta tärkeää. Sen avulla potilaalle annetaan mahdollisimman hyvät valmiudet painonhallintaan, itsestä huolehtimiseen ja omaan vastuullisuuteen, jotta hän selviää jatkossa perusterveydenhuollossa ja painon pudotus jää pysyväksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Luvussa on koottuna lyhyesti opinnäytetyön keskeinen tietoperusta. Ensimmäinen alaluku käsittelee lihavuutta terveysongelmana; sen syitä sekä seurauksia yksilölle ja terveydenhuollolle. Toisessa alaluvussa on keskitytty lihavuuden konservatiivisiin ja kirurgisiin hoitovaihtoehtoihin ja kolmannessa lihavuuskirurgisen potilaan elämäntapamuutoksen tukemiseen ja seurantaan. Viimeinen alaluku käsittelee asiakaslähtöisen potilasohjauksen periaatteita.

2.1 Lihavuus terveysongelmana

Lihavuus määritetään laskemalla kehon painoindeksi (BMI, body mass index). BMI 25 kg/m^2 tai enemmän merkitsee ylipainoa, $30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$ lihavuutta, $35\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$ vaikeaa lihavuutta ja yli 40 kg/m^2 sairaalloista lihavuutta. (Käypä hoito -suosituksen päivitystietelmä 2011.) Se voi johtua monista tekijöistä: synnynnäisistä syistä, lihomisen laukaisseista elämäntapahtumista, tunnesyömisestä tai toistuvista laihdutuskuureista, joita on seurannut painonnousu (Ikonen, Anttila, Gylling, Isojärvi, Koivukangas, Kumpulainen, Mustajoki, Mäklin, Saarni, Saarni, Sintonen, Victorzon & Malmivaara 2009, 130). Lihavat selittävät tutkimusten mukaan ylipainoan lukuisilla eri syillä, kuten raskausajan painonnousulla, psyykkisillä syillä tai työolosuhteilla (Hänninen, Kaukua & Sarlio-Lähteenkorva 2006, 1626–1627).

Vaikea lihavuus aiheuttaa runsaasti lääketieteellisiä ja psykiatrisia terveysongelmia, lisääntynyttä kuolleisuutta sekä kohonneita terveydenhuollon kustannuksia (Marcus, Kalarchian & Courcoulas 2009). Lihavuuteen liittyy monenlaisia sairauksia, kuten tyypin 2 diabetes, hyperlipidemia, verenpaine- ja obstruktiivinen uniapnea. Se lisää myös sydänsairauksien ja aivoverenkiertohäiriöiden, astman, tuki- ja liikuntaelinsairauksien (Buchwald, Avidor, Braunwald, Jensen, Pories, Fahrenbach & Schoelles 2004) sekä lisääntymisterveyden ongelmien riskiä (Koskela-Koivisto, Juuti & Tiitinen 2012, 259–263). Lisäksi lihavuus aiheuttaa työkyvyttömyyttä sekä huonontaa elämänlaatua ja toimintakykyä (Mustajoki ym. 2009, 2250).

Lihavuus vaikeuttaa yksilön elämää monella tavalla. Se vaikuttaa työelämässä suoriutumiseen sekä rajoittaa itsenäistä elämää ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Lisäksi sillä voi olla vaikutusta ystävyys- ja seurustelusuhteisiin, avioliittoon, seksuaalisuuteen, vanhemmuuteen ja minäkuvaan. Lihava henkilö kokee kehonsa ahdistavana ja vieraana. Usein myös suhde ruokaan ja syömiseen on vääristynyt. Elämänlaatua huonontaa syrjintä, jota lihavat kohtaavat usein perheessä, työelämässä ja yhteiskunnassa sekä jopa terveydenhuoltohenkilöstön taholta. (Ikonen ym. 2009, 144; Saarni, Anttila, Saarni, Ikonen & Malmivaara 2009, 2289.) Lihavaan henkilöön suhtaudutaan usein stereotyyppisesti. Hänet voidaan leimata tyhmäksi, laiskaksi, saamattomaksi ja heikkoluonteiseksi, koska hän ei kykene hallitsemaan omaa painoaan. (Saarni, Anttila, Saarni, Mustajoki, Koivukangas, Ikonen & Malmivaara 2009, 2282.)

2.2 Lihavuuden hoito terveydenhuollossa

Lihavuuden hoitoa tarjotaan terveydenhuollossa henkilöille, joilla on lihavuuden aiheuttamia sairauksia tai riski sairastua niihin (Käypä hoito -suositusten päivitystiivistelmä 2011; Mustajoki ym. 2009, 2249–2253). Hoitomuodon valintaan vaikuttavat lihavuuden aste ja siihen liittyvät sairaudet, henkilön oma mielipide sekä terveydenhuollon resurssit (Mustajoki ym. 2009, 2252). Varsinkin hedelmällisessä iässä olevien, lapsettomuudesta kärsivien naisten lihavuutta pitäisi hoitaa ajoissa ja tehokkaasti, jotta hormonaaliset poikkeavuudet korjaantuisivat ja raskauden mahdollisuus parantuisi (Koskela-Koivisto ym. 2012, 259–263).

Lihavuuden konservatiiviseen hoitoon kuuluu elämäntapaohjaus yhdistettynä niukkaenergisyyteen, alle 800 kcal vuorokaudessa sisältävään, ENE-ruokavalioon ja lääkehoitoon. Elämäntapaohjaus on suunnitelmallista, ja siihen liittyy useita ohjauskertoja. Se toteutetaan tavallisesti ryhmässä, jossa keskustellaan ruokavaliosta ja liikunnasta sekä niitä ohjaavista ajatuksista ja asenteista. (Käypä hoito -suositusten päivitystiivistelmä 2011; Mustajoki ym. 2009, 2252.) Elämäntapaohjauksella pyritään pysyvään 5–10 % laihtumistulokseen, jolla on todettu olevan hyviä vaikutuksia terveyteen (Mustajoki ym. 2009, 2252). Tutkimusten mukaan tämänhetkiset konservatiiviset lihavuuden hoitomenetelmät ovat kuitenkin riittämättömiä sairaalloisen ja vaikean lihavuuden hoidossa (Mustajoki ym. 2009, 2249–

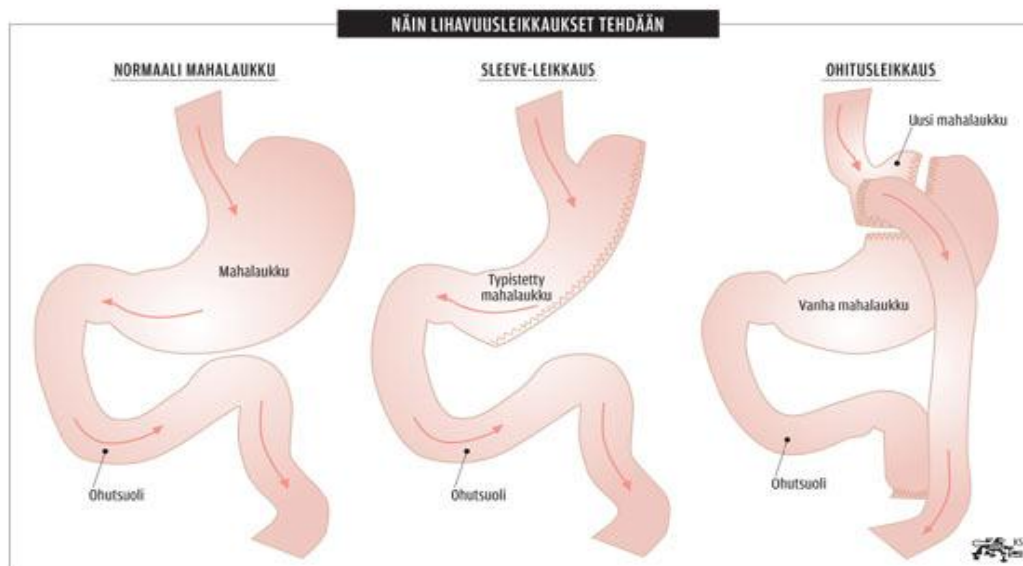
2250; Marcus ym. 2009) ja niihin voidaan liittää vain kohtuullinen painonlasku, jota seuraa lihominen uudestaan (Marcus ym. 2009).

Lihavuuskirurgialla voidaan tutkimusten mukaan kohentaa huomattavasti vaikeasti ja sairaalloisesti lihavien henkilöiden terveyttä ja elämänlaatua (Mustajoki ym. 2009, 2249–2250). Hoitomenetelmiä ovat vatsalaukun ohitus-, kavennus- ja pantaleikkaukset, jotka tehdään laparoskooppisesti eli tähystämällä. Toimenpiteen valinta perustuu potilaan yksilölliseen arviointiin. (Ikonen ym. 2009, 14.) Lihavuusleikkaus on tehokas hoitomuoto sairaalloisen lihaville henkilöille, sillä se rajoittaa energiansaantia huomattavasti (Rantala 2012, 48). National Institutes of Health suosittelee lihavuuskirurgiaa henkilöille, joiden BMI on 40 kg/m^2 tai enemmän. Toisena kohderyhmänä ovat henkilöt, joiden BMI on $35\text{--}40 \text{ kg/m}^2$ ja joilla on lisäksi lihavuudesta johtuvia liitännäissairauksia, mutta kuitenkin hyväksyttävät leikkausriskit. Henkilöiden tulee olla hyvin informoituja ja motivoituneita. (Marcus ym. 2009.) Leikkaus tehdään vain henkilöille, joita konservatiivinen hoito ei ole auttanut painonpudotuksessa (Käypä hoito -suosituksen päivitystiivistelmä 2011). Tavallisesti lihavuusleikkauksia tehdään 20–60 -vuotiaille, mutta harkinnan mukaan leikkaus voidaan tehdä myös sitä vanhemmille henkilöille (Mustajoki ym. 2009, 2252–2253). Leikkaukselle on muutama selkeä vasta-aihe. Näitä ovat akuutti tai riittämättömästi hoidettu psyykinen sairaus, jonkin aineen väärinkäyttö tai riippuvuus (Mustajoki ym. 2009, 2252–2253; Marcus ym. 2009), kyvyttömyys osallistua päätöksentekoon sekä haluttomuus noudattaa postoperatiivisia ohjeita (Marcus ym. 2009).

Ennen leikkausta potilaalle on annettava riittävästi tietoa toimenpiteestä ja varmistettava, että hän ymmärtää leikkauksen peruuttamattomuuden ja sen aiheuttaman elämänmuutoksen (Saarni ym. 2009, 2283; Victorzon, Mustajoki, Gylling, Anttila, Ikonen, Malmivaara & Koivukangas 2009, 2259, 2262). Leikkausta harkitsevan on hyväksyttävä leikkaukseen liittyvät riskit sekä ruokavalion ja liikkumisen muuttamisen välttämättömyys loppuelämän ajaksi. Leikkauksen jälkeiseen elämään kuuluu säännöllinen terveydentilan seuranta, johon potilaan pitää sopeutua. Potilaille voi olla epärealistisia odotuksia painonlaskun suhteen ja myös näistä on hyvä keskustella ennen leikkausta. (Marcus ym. 2009; Westerbacka 2009, 16.) Potilaan on oltava tietoinen, että psykososiaaliset ongelmat ja esimerkiksi avioliittoon liittyvät vaikeudet eivät välttämättä parannu leikkauksella, vaan saattavat jopa pahentua leikkauksen jälkeen (Marcus ym. 2009).

Lihavuusleikkauksen hyödyistä on tutkimusnäyttöä. Ruotsalaisessa tutkimuksessa oli tutkittu yli 4000 lihavaa henkilöä ja tulokset olivat positiivisia. Tutkimuksessa oli verrattu kahta ryhmää, joista toiset laihduttivat konservatiivisilla menetelmillä ja toisille tehtiin lihavuusleikkaus. Lihavuusleikkaukseen liittyi pitkäaikainen painonlasku, pienentynyt kuolleisuus sekä parantunut terveys ja elämänlaatu. Tutkimustulosten perusteella voitiin todeta, että tutkimuksessa mukana olleilla lihavuusleikatuilla potilailla havaittiin merkittävää painonlaskua sekä lisäksi diabeteksen, hyperlipidemian, hypertension ja obstruktiivisen uniapnean huomattavaa helpottumista. Nämä muutokset nostivat potilaiden odotettua elinikää. Leikkauksen aiheuttamasta kivusta ja ahdistuksesta, hankalista ruokavaliorajoituksista sekä mahdollisista komplikaatioista ja uusintaleikkauksista huolimatta elämänlaatu siis parani suurimmalla osalla lihavuusleikatuista potilaista. Tämä perustuu ensisijaisesti vakavien liitännäissairauksien helpottumiseen painonlaskun myötä, mutta myös ulkonäön kohentamiseen sekä sosiaalisten ja taloudellisten mahdollisuuksien lisääntymiseen. On havaittu, että hyvinvointi, sosiaalisuus, kehokuva, itsetunto sekä kyky olla kanssakäymisissä toisten ihmisten kanssa parantuvat lihavuusleikkauksen jälkeen. Myös luoviin ja fyysisiin aktiviteetteihin käytetään enemmän aikaa. (Buchwald ym. 2004.)

Lihavuuskirurgia on vaativa kirurgian ala, jossa yhdistyy monen ammattiryhmän erikoisosaaminen (Ikonen ym. 2009, 16). Lihavuusleikkaukset voidaan luokitella vatsalaukun kokoa rajoittaviin, imeytymishäiriötä aiheuttaviin leikkauksiin tai menetelmiin, joissa tapahtuu molempia. Pienentävät leikkaukset rajoittavat kerralla syötävän ruoan määrää, mutta eivät vaikuta normaaliin ruoansulatukseen. Imeytymishäiriötä aiheuttavissa leikkauksissa ravintoaineiden imeytyminen häiriintyy ja ruoasta saatavien kalorien määrä vähentyy leikkauksen häiritessä ruoan imeytymistä ruoansulatuskanavasta. (Harrington 2006.) Mahalaukun ohitusleikkaus (by-pass) tehdään eristämällä mahalaukun yläosasta pieni, 20–50 millilitran vetoinen, pussi (Ikonen ym. 2009, 48) ja yhdistämällä se jejunumiin. Sappi- ja haimanesteet ohjataan mukaan ravintovirtaan noin 150 cm:n päässä pienennetystä mahalaukusta (Koskela-Koivisto ym. 2012, 261–263). Ennen leikkausta potilaan tulee pudottaa painoaan 2–6 viikon ajan niukkaenergisellä dieetillä (ENE). Tämä pienentää rasvamaksaa ja helpottaa tähytämistä. (Mustajoki ym. 2009, 2254.)



KUVIO 1. Lihavuusleikkausmenetelmiä (Suomen kuvalehti 2009.)

2.3 Lihavuuskirurgisen potilaan elämänmuutoksen tukeminen ja seuranta

Lihavuuskirurgisen potilaan postoperatiiviseen hoitoon kuuluu terveyden- ja ravitsemustilan seuranta, aluksi tiheämmin ja myöhemmin kerran vuodessa. Seuranta järjestetään ensimmäisen vuoden aikana erikoissairaanhoidossa, minkä jälkeen potilas siirtyy perusterveydenhuollon piiriin. Vastaanotolla seurataan laboratoriokokeiden avulla potilaan ravitsemustilaa, elektrolyyttejä, maksa-arvoja ja vitamiinipitoisuuksia. (Mustajoki ym. 2009, 2254.) Ravintoaineiden saantia tulee seurata säännöllisesti vitamiini- ja hivenainelisien käytöstä huolimatta koko loppuelämän ajan (Martikainen, Torpström, Pääkkönen, Harju, Alhava & Gylling 2004, 2337). Myös riittävään proteiinin saantiin tulee kiinnittää huomiota, sillä proteiinipitoinen ravinto parantaa tutkimusten mukaan laihtumistulosta (Rantala 2012, 48). Nopean painonpudotuksen seurauksena potilaalle saattaa muodostua ihopoimuja, joiden poistamiseksi voidaan tarvita plastiikkakirurgin konsultaatiota. Leikkaukseen voi myös ensimmäisen vuoden aikana liittyä runsasta hiusten lähtöä, joka menee kuitenkin ohi painonlaskun tasaannuttua. (Victorzon ym. 2009, 2259–2261.)

Lihavuusleikkaus vaikuttaa suoliston kylläisyshormonien erittymiseen (Ikonen ym. 2009, 48; Mustajoki ym. 2009, 2253) ja vähentää ruokahalua kiihottavan greliinihormonin muodostumista, koska ruoka ohittaa mahalaukun yläosan (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen &

Uusitupa 2006, 255). Leikkauksella saatavat tulokset riippuvat potilaan kyvystä sopeutua pitkän tähtäimen muutoksiin ruokavaliossa sekä pitää yllä säännöllistä fyysistä aktiivisuutta. Saatava hyöty voi kärsiä, mikäli syödään isoja määriä runsasenergistä ruokaa, kuten pirtelöä, joka valuu suoraan mahalaukun läpi. Suurin väärinkäsitys lihavuusleikkauksesta on, että se olisi parannuskeino. Potilaan on tärkeä ymmärtää, että leikkaus on vain osa lihavuusongelman ratkaisua. Hänen tulee itse luoda aivan uudenlainen suhde ruokaan ja liikuntaan. (Harrington 2006.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen potilaan on syötävä nestemäistä tai sosemaista ruokaa ensimmäisen kuukauden ajan (Martikainen ym. 2004, 2337). Koska pienennetty mahalaukku täyttyy pienistä annoksista, kylläisyyden tunne tulee nopeasti (Ikonen ym. 2009, 48; Mustajoki ym. 2009, 2253). Leikkauksen jälkeen potilaan on pureskeltava ruoka hyvin ja lopetettava syöminen heti, kun tuntee itsensä kylläiseksi (Marcus ym. 2009). Kerralla syötävä ruokamäärä on enintään kaksi desilitraa, eikä määrä ajan myötä nouse sen suuremmaksi. Juominen tulisi keskittää aterioiden välille ja valita vähäsokeisia juomia. Suolitukosten ehkäisemiseksi liha on kypsennettävä kunnolla ja sitrushedelmiä sekä siemeniä sisältäviä marjoja saa syödä vain pieniä makuannoksia. Hedelmät ja kasvikset on aina kuorittava ja kasvikset lisäksi raastettava hienoksi raasteeksi. (Nuutinen, Mikkonen, Peltola, Silaste, Siljamäki-Ojansuu, Uotila & Sarlio-Lähteenkorva 2009, 113.) Oksentelu on tavallinen haitta ensimmäisen puolen vuoden aikana leikkauksesta (Marcus ym. 2009). Leikkauksen jälkeiset oireet ja niiden voimakkuus saattavat yllättää potilaan, jollei hän ole saanut niistä tarpeeksi tietoa etukäteen. Myös jälkeinpäin tarvitaan tarkat ja käytännölliset ohjeet siitä, mitä ja miten tulee syödä. Vertaistukiryhmässä lihavuusleikattu voi saada samassa tilanteessa olevilta tukea selviytymiseen sekä tietoa, joka auttaa sopeutumaan elämänmuutokseen. (Saarni ym. 2009, 2290–2293.)

Ohitusleikkaus aiheuttaa ruoansulatuskanavaan imeytymishäiriön, mikä vähentää kalsiumin, raudan sekä rasvaliukoisten vitamiinien A, D, E ja K imeytymistä. Hiilihydraattien imeytyminen voi puolestaan nopeutua ja insuliinin eritysvaimenemista, mistä saattaa seurata veren glukoosipitoisuuden liian nopean laskun aiheuttamia dumping-oireita. (Koskela-Koivisto ym. 2012, 261–263.) Oireita tulee etenkin silloin, kun mahalaukku tyhjenee nopeasti runsaasti valkoista sokeria tai hiilihydraattia sisältävän aterian jälkeen. Varhaisia dumping-oireita ovat hikoilu, huimaus, sydämentykytys, pahoinvointi, ripuli ja tärinä, jotka alkavat 30–60 minuuttia ruokailun jälkeen. Joillakin henkilöillä oireet voivat olla jatkuvia

ja todella ikäviä. Tähän voidaan vaikuttaa ravintoneuvonnalla ja auttamalla potilaita tekemään tarkoituksenmukaisempia ruokavalintoja. (Marcus ym. 2009.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen on tärkeää huomioida potilaan psyykinen tila ja tunnistaa esimerkiksi mahdollinen masennus, jotta potilas voidaan ohjata avun piiriin ja minimoida ongelmien mahdollinen negatiivinen vaikutus postoperatiiviseen painonlaskuun. (Marcus ym. 2009; Rantala 2012, 48.) Moni hakeutuu lihavuusleikkaukseen terveyssyistä, mutta leikkaus vaikuttaa laajemmin myös yleiseen toimintakykyyn, potilaan minäkuvaan sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Leikkauksen jälkeen potilaat kokevat hallitsevansa taas itse elämäänsä ja syömistään. Tilaa onkin kuvattu jopa uudelleensyntymiseksi. (Saarni ym. 2009, 2287.) Lihavuusleikkauksella on positiivinen vaikutus itseluottamukseen ja mielialaan. Kehonkuva parantuu ja itsestä huolehtiminen lisääntyy. Laihtuminen on usein eheyttävä kokemus ja saa yksilön tuntemaan itsensä, ehkä ensimmäistä kertaa vuosiin, seksuaaliseksi olenoksi muiden silmissä. Tämä voi aiheuttaa myös hämmennystä. Leikkauksen mahdollistama painonlasku tuo kuitenkin elämään uutta energiaa, jaksamista, mahdollisuuksia ja tulevaisuuden näkymiä. Myös perhe-elämä, koulutus- tai työllistymismahdollisuudet saattavat parantua. (Saarni ym. 2009, 2290–2291.)

2.4 Potilaan ohjaaminen osana hoitotyötä

Ohjaaminen perustuu asiakkaan oikeuteen tietää terveydestään ja hoidostaan (Kyingäs ym. 2007, 145). Se on suunnitelmallista, tavoitteellista, aktiivista, vuorovaikutteista toimintaa, jolla pyritään parantamaan asiakkaan valmiuksia selviytyä haastavista elämäntilanteista. Ohjauksessa annetaan tietoa, mutta ei valmiita ratkaisuja. (Kyingäs ym. 2007, 25.) Asiakkaan aloitteellisuutta ja ongelmanratkaisukykyä tuetaan ja häntä autetaan löytämään uusia toimintatapoja ja omat voimavaransa. Ohjauksessa korostuu hoitajan ja asiakkaan tasa-arvoisuus sekä jaettu asiantuntijuus (Kyingäs ym. 2007, 25; Kääriäinen & Kyingäs 2006, 6–7) ja siihen vaikuttavat molempien osapuolien taustatekijät (Kyingäs ym. 2007, 25).

Ohjauksessa on huomioitava, kuinka asiakas kykenee ottamaan neuvoja ja opastusta vastaan. Siihen vaikuttavat asiakkaan henkilökohtaiset kokemukset, fyysiset ominaisuudet, kuten ikä, sukupuoli ja terveysongelman laatu, sekä aiempi tietoperusta. Hoitajan pitää ottaa myös huomioon, mitä asiakas odottaa ohjaukselta, mitä tarpeita hänellä on sekä mitkä

ovat hänen valmiutensa oppia. Asiakas saattaa vältellä ohjausta, unohtaa asioita tai kieltää niiden olemassaolon. Ohjauksen tavoitteena on lisätä asiakkaan itseluottamusta ja hallinnan tunnetta sekä tukea häntä sitoutumaan yhteiseen asiaan. Hoitajan motivaatio ja valmius ohjaamiseen on onnistuneen ohjauksen edellytys. Asiakas on kuitenkin avainasemassa ja itse vastuussa ohjauksen mahdollistamasta oppimisesta ja tekemistään valinnoista. Onnistuessaan ohjaus edistää sekä asiakkaan että omaisten terveyttä ja vaikuttaa sitä kautta myös kansantalouteen. (Kääriäinen ym. 2006, 6–8.)

Ohjausprosessiin kuuluu suunnittelu, toteutus ja arviointi. Asiakkaan elämäntilanteeseen sopivat, realistiset, konkreettiset ja mitattavissa olevat tavoitteet määritellään yhdessä ja ohjauksen sisältö suunnitellaan niiden mukaan. Tavoitteena on antaa asiakkaalle uutta tietoa, auttaa häntä omaksumaan uusia arvoja ja asenteita tai opettaa uusia taitoja. Tavoitteita tehdään lyhyelle ja pidemmälle aikavälille ja niiden saavuttamista seurataan ja kirjataan säännöllisesti. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28–30.) Ohjauksen suunnittelussa on otettava huomioon asiakkaan sekä hoitajan sosiaaliset, kulttuuriset ja uskonnolliset taustat sekä eettiset arvot ja periaatteet. Ne kaikki vaikuttavat maailmankatsomukseen ja siihen, kuinka ohjauksessa käsiteltäviin asioihin suhtaudutaan. Lisäksi on tärkeää selvittää läheisten suhtautuminen asiakkaan tilanteeseen sekä heidän mahdollinen tuen tarpeensa. (Kääriäinen ym. 2006, 8–9.) Ohjausta tulisi antaa usealla menetelmällä, näkö- ja kuuloaistin kautta sekä toiminnallisesti, jotta asiakas sisäistäisi asiat mahdollisimman hyvin. Ammattikieltä kannattaa välttää. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan edistää antamalla asiakkaalle palautetta, auttamalla ottamaan sitä vastaan, rohkaisemalla sekä kysymällä asiakkaan mielipidettä ohjauksesta tai sen puutteesta kirjallisesti. Tavoitteellisuutta tukevalla ohjauksella voidaan auttaa potilasta motivoitumaan, ottamaan vastuuta, sitoutumaan, ratkaisemaan ongelmiaan sekä tekemään valintoja. Asiakasta autetaan tarkkailemaan itseään ja mahdollisuuksiaan sekä luottamaan omiin kykyihinsä. (Kääriäinen ym. 2005, 28–30.)

Ohjausta voidaan toteuttaa hyväksyvällä, konfortoivalla ja katalysoivalla tyyllillä tilanteen mukaan. Hyväksyvällä tyyllillä eli kuuntelemalla, hyväksymällä, tukemalla, nyökyttelemällä ja tarkentamalla ilman kommentointia hoitaja voi tukea asiakasta, jonka tunteet ovat pinnalla ja joka tarvitsee tietoa ja tukea ahdistavassa tilanteessa. Konfortoivalla tyyllillä hoitaja voi auttaa asiakasta huomaamaan puheidensa ja tekojensa välisen ristiriidan. Katalysoivan tyylin avulla, esimerkiksi tekemällä avoimia kysymyksiä, voidaan kartoittaa ja selkiyttää asiakkaan tilannetta hänen punnitessaan elämänmuutoksen hyötyjä, haittoja ja vaatimuksia. (Kääriäinen ym. 2005, 28–30.) Ohjaustilanteeseen vaikuttavat sekä hoitajan

että asiakkaan ajatukset, tunteet ja toiminta. Hoitaja ja ohjattava ovat ohjaussuhteessa läsnä koko persoonallaan ja tilanteissa on aina läsnä nykyinen, mennyt ja tuleva. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 25–27.)

Vuorovaikutus on tärkeä osa hoitajan ohjaamisosaamista. Sillä pyritään vaikuttamaan asiakkaan käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin ja tunteisiin. Vuorovaikutus perustuu jatkuvan vastavuoroisuuden ja kummankin osapuolen aktiiviseen osallistumiseen. Siinä korostuu hoitajan näkökulmasta tavoitteellisuus ja asiakkaan puolelta tunne. Vuorovaikutustilanne, jossa osapuolet ovat avoimia, sisältää aina mahdollisuuden oppia toisesta ja itsestä. Siinä on kuitenkin myös riski tulla väärinymmärretyksi, hylätyksi, torjutuksi tai arvosteluksi. Onnistunut vuorovaikutus edellyttääkin, että osapuolet kunnioittavat toisiaan ja osoittavat kiinnostusta yhteistä ongelmaa kohtaan. Vuorovaikutustilanteessa viestitään sanallisesti ja sanattomasti. Sanaton viestintä tukee, painottaa, täydentää, kumoaa tai jopa korvaa sanallista viestintää. Sen avulla hoitaja osoittaa kuuntelevansa ja olevansa läsnä tilanteessa. Jos sanallisen ja sanattoman viestin välillä on ristiriita, ohjauksen uskottavuus kärsii ja koko vuorovaikutustilanne saattaa mennä pilalle. (Lipponen ym. 2006, 25–27.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata lihavuusleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan postoperatiivisesta ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla endokrinologian poliklinikan sairaanhoitajat sekä ravitsemusterapeutit voivat kehittää lihavuusleikattujen potilaiden postoperatiivista ohjausta. Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli opinnäytetyöprosessin aikana kehittää sairaanhoitajan ammattiin kuuluvaa tutkimusosaamista, kriittistä ajattelua ja tiimityöskentelytaitoja.

Haimme opinnäytetyössämme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaista postoperatiivista ohjausta lihavuusleikatut potilaat ovat saaneet?
2. Miten postoperatiivista ohjausta tulee kehittää vastaamaan paremmin lihavuusleikattujen potilaiden tarpeita?

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TUTKITTAVAT

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän, Kiurun, endokrinologian poliklinikan kanssa. Poliklinikalla hoidetaan potilaita, joilla on sisäeritysrauhasten toimintaan ja aineenvaihduntaan liittyviä sairauksia. Se huolehtii myös lihavuusleikattujen potilaiden seurannasta ja leikkausta harkitsevien potilaiden arvioinnista ja tutkimuksista. Poliklinikan toiminnasta vastaa lääkäri. Lisäksi poliklinikalla työskentelee diabeteshoitaja, ravitsemusterapeutti ja sairaanhoitaja. Potilaat tulevat poliklinikalle Kokkola-Kruunupyy-alueelta, Jyväskylä-alueelta, Kalajokilaakson esh-sopimuskunnista sekä muista esh-sopimuskunnista. (Kiuru 2012.)



KUVIO 2. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat (Kiuru 2012.)

Opinnäytetyön tutkittavat valittiin laadullisen lähestymistavan asettamien vaatimusten perusteella. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavia on yleensä vähän verrattuna määrälliseen tutkimukseen, sillä liian suuri tutkittavien määrä vaikeuttaa aineiston analysointia ja oleellisten asioiden löytämistä siitä (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003). Tutkittavien valintaan voidaan käyttää tarkoituksenmukaista otantaa eli valikoivaa otosta. Tällöin tutkija valitsee osallistujat tietoisesti tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Aineisto kerä-

tään siis henkilöiltä, joilla on eniten tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 85.) Opinnäytetyön tutkittaviksi valittiin endokrinologian poliklinikan asiakkaat, joille oli tehty vatsalaukun ohitusleikkaus ja jotka olivat saaneet postoperatiivisen ohjauksen Kiurussa. Heillä ei saanut olla motorisia-, kognitiivisia- tai näkökykyyn liittyviä ongelmia, jotka olisivat estäneet avoimeen kyselyyn vastaamisen. Opinnäytetyön kyselylomakkeet jaettiin vertaistukiryhmän tapaamisissa ja kaikilla osallistujilla oli halutessaan mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Kyselyjä jaettiin myös henkilökohtaisesti poliklinikkakäyntien yhteydessä niille, jotka eivät osallistuneet tapaamisiin.

5 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTONKERUU JA AINEISTON ANALYYSI

Luvussa on koottuna lyhyesti teoriaa sekä omaa reflektointia opinnäytetyön tutkimusmetodeista ja niiden valinnasta. Siinä on esitelty perusteet kvalitatiivisen lähestymistavan, avoimen kyselylomakkeen sekä induktiivisen sisällönanalyysin valinnalle. Aiheen käsittely etenee siten, että oma reflektointi ja teorian tieto käyvät vuoropuhelua keskenään.

5.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella voidaan selvittää ihmisten käsityksiä omasta terveydentilastaan ja sen hoitamisesta sekä sairauden kokemisesta ja hoitamiskäytännöistä. Sen avulla on mahdollista saada laajempaa tietoa jo tutkituista ilmiöistä, tarkastella osin tunnettuja ilmiöitä uudesta näkökulmasta sekä tuottaa teoreettisia malleja asioista, joista ei ole aiempaa tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat tutkittavan subjektiiviset kokemukset sekä sosiaalinen näkökulma tutkittavaan ilmiöön. Sen avulla pyritään tuottamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, luomaan niiden välille suhteita ja rakentamaan ilmiöstä teoria. Menetelmä on hyödyllinen etenkin silloin, kun aihetta on tutkittu vähän tai ei lainkaan. (Kylmä ym. 2003.)

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan pehmeää ja joustavaa ja sillä saatava tieto rikasta ja syvää. Tutkimukselle on ominaista tutkijan ja tutkittavien läheisyys sekä kokonaisvaltainen lähestymistapa. Tiedonkeruun välineenä on ihminen, ja tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia. (Kankkunen ym. 2010, 57.) Kvalitatiivinen tutkimus auttaa ymmärtämään paremmin erilaisia potilas- tai asiakasryhmiä. Siitä voi olla hyötyä ohjauksen kehittämisessä ja tuloksia voidaan hyödyntää arvioinnin jälkeen myös käytännön työssä. (Kylmä ym. 2003.)

Valitsimme opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi laadullisen lähestymistavan, sillä tutkimuksen kohteena olivat lihavuusleikattujen potilaiden subjektiiviset kokemukset. Laadullisen lähestymistavan avulla pyrittiin saamaan syvällistä ja rikasta tietoa heidän saamansa postoperatiivisen ohjauksen sisällöstä ja laadusta. Lihavuusleikkauksia tehdään Jyväskylä-alueella muutamia kymmeniä vuodessa (Nykänen 2013). Leikattujen määrä on siis vielä melko pieni. Sen vuoksi määrällisen tutkimuksen tekemiseen ei ollut edellytyksiä. Laadul-

linen lähestymistapa teki mahdolliseksi, että opinnäytetyön suunnitelma oli alussa avoin. Se jousti ja kehittyi prosessin aikana. Tutkimuskysymykset perustuivat opinnäytetyön tarkoitukseen ja pystyimme tarkentamaan niitä työn edetessä.

5.2 Aineiston keruu avoimella kyselylomakkeella

Aineistonkeruumenetelmän valinta perustuu siihen, kuinka saadaan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laatu on tärkeämpää kuin määrä (Kylmä ym. 2003.) ja valinta tehdään tutkimuksen tarkoituksen perusteella sekä tutkijan voimavarojen ja kykyjen mukaan (Aho 2011, 41). Valitsimme opinnäytetyön aineiston keruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen (LIITE 4) tarkoituksenmukaisuuden perusteella sekä eettisin perustein. Lomake laadittiin tutkimuskysymysten perusteella ja muokattiin opettaja-ohjaajan kanssa ravitsemusterapeutin näkemysten pohjalta lopulliseen muotoonsa. Työelämän yhteyshenkilöt jakoivat kyselylomakkeet ja postimerkillä varustetut palautuskuoret tutkittaville lihavuusleikattujen vertaistukiryhmän tapaamisessa lokakuussa 2012 sekä maaliskuussa 2013. He myös informoivat jakamisen yhteydessä tutkittavia opinnäytetyön taustoista, tarkoituksesta ja merkityksestä sekä vastasivat mahdollisiin kysymyksiin. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 27 ja vastauksia saatiin yhdeksältä tutkittavalta.

Avointa kyselylomaketta käytetään, kun halutaan selvittää henkilöiden arvoja, asenteita, uskomuksia, käsityksiä, mielipiteitä, tietoja sekä tosiasioita, käyttäytymistä ja toimintaa. Avoimien kysymysten lisäksi lomakkeessa voi olla muutama kysymys vastaajien taustatiedoista, kuten iästä ja sukupuolesta. Kyselylomakkeella tehtävän kyselyn tavoitteena on saada selville, mitä vastaajat tietävät aiheesta, mitä he pitävät tärkeänä sekä minkälaisia tunteita aihe herättää. Avoimessa kyselylomakkeessa ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, joten tutkittavat saavat vastata kysymyksiin omin sanoin ja kirjoittaa vapaasti ajatuksistaan. Vastaamisen kannalta on tärkeää, että kysymykset ovat selkeitä, yksiselitteisiä ja lyhyitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190–198.) Hyvä kyselylomake on lyhyt, helpolukuinen sekä testattu, selkeä ja toistettava. Kyselylomakkeen ohessa on tavallisesti saattekirje (LIITE 3), jossa mainitaan kuka tutkimuksen tekee ja mitä merkitystä vastaamisella on. (Luoto 2009, 1647.) Kirjeestä käy ilmi myös tutkittavien eettiset oikeudet (Aho 2011, 41).

Kyselylomakkeella tehdyssä aineistonkeruussa on monia haasteita. Laadukkaan kyselylomakkeen laatiminen on työläs, vaativa ja aikaa vievä prosessi. Lisäksi tutkija ei voi olla aivan varma, että vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen vakavasti ja vastanneet kaikkiin kysymyksiin huolellisesti ja rehellisesti. Saadut tutkimustulokset voivat myös olla pinnallisia ja teoreettisesti vaatimattomia. Lisäksi huomioon on otettava kato eli vastaamatta jättäminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–198.) Avoimen kyselylomakkeen valintaa opinnäytetyömme aineiston keruumenetelmäksi puolsi menetelmän tehokkuus ja mahdollisuus saada aineisto kokoon hallitussa ajassa. Lisäksi meillä ei kokemattomina tutkijoina ollut kokemusta kasvokkain toteutetusta haastattelusta eikä näin ollen myöskään taitoa selvittää aran aiheen mahdollisesti herättämistä voimakkaista tunteista. Koimme haastattelujen tekemisen itsellemme liian haastavana. Ajattelimme, että tutkittaville olisi helpompaa kirjoittaa mahdollisesti arkaluontoisista kokemuksistaan kuin kertoa niistä kasvotusten. Opinnäytetyön aikataulu oli tiivis ja yhteisen ajan löytäminen haasteellista. Avoimella kyselylomakkeella aineisto saatiin kuitenkin kerättyä aikataulun puitteissa.

5.3 Tulosten prosessointi induktiivisella sisällönanalyysillä

Kvalitatiivinen tutkimusaineisto analysoidaan sisällönanalyysillä, joka on järjestelmällinen ja objektiivinen menetelmä aineiston prosessoimiseksi (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139). Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään ja siitä erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistosta pyritään löytämään merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. Tavoitteena on tutkittavan ilmiön kuvaaminen lyhyesti ja pelkistetysti. Prosessin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen ja sen pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi. Induktiivisessa sisällönanalyysissä päättely etenee konkreettisesta aineistosta ilmiön käsitteelliseen kuvaamiseen, (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23–24) yksittäisten havaintojen pohjalta yleisen merkityksen ymmärtämiseen (Hirsjärvi ym. 2007, 177).

Induktiivinen päättely pohjautuu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Prosessissa tutkimusaineisto pilkotaan aluksi pieniin osiin, minkä jälkeen yhdistetään asiat, jotka kuuluvat yhteen (Kylmä ym. 2003). Analyysi on aineistolähtöistä ja käsitteitä luodaan pelkistämällä ja abstrahoidulla (Kyngäs ym. 2011, 139). Prosessin päätteeksi aineistosta rakentuu tutkimuksen tarkoitusta ja kysymyksiä vastaava kokonaisuus, (Kylmä ym.

2003.) hierarkinen malli tutkittavasta ilmiöstä. Tuotettujen käsitteiden syntyprosessi on voitava havaita tulosten raportoinnista. (Kyngäs ym. 2011, 139.)

Analysoimme opinnäytetyömme tutkimusaineiston induktiivisella sisällönanalyysillä (LIITE 5). Aluksi kirjoitimme kyselylomakkeiden vastaukset auki mitään muuttamatta. Sen jälkeen keräsimme kunkin kyselylomakkeen kysymyksen alle kaikki sitä koskevat vastaukset. Erottelimme kunkin kysymyksen vastauksista samanlaisuudet ja erilaisuudet ja luokittelimme aineiston ala- ja yläluokkiin. Koko sisällönanalyysin yhdistävä luokka oli ”Postoperatiivinen ohjaus lihavuuskirurgisen potilaan kokemana”. Päättely eteni yksittäisistä sanoista ja lauseista eli vastaajien alkuperäisistä ilmauksista, pelkistettyihin ilmaisuihin ja siitä edelleen yleisempiin merkityksiin ja ajatukset kokoaviin ilmaisuihin. Prosessin päätyttyä alkuperäiset kyselylomakkeet tuhottiin silppurilla ja kaikki tallennettu kyselylomakemateriaali hävitettiin.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa on esitelty avoimen kyselomakkeen koko vastausmateriaali. Tulokset on ryhmitelty kysymyksistä johdettujen otsikoiden alle ja niihin on sisällytetty suoria lainauksia vastaajien anonyymiteetti huomioiden. Alaluvuissa on käsitelty ravintoon ja ruokailuun liittyvää ohjausta, painonhallintaan liittyvää ohjausta, psyykkiseen hyvinvointiin liittyvää ohjausta, sosiaaliseen elämään liittyvää ohjausta sekä ohjauksen vahvuuksia ja kehittämissaasteita.

6.1 Ravintoon ja ruokailuun liittyvä ohjaus

Vastauksista ilmeni, että lihavuusleikatut potilaat olivat saaneet ravitsemukseen liittyvää ohjausta ravinnon määrään, laatuun, ruokailurytmiin sekä puutostilojen ehkäisyyn liittyen. Tuloksista ilmeni, että potilaita oli ohjattu syömään säännöllisesti, pieniä määriä kerrallaan ja 2–4 tunnin välein. Pääruokien välillä oli kehoitettu syömään välipaloja. Myös ruokamäärästä oli kerrottu ja ohjattu aloittamaan pienillä annoksilla, muutamalla ruokalusikallisella. Ravitsemusohjauksessa oli painotettu, että kerralla syötävä ruokamäärä pysyy 1–2 desilitrassa koko loppuelämän. Nesteitä oli ohjattu juomaan noin 1,5 litraa vuorokaudessa ja muistutettu, ettei pienennettyä mahalaukku ei saa venyttää.

Määrät noin 1–2dl kerta ja nestettä noin 1,5l/vrk. Ruoka-ajat säännölliset.

Pieniä annoksia. Usein 3–4 tunnin välein.

Ruokailuja ja välipaloja säännöllisesti. Määrä huomattavasti pienempi kuin ennen. Varoitettiin venyttämästä pientä mahalaukku.

Ohjausta oli saatu myös terveellisen ruokavalion koostamiseen, johon kuuluvat vihannekset, hedelmät, liha ja kala. Oli kerrottu, että tavallinen kotiruoka sopii myös leikkauksen jälkeen, mutta ruoan koostumukseen tulee kiinnittää huomiota. Ruoan pitäisi olla aluksi laadultaan hienojakoista ja ensimmäisten viikkojen ajan sosemaista. Lisäksi ruoan energiapitoisuuteen tulee kiinnittää huomiota ja runsaasti energiaa sisältäviä elintarvikkeita välttää. Jopa tuoremehut suositeltiin laimentamaan.

Energiapitoinen ruoka lihottaa samalla tavalla kuin ennen leikkaustakin.

Ihan perus kotiruokaa. 1–2 viikkoa leikkauksen jälkeen soseutettua.

Laadultaan hienojakoista. Sosemaista ensimmäinen kk. Ei tuoremehuja raakana.

Vihanneksia, hedelmiä, lihaa rasvatonta kuuluu syödä, myös kalaa eri muodoissa.

Puutostilojen ehkäisemiseksi tutkittavia oli kehoitettu kiinnittämään huomiota riittävään proteiinin saantiin ja vitamiinilisten käyttöön. D-, B- ja monivitamiinivalmisteita sekä kalsiumlisää on käytettävä jatkossa pysyvästi, koska vitamiinien ja hivenaineiden imeytymisen heikentyä leikkauksen myötä. Myös ruoan huolellinen pureskeleminen on tärkeää.

Proteiinia. Purkista vitamiineja, kun ei normaalisti imeydy.

Vitamiinireseptin mukaiset vitat koko loppuelämä. Paljon proteiineja, vihanneksia, jos pystyy.

Vitamiinitabletit D, B ja monivitamiini lopunaikaa. Pureskeltava hyvin.

Vitamiinien ottoa tulisi noudattaa ettei puutostiloja syntyisi.

Vastaajat olivat saaneet ravintoon ja ruokailuun liittyvistä asioista sekä suullista että kirjallista ohjausta. Pääasiassa ohjaus oli ollut riittävää. Esille nousi kuitenkin myös kokemus riittämättömästä ohjauksesta ravintoon ja ruokailuun liittyvissä asioissa, jossa ohjeistus ei ollut auttanut ja oli tullut tunne yksin jäämisestä.

Sain keski-pohjanmaan keskussairaalan ravitsemusterapeutilta suullisen ohjeistuksen ravinnon määrään ja laatuun, ruokailurytmiin sekä vitamiineihin.

Kirjallisia ohjeita ruoka-aineista.

Hyvin vähän. Kaikki eteni liian nopeasti, kun sain peruutuspaikan. Olin omillani.- kun tajuttiin kuinka pieleen kaikki meni alettiin sanomaan pitää syödä, pitää syödä... Se ei paljoa auttanut.

6.2 Painonhallintaan liittyvä ohjaus

Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat olivat saaneet painonhallintaan liittyvää ohjausta laihtumisesta, sitoutumisesta, terveystoiminnasta, syömistavoista sekä laihtuttamisen apukeinoista. Painonhallinnan ohjauksessa oli painotettu elämäntapojen muuttamisen tärkeyttä. Annoskokojen tulisi pysyä pieninä, jotta välttyttäisiin mahalaukun venymiseltä. Lisäksi oli korostettu riittävän proteiinin saannin ja runsaan veden juomisen tärkeyttä painonhallinnassa. Ohjauksessa oli painotettu ruokailurytmiin ja ravinnon laatuun liittyvien ohjeiden noudattamista, mikäli haluaa laihtua.

Välttää kaloripitoisia ruokia ja juomia. Säännöllinen, monipuolinen ruoka, nestettä riittävästi.

Ruokailurytmiä tulisi noudattaa sekä pitää huolta ravinnon oikeasta määrästä ja laadusta, jotta painonpudotus etenisi toivotulla tavalla.

Suuria kaloripitoisia ruokia tulisi välttää.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että painonhallinnan ohjauksessa oli käytetty apuna ruokapäiväkirjaa, jota oli käyty vastaanotolla läpi. Alkoholien käytön vähentämiseen oli neuvottu kiinnittämään huomiota, jotta painonhallinta onnistuisi paremmin. Lisäksi potilaita oli ohjattu liikuntaharrastusten pariin ja heille oli kerrottu sopivista liikuntamuodoista. Ohjauksessa oli tuotu esiin, että paino saattaa laskea nopeastikin ja painoa oli kehoitettu tarkkailemaan säännöllisesti, esimerkiksi kerran viikossa. Tutkimuksesta nousi esille tilanne, jossa paino oli laskenut liikaa ja painonhallinnan ohjaus oli ollut tuloksetonta. Potilasta oli kehoitettu syömään enemmän, mutta se ei ollut auttanut. Osa vastaajista oli saanut painonhallinnan ohjausta jossakin muussa yksikössä tai lääkärikäynnillä.

Ruokapäiväkirja käytiin läpi terapeutin kanssa. Alkoholien olisi syytä vähentää.

Liikuntaneuvoja, esim. uimahallilla, uimista, pyöräilyä, kävelyä.

Painon tarkkailu esim. 1x viikko. Saattaa tippua nopeammin.

Syö, syö, syö.. (Jos en kykene syömään, niin kuinka se auttaa) Minulla paino vain laskee.

Tätä asiaa ei käyty enää läpi Keski-Pohjanmaan keskussairaalaissa niin perusteellisesti.

6.3 Psykkiseen hyvinvointiin liittyvä ohjaus

Opinnäytetyön tuloksista psyykkiseen hyvinvointiin liittyen nousi esille ohjauksen puuttuminen, psyykinen sopeutuminen ja vertaistuki. Suurin osa tutkittavista ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta psyykkiseen hyvinvointiin liittyvistä asioista. Osa oli sitä mieltä, ettei ollut edes tarvinnut ohjausta psyykkiseen hyvinvointiin liittyvistä asioista. He kokivat henkisen hyvinvointinsa ainoastaan parantuneen leikkauksen jälkeen. Tukea oli tarvittaessa haettu myös omatoimisesti internetin keskustelupalstoilta.

En muista, että olisin saanut ohjausta siihen.

Psyykkiseen hyvinvointiin en ole saanut ohjausta lainkaan. Ainut viittaus asiaan oli leikkausta edeltävällä sisät.lääkärin käynnillä maininta, että jos siltä tuntuu voit olla yhteydessä ja varataan aika psykologille.

En ole tarvinnut/saanut ohjausta psyykkiseen hyvinvointiin.

En oikeastaan minkäänlaista. En ole kokenut tarvitsevani sitä. Omatoimisesti erilaisilla leikkattujen keskustelupalstoilla on vertaistukea tullut hankittua.

Omatoimisesti olen löytänyt netistä pari ryhmää joissa saa vertaistukea.

Ei ole ollut minkäänlaisia ongelmia! Hoikentuneesta olemuksesta tullut paljon myönteistä palautetta!

Jaksan hyvin... Olen tyytyväinen ja onnellinen.

Tuloksista ilmeni, että vastaajat olivat saaneet psyykkiseen hyvinvointiin liittyvää ohjausta ulkonäön muutokseen ja minäkuvaan liittyvistä asioista. Vastaanotolla oli keskusteltu myös siitä, että laihtuminen etenee portaittain. Oli muistutettu, ettei painonlasku ole jatkuvaa, vaan välillä voi tulla tasaisempia vaiheita eikä paino putoa. Opinnäytetyössä nousi esille, että henkistä tukea ja ohjausta psyykkiseen hyvinvointiin oli saatu myös vertaistukiryhmän tapaamisesta.

Siihen en juurikaan mitään vain että ulkokuori muuttuu. Ja ettei osaa itseään ajatella pienempänä.

Kerrottiin portaittain laihtuminen tapahtuu... (Eipä paljon kehonkuvasta tai henkisestä jaksamisesta puhuttu.)

Ai niin, yksi Kokkolan rav.terapeutin järjestämä tapaaminen leikatuille/leikkaukseen meneville on ollut, tästä ehkä hiukan sai ohjausta myös ps. hyvinvointiin.

6.4 Sosiaaliseen elämään liittyvä ohjaus

Lihavuusleikatuille annetusta sosiaaliseen elämään ja sopeutumiseen liittyvästä ohjauksesta nousi esille ohjauksen puuttuminen, sosiaaliset suhteet ja tilanteet sekä vertaistukiryhmän tapaaminen. Vastauksista ilmeni, että vastaanotolla oli keskusteltu muiden ihmisten suhtautumisesta ja ennakkoluuloista lihavuusleikattuja kohtaan sekä vertaistuen tärkeydestä. Sosiaaliseen elämään liittyvä ohjaus rajoittui kuitenkin lähinnä vertaistukiryhmän tapaamiseen ja siellä tapahtuvaan yhteiseen keskusteluun. Potilaat olivat saaneet kutsun osallistua vertaistukiryhmän tapaamiseen, johon oli osallistuttu melko aktiivisesti. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan olleet kokeneet vertaistukiryhmän kokoontumista tarpeitaan vastaavana. Tutkimuksen tulosten mukaan osalla ei myöskään ollut aikataulujen vuoksi mahdollisuutta osallistua vertaistukiryhmän tapaamiseen tai kynnys osallistumiseen oli liian korkea.

Ympäristö siis muut ihmiset saattavat halveksia, kun luullaan helpoksi tavaksi laihtua. Tukeutuminen muihin leikattuihin.

Leikattujen kokoontumisista kerrottiin ja myös osallistuin kerran.

Vertaistukea hyvin tarjottu (ryhmiä).

Kutsu rav.terapeutin järjestämään tapaamiseen tuli noin 4 kk leikkauksen jälkeen, siellä vertaistuen merkitys oli suuri – tapaaminen oli vain liian lyhyt.

Olen saanut lihavuusleikkauksen jälkeisiin ryhmätapaamisiin, joissa kahdessa tapaamisessa olen käynytkin.

Kokouksia järjestetään ennen leikkausta ja myös leikkauksen jälkeen. Ei vastannut odotuksia.

Endokr.poliilta on lähetetty kaksi kertaa aika ryhmään, ensimmäisellä kerralla jo ennen leikkausta, silloin en päässyt päällekkäisyyksien vuoksi. Toisella kerralla aika oli työaikana, joten en päässyt. Lisäksi työskentelen th-alalla, joka nostaa kynnystä osallistua ryhmään.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, ettei osa vastaajista ollut saanut minkäänlaista ohjausta sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista. Oli myös heitä, jotka eivät olleet edes kokeneet tarvetta sosiaaliseen elämään liittyvistä tunteista ja ongelmista keskustelulle.

En mitään.

En ole huomannut ympäristön paineita eikä niistä erityisesti kerrotukaan.

Mitä paineita ympäristöstä?? Ei minulla ainakaan!

6.5 Ohjauksen vahvuudet ja kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tulosten mukaan lihavuusleikatut olivat kokeneet ohjaussuhteen pääasiassa hyvänä sekä henkilökunnan antaman ohjauksen ammattitaitoisena ja perusteellisena. Ohjaustilanne oli koettu rauhallisena ja monelle oli jäänyt yhteistyöstä myönteinen kokemus. Tuloksista ilmeni, että ohjauksen turvin oli siirrytty ongelmitta jatko seurantaan perusterveydenhuoltoon. Vastauksista nousi esiin kuitenkin myös päinvastainen kokemus, jossa oli jääty vaille tarvittavaa ohjausta ja tukea. Tutkittava koki, ettei ohjausta saa, jos ei jaksaa itse pyytää ja vaatia sitä.

Rauhallinen ja perusteellinen keskustelu ravintoterapeutin kanssa. Koin erittäin myönteisenä.

Minun ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalan välinen ohjaussuhde sujui hyvin.

Ravitsemusterapeutin luona käynti parasta. Ammattitaitoinen.

Kerran käynti ravintoterapeutilla kun ei ollut ongelmia en tarvinnut muuta. Nyt seuranta työterveydessä. Seurataan painoa ja veriarvoja

Jos ei itse jaksaa pyytää ei saa mitään.

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, kuinka tyytyväisiä tutkittavat olivat olleet saamaansa ohjaukseen ja mistä asioista he olisivat kaivanneet mahdollisesti lisää ohjausta. Moni oli ollut tyytyväinen ohjauksen määrään ja laatuun eikä ollut jäänyt kaipaamaan mitään lisää. Enemmän tietoa olisi kuitenkin toivottu leikkaukseen liittyvistä riskeistä ja komplikaatioista sekä leikkauksen jälkeiseen elämään liittyvistä ongelmista. Myös henkistä tukea jaksamiseen ja leikkauksen aiheuttamien komplikaatioiden kanssa elämiseen kaivattiin lisää. Tuloksista nousi esiin tarve psyykkisiin muutoksiin ja sopeutumiseen liittyvälle ohjaukselle sekä ajan antaminen rauhalliselle keskustelulle. Lisäksi olisi haluttu saada tietoa tulevista, laihtumiseen mahdollisesti liittyvistä jatkotoimenpiteistä. Esille nousi myös toive kuntoutusryhmistä tai ohjauksen järjestymisestä omalta kotikunnalta.

Olen tyytyväinen saamaani ohjaukseen, joten en olisi kaivannut lisää ohjausta mistään asiasta.

Esimerkiksi mitä riskejä leikkauksen yhteydessä voi tulla ja mitä riskejä leikkauksen jälkeen voi tulla.

Henkistä tukea – kävin niin rankan sairaalakierteen (----komplikaatioita).

Ehkä ihan rauhallista keskustelun aikaa kehokuvan muutoksista ja sopeutumisesta, minäkuvan muutoksista. Tosin en ole toistaiseksi sitä erityisesti tarvinnut, mutta luulen että olisi silti ollut tarpeen. Jatkosta ja tulevasta (roikko-leikkaus jne.) olisi hyvä myös puhua enemmän.

Kuntoutusryhmiä tai ohjausta kotikunnalta.

Tuloksista ilmeni, että pelkoon ja jännitykseen olisi kaivattu enemmän tukea jo ennen leikkausta. Leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen oltiin kuitenkin tyytyväisiä. Esiin tuli myös, että leikkaukseen olisi pitänyt päästä jo vuosia sitten. Nämä vastaukset eivät varsinaisesti vastanneet opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, mutta ovat mainitsemisen arvoisia leikkattujen kokemuksina.

Ennen leikkausta halusi enemmän tukea, pelottikin, - mitä jos ei voi enää nauttia mistään. Enemmän tukea ennen leikkausta haluaisi!

Olisi pitänyt ohjata ja päästä leikkaukseen jo vuosia aikaisemmin.

7 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA

Pohdintaan on koottu opinnäytetyön kannalta keskeistä teorian tietoa tutkimusetiikasta sekä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista. Lisäksi luvussa on pohdittu opinnäytetyön tuloksia ja verrattu niitä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Aiheen käsittely etenee siten, että oma pohdinta ja teorian tieto käyvät vuoropuhelua keskenään. Luvun loppupuolella on esitelty tekijöille opinnäytetyöstä nousseita jatkotutkimusaiheita sekä pohdittu omia oppimiskokemuksia opinnäytetyöprosessin aikana.

7.1 Opinnäytetyön etiikka

Laadullista tutkimusta suunniteltaessa tutkijan on pohdittava, onko tutkimusaiheen valinta eettisesti oikeutettu. Kuinka arkaluonteinen aihe on tutkittaville? Millaiset tutkimusmenetelmät ovat eettisesti hyväksyttäviä ja millainen on tutkijan ja tutkittavien suhde aineiston keruussa, analysoinnissa ja raportoinnissa? (Kylmä ym. 2003.) Tutkijan on oltava kiinnostunut aiheesta ja motivoitunut tutkimuksen tekemiseen. Arkaluontoisen tutkimusaiheen valinta pitää kuitenkin pystyä perustelemaan myös eettisesti ja teoreettisesti. Tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa tieteenalalle. (Aho 2011, 41.) Yleisenä lähtökohtana tulee olla, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely eivät saa loukata ketään eivätkä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. Erityisesti tähän on kiinnitettävä huomiota silloin, kun tutkitaan haavoittuvia ryhmiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364–368.)

Opinnäytetyömme aiheen valinta lähti työelämän tarpeesta sekä omasta kiinnostuksesta ja motivaatiosta tutkittavaa aihetta kohtaan. Lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia ei ole aikaisemmin tutkittu Kiurussa. Koimme, että aiheen tutkiminen on tärkeää ja tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää ohjauksen kehittämisessä. Saimme opinnäytetyön tekemiseen luvan (LIITE 2) Keski-Pohjanmaan keskussairaalan vt. hallintoylihoitajalta 24.9.2012. Tutkimuslupahakemuksessa (LIITE 1) oli liitteenä opinnäytetyösuunnitelma kyselylomakkeineen. Sitouduimme koko opinnäytetyön tekemisen ajan opinnäytetyösuunnitelmassa kuvattuun tutkimusprosessiin. Perehdyimme myös Suomen tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistukseen ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen kä-

sitteleminen Suomessa” (2012) ja pyrimme toimimaan siihen kirjattujen suositusten mukaisesti. Huomioimme erityisen hyvin tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun liittyvät ohjeet. Tutkijan kannalta oleellista on hyvän tekeminen, vahingon tuottamisen välttäminen sekä oikeudenmukaisuus. (Kylmä ym. 2003.) Koimme, että opinnäytetyön keskiössä olivat lihavuusleikatut potilaat ja heidän äänensä kuuluminen. Tutkittavien parhaan ja heidän eettisten oikeuksiensa oli siis toteuduttava ennen kaikkea muuta.

Laadullisen tutkimuksen keskeinen eettinen periaate on tutkittavan itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista, osallistujien on saatava suostumuksensa tueksi riittävästi tietoa tutkimuksesta ja heidän henkilöllisyytensä ei saa tulla julki tutkimuksen missään vaiheessa. (Kylmä ym. 2003.) Tutkittavia on kohdeltava rehellisesti ja kunnioittavasti ja tutkimuksesta aiheutuvan haitan pitäisi olla mahdollisimman pieni. Tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen ja heille kerrotaan etukäteen kattavasti heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364–368.)

Opinnäytetyöprosessin aikana toimimme tutkittavia kohtaan hyvien eettisten periaatteiden mukaisesti eli rehellisesti, luotettavasti, puolueettomasti ja oikeudenmukaisesti. Korostimme osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä tutkittavien anonyymiutta ja kunnioittavaa kohtelua. Tutkittavia ei millään lailla painostettu vastaamaan kyselyyn ja opinnäytetyöstä annettiin heille etukäteen informaatiota päätöksenteon tueksi. Kyselyä ei kohdennettu tietyille henkilöille, vaan kaikilla vertaistukiryhmään osallistuneilla oli halutessaan mahdollisuus osallistua siihen. Anonyymiys ja aineiston salassapito toteutui prosessin jokaisessa vaiheessa. Kysely tehtiin nimettömänä ja suorat lainaukset raportoitiin siten, ettei tunnistaminen ollut mahdollista. Vastaajat palauttivat kyselyn postitse, eikä sitä tarvinnut antaa kenellekään henkilökohtaisesti. Aineisto säilytettiin tulosten analysoimisen ajan ulkopuolisilta suojusta ja tuhottiin lopuksi.

Leino-Kilven ja Välimäen (2010) mukaan laadullista tutkimusta tehtäessä on määriteltävä tutkijoiden asema ja oikeudet sekä vastuut ja velvollisuudet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364–368.) Opinnäytetyöprosessimme aikana teimme avointa ja rehellistä yhteistyötä ammattikorkeakoulun sekä työelämän kanssa. Hyödynsimme opinnäytetyön prosessin aikana myös mahdollisimman hyvin eri tahojen antaman kritiikin ja palautteen. Lisäksi olimme opiskelutovereina ja työtiimin jäseninä vastuussa toisillemme tasapuolisesta työnteosta, molemminpuolisesta tuesta ja avoimesta palautteen antamisesta. Tiedostimme tut-

kittaviin liittyvät vastuumme ja velvollisuutemme ja otimme ne huomioon opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa.

Eettiseen tieteelliseen tutkimukseen kuuluu tieteellisten toimintatapojen kunnioittaminen ja noudattaminen, rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Myös käytettyjen tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmien on oltava tieteellisesti ja eettisesti kestäviä. Lisäksi tutkimusetiikkaan kuuluu muiden tutkijoiden arvostaminen ja heidän töidensä huomioon ottaminen sekä tulosten julkaiseminen avoimesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364–368.) Pyrimme tekemään opinnäytetyömme tutkimuseettisten periaatteiden mukaan käyttämällä luotettavia, tieteellisiä lähteitä. Merkitsimme lähdemateriaalin käytön tekstiin ohjeiden mukaisilla, asiaankuuluvilla lähdeviitteillä. Emme plagioineet toisten tutkijoiden tekstejä tai esitelleet muiden tutkimustuloksia ominamme. Analysoimme koko kerätyn aineiston mitään lisäämättä tai pois jättämättä

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat muun muassa uskottavuus, vahvistettavuus, hyödynnettävyys ja reflektiivisyys. Uskottavuutta voidaan osoittaa ja lisätä lähestymällä aihetta monesta näkökulmasta, useammalla menetelmällä ja osoittamalla, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Uskottavuutta lisää myös riittävän perusteellinen perehtyminen aiheeseen sekä vuorovaikutus muiden asiantuntijoiden kanssa. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kuvaamista niin tarkasti, että toinen tutkija voi seurata sen kulkua ja saada selkeän käsityksen kuinka tuloksiin on päädytty. (Kylmä ym. 2003.) Tutkimuksen tekijöiden pitäisi pystyä pelkistämään tutkimusaineisto siten, että sisällönanalyysin luokitus kuvaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. Analyysissä pitäisi näkyä aineiston ja tulosten välinen yhteys. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36.) Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tulosten raportoinnissa käytetään suoria lainauksia, jotka osoittavat tulosten yhteyden alkuperäisaineistoon. Suorista lainauksista ja niiden tunnistetiedoista ei saa kuitenkaan tunnistaa tutkittavia. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä myös testaamalla sen Face-validiteettia. Tällöin henkilö, jolla on paljon tietoa tutkitavasta ilmiöstä, arvioi saatuja tuloksia. (Kynäs ym. 2011, 139–140.)

Luotettavuutta voidaan arvioida yleisesti tarkastelemalla tutkimusprosessia kokonaisuudessaan alkaen tutkittavan ilmiön tunnistamisesta ja tutkimuksen merkityksen perustelemisesta analyysiin ja raportointiin. Reflektiivisyys merkitsee tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan ja siitä, kuinka se vaikuttaa tutkimusaineiston prosessointiin. Hyödynnettävyyden lisäämiseksi tutkija kuvailee tutkittavat henkilöt niin hyvin, että lukija voi arvioida saataisiinko toisessa tilanteessa vastaavanlaisia tuloksia. (Kylmä ym. 2003.) Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme tarkastelemaan tutkittavaa aihetta neutraalisti ja objektiivisesti sekä pohtimaan, onko meillä mahdollisia ennakkokäsityksiä aiheesta. Tiedostimme, etteivät tutkijan lähtökohdat tai ennakkoluulot saa vaikuttaa aineiston analysointiin. Emme kokeneet asiaa luotettavuuden kannalta ongelmallisena, koska meillä oli etukäteen hyvin vähän tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Suhtauduimme aiheeseen ennakkoluulottomasti ja avoimin mielin. Pyrimme opinnäytetyöprosessin aikana edistämään työmme luotettavuutta myös tekemällä yhteistyötä työelämän yhteyshenkilöiden ja opinnäytetyöohjaajamme kanssa. Näin saimme säännöllisesti neuvoja, kritiikkiä ja palautetta kokeneemmilta henkilöiltä. Lihavuusleikkauspotilaita ohjaava henkilö myös tarkasti opinnäytetyösuunnitelmamme ja jakoi asiantuntijuuden kanssamme. Lisäksi käytimme hyödyksi vertaisarviointien kehittämisehdotukset opinnäytetyöseminaareissa sekä ohjaustapaamiset opettajan kanssa.

Opinnäytetyöprosessin aikana kiinnitimme jokaisessa vaiheessa huomiota seikkoihin, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Hyödynsimme koko kerätyn aineiston, analysoimme kaikki vastaukset ja raportoimme ne rehellisesti. Keräsimme perusteellista teoria-tietoa opinnäytetyömme tueksi, huomioimme lähteiden valinnassa lähdekritiikin ja käytimme mahdollisimman tuoreita ja tarkoituksenmukaisia tieteellisiä lähteitä. Kuvassimme aineiston sisällönanalyysin tarkasti ja rehellisesti sekä pohdimme mahdollisia virhelähteitä. Luokitus tehtiin aineiston mukaan, ei tekijöiden oletusten tai ennakkokäsitysten perusteella. Raportoimme aineiston analyysin mahdollisimman selkeästi niin, että lukija pystyy seuraamaan prosessin kulkua ja havaita miten tuloksiin on päästy. Luotettavuuden lisäämiseksi käytimme tulosten raportoinnissa suoria lainauksia, kuitenkin vaarantamatta vastaajien anonymiteettiä.

Opinnäytetyön suurimpana haasteena oli saada kyselylomakkeella kokoon rikas ja syvälinen aineisto. Kyselylomakkeita jaettiin ensimmäisellä tapaamisella 24 ja takaisin saatiin yhdeksän. Toisella tapaamisella kyselyitä jaettiin kolme, joista takaisin ei tullut yhtään. Näin ollen vain kolmasosa kyselylomakkeen saaneista palautti kyselyn. Vastausten määrä

jäi melko pieneksi ja saatu aineisto olisi voinut olla syvällisempääkin. Kokonaisuudessaan kyselylomakkeella saatiin kuitenkin melko yhteneväisiä vastauksia. Kaikkien kysymysten kohdalla vastaukset eivät kuitenkaan saturoituneet. Saturaatiolla tarkoitetaan vastausten ”kyllästymistä” eli samojen asioiden toistumista niissä. (Hirsjärvi ym. 2007, 177.) Näiden tutkimustulosten perusteella ei voi tehdä kovinkaan laajoja yleistyksiä, mutta ne ovat kuitenkin tutkittavien näkemyksiä ja antavat suuntaa lihavuuskirurgisten potilaiden postoperatiivisen ohjauksen ja tuen tarpeista. Vähäinen vastausten määrä saattaa heikentää hieman tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkittavien oma halu tehdä yhteistyötä tutkijan kanssa. Tämä korostuu etenkin kyselytutkimuksessa, jossa tutkimussuhde on välillinen. Tutkija ja tutkittavat eivät ole kasvokkain, ja se vaikuttaa vastausten rehellisyyteen ja tutkimuksen luotettavuuteen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 369–370.) Tutkijan on vaikea arvioida, ovatko kyselylomakkeen vastaukset rehellisiä ja onko vastaaja kirjoittanut asiasta kaiken olennaisen. Vastaajat saattavat muuttaa totuutta, valehdella tietoisesti tai muistaa asioita väärin. On myös mahdollista, että tutkittavat haluavat tuottaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia miellyttääkseen tutkijaa. Luotettavuuden arvioinnissa on myös otettava huomioon viive varsinaisten tapahtumien ja kyselyn välillä. Ajan kulumisen ja asioiden prosessoiminen mielessä ja toisten ihmisten kanssa muuttaa ajattelua, jolloin aikanaan ikävältäkin tuntunut tapahtuma voi saada positiivisia sävyjä. Viiveen merkitystä on vaikea arvioida kyselylomakkeen vastauksista, koska asioita ei pysty tarkentamaan. (Nieminen 1997, 217–220.)

Kaikki opinnäytetyömme tutkittavat olivat mukana omasta halustaan. Kyselylomakkeen palauttaminen oli täysin vapaaehtoista ja yhteistyöhön lähteminen oli lihavuusleikkattujen oma valinta. Voisi siis olettaa, että kysymyksiin on vastattu rehellisesti. Tosin emme voi tietää, olisiko kasvokkain haastatteleamalla saatu toisenlaisia tuloksia. On mahdollista, että tutkittavat ovat kirjoittaneet sellaisia vastauksia, joita olettivat meidän haluavan. Emme olleet voineet tarkentaa asioita. Emme myöskään voineet selvittää viiveen merkitystä vastausten luotettavuuteen. Se saattoi vaikuttaa vastauksiin ainakin osalla tutkittavista, koska ohjaustilanteista oli monella kulunut paljon aikaa. Huonot kokemukset haalistuvat ajan myötä, ja asioita saattoi myös olla vaikeaa palauttaa mieleen. Lihavuusleikkauksen jälkeen ihmisen arki on pitkän aikaa muutostilassa. Yksittäisistä ohjauskerroista ei välttämättä jää selkeitä mielikuvia, kun mielessä pyörii paljon asioita ja ajatukset ovat uusien elintapojen opette-

lussa. Jos ohjauksesta haluaisi saada mahdollisimman luotettavaa tietoa, pitäisi tutkimus suorittaa heti ohjaustilanteiden jälkeen mielellään haastattelemalla.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuudessa on otettava huomioon kyselylomakkeen mahdolliset puutteet. On mahdollista, että vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset eri tavoin. Lomakkeen käyttökelpoisuuden ja ymmärrettävyyden arvioi tekijöiden lisäksi ainoastaan opinnäytetyön ohjaaja ja Kiurun ravitsemusterapeutti. Luotettavuutta olisi voinut parantaa kyselylomakkeen esitestaaminen aidolla koehenkilöllä. Se ei kuitenkaan ollut mahdollista, sillä tehtävään ei löytynyt vapaaehtoista, lihavuusleikattua tiedonantajaa. Kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä ja tutkittavien osallistumismotivaatiota pyrittiin lisäämään työelämän perusteellisella alustuksella ennen kyselyn jakamista sekä hyvällä saatekirjeellä. Vastausten määrä ja laajuus ei kuitenkaan vastannut odotuksia. Oliko aihe liian arka vai kokivatko lihavuusleikkauspotilaat kyselyn turhana? Haastattelemalla olisi luultavasti saatu laajempia ja syvällisempiä vastauksia, mutta olisiko vapaaehtoisia henkilöitä löytynyt? Opinnäytetyön tekijöinä otamme vastuun tehdyistä ratkaisuista. Ne ovat olleet perusteltuja. Hyväksymme, että kokemattomilla tutkijoilla aineiston keräämiseen liittyy usein myös vastaamattomuus ja vaatimattomat tulokset. Niistäkin on mahdollista oppia.

7.3 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymyksiin millaista postoperatiivista ohjausta lihavuusleikatut potilaat ovat saaneet, sekä miten postoperatiivista ohjausta tulee kehittää vastaamaan paremmin lihavuusleikattujen potilaiden tarpeita. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että lihavuusleikattujen potilaiden postoperatiivisessa ohjauksessa oli keskitytty pääasiassa antamaan tietoa ravintoon ja ruokailuun liittyvistä asioista. Lisäksi potilaita oli ohjattu jonkin verran elämäntapamuutokseen ja uuteen terveelliseen elämään. Psykososiaalinen tuki ja ohjaus oli jäänyt vähemmälle huomiolle. Tulosten mukaan tutkittavilla oli ohjauksesta pääasiassa positiivisia kokemuksia. Ohjaussuhteesta ja -tilanteesta moni ei kuitenkaan osannut sanoa mielipidettään tai sitten kysymystä ei ollut ymmärretty. Vaikka vastauksia oli vain yhdeksän kappaletta, keskeiset asiat ja kehittämisasiheet nousivat kuitenkin hyvin esille.

7.3.1 Ravitsemukseen liittyvä ohjaus

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että vastaajat olivat saaneet yksityiskohtaista ja perusteltua tietoa ravintoon ja ruokailuun liittyvistä asioissa. Ohjaus oli ollut yhteneväistä ”Aikuisien lihavuuden hoito” Käypä hoito -suosituksen (2011) kanssa. Siinä oli painotettu perusasioita, kuten säännöllisyyttä ja potilaiden omaa vastuuta ohjeiden noudattamisessa ja parempien ruokailutottumusten omaksumisessa. Henkilökunnan tehtävänä oli ollut myös oikaista syömiseen liittyviä vääriä uskomuksia ja leikkauksen jälkeiseen elämään liittyviä vääriä kuvitelmia. Mattilan ym. (2012) mukaan lihavuusleikatut kaipaavat ohjausta ja tukea sisäistääkseen uudet syömistavat ja syöminen kontrolliin. Tähän liittyy syömisestä aiheuttamasta pelosta ja ahdistuksesta vapautuminen, parantunut psyykinen kontrolli sekä potilaan pystymisen tukeminen. Heti leikkauksen jälkeen potilaat kokevat, että pienentynyt mahalauku kontrolloi syömistä. Vähitellen kontrolli muuttuu tietoiseksi syömisestä säätelyksi. Ravitsemusasioihin liittyvää ohjausta ja tukea voidaan antaa esimerkiksi terapia- ja tukiryhmissä, joissa lihavuusleikatut oppivat järkevää syömistä. Potilaan ohjauksen ja tuen tarve on suuri leikkauksen jälkeen, sillä vastuun ottaminen itsestä korostuu kotona uutta elämäntyyliä opitellessa (Rekola, Häggman-Laitila, Mattila, Palomaa, Ruskomaa & Leivonen 2013, 32).

Opinnäytetyön mukaan ohjauksessa oli perusteltu, miksi ravitsemusasioihin on kiinnitettävä huomiota leikkauksen jälkeen. Asiakkaiden kanssa oli keskusteltu esimerkiksi mahalaukun venymiseen liittyvistä riskeistä. Myös Rekolan ym. (2013) mukaan vatsalaukun venyminen huolettaa potilaita, ja lisäksi he kaipaavat ohjausta siitä, miten sovittaa ruokailu muuhun elämään. Leikatut ovat huolissaan myös ruokavalion yksipuolisuudesta ja energian sekä ravintoaineiden riittävydestä, minkä vuoksi he toivovat valmiita ruokailusuunnitelmia. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaita oli ohjattu havainnoimaan omia tuntemuksiaan ja selvittämään kokeilemalla, mikä ruoka itselle sopii ja minkä verran esimerkiksi vihanneksia pystyy syömään. Ohjauksessa oli painotettu elämänmittaisen muutoksen tärkeyttä ja sitä, ettei entisiin tapoihin, kuten suuriin ruoka-annoksiin, voi palata. Harringtonin (2006) mukaan suurin väärinkäsitys lihavuusleikkauksesta onkin juuri se, että sen ajatellaan olevan parannuskeino. Potilaan on tärkeä ymmärtää, että leikkaus on vain osa lihavuusongelman ratkaisua ja hänen tulee itse luoda täysin uudenlainen suhde ruokaan ja liikuntaan.

7.3.2 Painonhallintaan liittyvä ohjaus

Opinnäytetyön tulosten mukaan painonhallinta-asioihin oli paneuduttu melko hyvin. Ohjauksessa oli painotettu painonhallinnan perusasioita: riittävää proteiinin saantia, nesteen juontia, monipuolista ruokaa, rauhallisen kestävyysliikunnan harrastamista ja piiloenergiaa sisältävien tuotteiden, kuten alkoholin ja kaloripitoisten juomien, välttämistä. Lisäksi potilaille oli annettu tietoa laihtumisesta ja siitä, miten se tapahtuu. Heille oli annettu tilanteesta realistinen kuva ja ohjattu pitkäjänteiseen elämänmuutokseen. Ohjauksessa oli painotettu, että energiapitoisen ruoan syöminen lihottaa kuten ennenkin ja paino tulee takaisin, elleivät elämäntavat muutu pysyvästi ja annettuja ohjeita noudateta. Painonhallinnan ohjauksen tukena oli käytetty ruokapäiväkirjaa. Sen avulla oli keskusteltu, miten uudet ruokailutottumukset ja painonhallinta sujuvat. Lisäksi vastaajia oli ohjattu säännölliseen painon tarkkailuun.

Mattilan ym. (2012) katsauksessa nousi esille samoja asioita. Katsauksen mukaan lihavuusleikatut tarvitsevat ohjausta pystyäkseen ottamaan itse päävastuun laihtumistavoitteen saavuttamisesta. Ohjauksella on vahvistettava potilaiden luottamusta omaan pärjäämiseen ja omiin vaikutusmahdollisuuksiin sekä tuettava heitä jatkuvaan sitoutumiseen ja realistisiin odotuksiin. Jos potilas ei ole tietoinen omasta roolistaan ja luottaa, että leikkaus estää painon nousun ilman omia ponnisteluja, painonpudotus ei etene tavoitteen mukaan. Ohjauksessa on tärkeää, että potilas kokee toisten ihmisten voivan auttaa ja saa uskoutua ongelmistaan muille. Pysyvä painonlasku vaatii sitoutumisen ruokavalion ja elämäntyylin muutokseen sekä omasta itsestään huolehtimiseen koko loppuelämän ajan. Myös Rekolan ym. (2013) tutkimustuloksista ilmeni, että lihavuusleikatut kaipaavat ohjausta leikkauksen jälkeiseen elämäntapamuutokseen, sitä koskeviin päätöksiin sekä omaan rooliin tulosten saavuttamiseksi. Siitä huolimatta että potilaat ovat tehneet päätöksen muutokseen sitoutumisesta jo ennen leikkausta ja tietävät oman roolinsa painonhallinnassa, ammattilaisten tuki on tärkeää. Tutkimuksen mukaan leikatut kaipaavat ohjausta myös fyysisen harjoittelun aloittamisesta sekä sopivista liikuntamuodoista ja -määristä.

7.3.3 Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvä ohjaus

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että vastaajat olivat saaneet hyvin niukasti psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen liittyvää ohjausta. Useat kokivat, etteivät he olleet edes kovan keskustelua henkisestä sopeutumisesta. Aiheeseen ei ollut kiinnitetty juurikaan huomiota. Jollekin vastaajalle oli kerrottu kehonkuvan ja minäkuvan muutoksiin varautumisesta, jotta psyyke pääsisi mukaan laihtutukseen. Lisäksi oli ohjattu varautumaan henkisesti siihenkin, että painonlaskussa voi tulla tasaisempia vaiheita, jolloin paino ei putoakaan.

Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen lihavuusleikkauksen jälkeen on tärkeää, sillä psyyken ongelmat saattavat vaikuttaa negatiivisesti postoperatiiviseen painonlaskuun (Marcus ym. 2009; Rantala 2012, 48). Leikkaukseen saattaa liittyä muun muassa menetyksestä johtuvaa masennusta, johon potilaat tarvitsevat tukea. Potilasta voi masentaa myös luopuminen vanhoista ruokailu- ja elintavoista, entisen itsensä menettäminen ja laihtumistavoitteesta jääminen tai ihmissuhteen päättyminen leikkauksen jälkeen esimerkiksi avioeroon. (Mattila ym. 2012, 246–261.) Rekolan ym. (2013) mukaan potilaat tuntevat pelkoa ja epävarmuutta ulkonäön muutoksista sekä ihmisten suhtautumisesta uuteen olemukseen. Lisäksi heitä huolettavat laihtumisen onnistuminen, oma passiivisuus sekä sopeutuminen uuteen kehon- ja minäkuvaan.

Lihavuusleikatut tarvitsevat apua tunnereaktioiden kuten häpeän ja pettymysten sekä epäonnistumisten käsittelemisessä. Potilaat saattavat kokea, että lihavuuden leima ei katoakaan leikkauksen myötä. Heistä voi myös tuntua, että ulkopuoliset tuomitsevat heidät ja luulevat heidän valinneen vain helpoimman tavan laihtua. Psyykkistä kuormitusta voi aiheuttaa myös muuttuneen olemuksen sekä minäkuvan hyväksyminen. Lihavuusleikatut tarvitsevatkin tukea sekä fyysiseen muodonmuutokseen sopeutumisessa, että ulkonäön hoitamisessa. Potilaat kokevat uuden minän hyväksymisen haasteellisena, sillä mielikuva itsestä pysyy pitkään lihavana ja uusi olemus tuntuu oudolta. Ulkonäön hoitaminen ja kunnon kohottaminen vaativatkin opettelua. (Mattila ym. 2012, 246–261.) Laihtuminen on usein eheyttävä kokemus ja saa yksilön tuntemaan itsensä, ehkä ensimmäistä kertaa vuosiin, seksuaaliseksi olennoksi muiden silmissä. Tämä voi kuitenkin aiheuttaa myös hämmennystä. (Saarni ym. 2009, 2290–2291.) Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että useat vastaajat olivat kokeneet muuttuneen kehonsa myönteisenä ja saaneet hoikentuneesta ulkomuodosta runsaasti positiivista palautetta.

7.3.4 Sosiaaliseen elämään liittyvä ohjaus

Opinnäytetyön tulosten mukaan lihavuusleikattujen kanssa oli keskusteltu melko vähän sosiaalisiin suhteisiin ja -tilanteisiin liittyvistä asioista. Suurin osa vastaajista koki, ettei siihen olisi ollut tarvettakaan. Tuloksista nousi esille keskustelu muiden ihmisten suhtautumisesta ja yleisistä ennakkoluuloista. Mattilan ym. (2012) mukaan lihavuusleikatut tarvitsevat tukea oppiakseen uudenlaisia tapoja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Tähän kuuluu muun muassa hakeutuminen muiden ihmisten pariin, tottuminen uudenlaisiin huomionsoituksiin sekä perheenjäsenten sopeutuminen elämänmuutokseen.

Lihavuus koskettaa yksilön sosiaalista elämää monella tavalla. Se saattaa vaikuttaa työelämässä suoriutumiseen ja sekä rajoittaa itsenäistä elämää ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Lisäksi sillä voi olla vaikutusta ystävyys- ja seurustelusuhteisiin, avioliittoon, seksuaalisuuteen ja vanhemmuuteen. Elämänlaatua huonontaa syrjintä, jota lihavat kohtaavat usein perheessä, työelämässä ja yhteiskunnassa sekä jopa terveydenhuoltohenkilöstön taholta. (Ikonen ym. 2009, 144; Saarni ym. 2009, 2289.) Lihavaan henkilöön suhtaudutaan usein stereotyyppisesti. Hänet voidaan leimata tyhmäksi, laiskaksi, saamattomaksi ja heikkoluonteiseksi, koska hän ei kykene hallitsemaan omaa painoaan. (Saarni ym. 2009, 2282.) Sosiaaliseen elämään liittyvä ohjaus on tutkimustulosten ja myös opinnäytetyön tulosten perusteella tarpeen lihavuusleikkauksen jälkeen, vaikkei sitä erikseen osattaisikaan pyytää.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että osa kyselyyn vastanneista oli löytänyt psyykkistä ja sosiaalista tukea omatoimisesti internetistä eikä näin ollen ollut kaivannut sitä hoitohenkilökunnalta. Rekolan ym. (2013) tutkimuksen mukaan internet onkin hyvä tietolähde lihavuusleikatuille ja se mahdollistaa myös vertaistuen. Toisessa katsauksessa todetaan lisäksi, että internetin tarjoaman tuen etuna on anonymiteettisuoja. On kuitenkin tärkeää, että potilaat ohjataan luotettaville sivuille sekä suhtautumaan löytämäänsä tietoon ja toisten leikattujen kokemuksiin kriittisesti. (Mattila ym. 2012, 246–261.) Internetin lisäksi sairaalan valmennusryhmät sekä hoitohenkilökunta ovat tärkeitä sosiaalisen tuen antajia, koska harva lihavuusleikattu kertoo leikkauksestaan esimerkiksi työpaikalla tai ystäväpiirissä. Terveystieteen ammattilaisten antama ohjaus on usein kuitenkin riittämätöntä. (Rekola ym. 2013, 36.)

Kiuru tarjoaa lihavuusleikkauspotilaille vertaistukiryhmiä, joita vetävät endokrinologian poliklinikan ravitsemussuunnittelija ja diabeteshoitaja. Ryhmä kokoontuu kaksi kertaa vuodessa keskussairaalan tiloissa ja niihin kutsutaan lihavuusleikkaukseen valmistautuvia sekä leikkauksen jo läpikäyneitä henkilöitä. Vertaistukiryhmän tarkoituksena on antaa tietoa, jakaa kokemuksia ja tarjota vertaistukea, joka auttaa valmistautumaan leikkaukseen tai selviytymään leikkauksen aiheuttamista elämänmuutoksista. Opinnäytetyön mukaan vertaistukiryhmällä oli tärkeä rooli psykososiaalisen tuen antajana. Vertaistukiryhmää oli tarjottu tutkittaville aktiivisesti ja tapaamisiin oli osallistuttu hyvin. Tuloksista tosin ilmeni, että joillakin kynnys osallistua saattaa olla korkea. Vertaistukiryhmän tapaamiset eivät myöskään olleet vastanneet kaikkien osallistujien odotuksia. Vertaistukiryhmän merkitys lihavuusleikatulle on saada samassa tilanteessa olevilta tukea omaan selviytymiseen sekä tietoa, joka auttaa sopeutumaan elämänmuutokseen (Saarni ym. 2009, 2290–2293). Rekolan ym. (2013) mukaan vertaistuen tarvetta lisää yksin asuminen, perheeltä saadun tuen puute, vähäiset ystävyysuhteet sekä ammattilaisilta saatu puutteellinen tai ristiriitainen ohjaus.

7.3.5 Kokemuksia ohjaussuhteesta ja -tilanteesta

Opinnäytetyön vastauksista ilmeni, etteivät lihavuusleikatut olleet osanneet sanoa mielipidettään ohjaussuhteesta ja ohjaustilanteesta kovinkaan hyvin. On mahdollista, että vastaajat eivät olleet ymmärtäneet kysymystä kunnolla. Vastauksissa nousi kuitenkin esille, että vastaanottotilanteet oli koettu rauhallisina ja ohjaus perusteellisena. Kokemukset olivat pääosin myönteisiä ja ohjauksen laatuun sekä henkilökunnan ammattitaitoon oltiin monessa vastauksessa tyytyväisiä. Vastauksista ilmeni myös, että ohjauksen turvin oli ollut ongelmaton siirtyä jatkoseurantaan perusterveydenhuollon puolelle. Toisaalta ohjauksen yksilölliseen toteuttamiseen ja tuen antamiseen olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota. Laadukas ohjaus lisää asiakkaan itseluottamusta ja hallinnan tunnetta sekä tukee häntä sitoutumaan yhteiseen asiaan. Onnistuneen ohjauksen edellytyksenä on hoitajan motivaatio ja valmius ohjaamiseen. Asiakas on kuitenkin avainasemassa ja itse vastuussa ohjauksen mahdollistamasta oppimisesta ja tekemistään valinnoista. (Kääriäinen ym. 2006, 6–8.)

7.3.6 Ohjauksen kehittämistarpeet

Yksi opinnäytetyömme tavoite oli saada selville lihavuusleikattujen ohjaukseen liittyviä kehittämistarpeita Kiurun endokrinologian poliklinikalla. Tulosten mukaan ohjauksen sisältöön ja tapoihin oltiin pääosin tyytyväisiä. Ohjauksessa pitäisi kuitenkin panostaa yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen, etenkin tilanteissa, kun paino laskee liikaa ja syömisessä on ongelmia. Potilaat eivät aina jaksaa pyytää itse apua, tukea ja neuvoa. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä tunnistaa avuntarve ja antaa yksilöllistä ohjausta. Opinnäytetyöstä kävi ilmi, että ohjaukseen oli liittynyt myös haasteita. Ohjaus oli ollut riittämätöntä joidenkin kohdalla, ja vaikeuksissa oli jääty ilman tukea. Myös Rekolan ym. (2013) tutkimuksessa nousi esiin, että potilas voi joskus kokea jäävänsä yksin leikkauksen jälkeen ja omat voimat eivät riitä selviytymiseen. Hoitohenkilökunnan kehittymishaasteena onkin kyetä tarjoamaan yksilöllistä ohjausta potilaille, joilla on erityisen hankalia ongelmia leikkauksen jälkeen. Lihavuusleikatut kokevat kontrollikäynnit tärkeinä ja motivoivina sekä arvostavat hoitohenkilökunnan avoimuutta ja rehellisyyttä.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että ohjauksessa pitäisi käsitellä enemmän leikkauksen jälkeiseen elämään liittyviä haasteita, kuten mahdollisten komplikaatioiden riskiä. Potilaat kaipaavat tietoa mahdollisista ongelmista, jotta he voivat varautua niihin henkisesti, tunnistaa epänormaaleja oireita ja hakeutua ongelmatilanteessa hoitoon. Ohjauksen pitäisi olla tulevaisuuteen suuntautunutta ja valmistaa myös mahdollisiin jatkotoimenpiteisiin, kuten plastiikkakirurgisiin korjausleikkauksiin. Yleisesti tuli myös esille, että potilaat kaipaavat enemmän psyykkiseen hyvinvointiin, jaksamiseen ja sopeutumiseen liittyvää tukea ja ohjausta. Tämä on tärkeää etenkin silloin, kun kaikki ei menekään suunnitellusti leikkauksen jälkeen. Myös ajan antaminen ja rauhallinen keskustelu koettiin tärkeinä. Rekolan ym. (2013) mukaan lihavuusleikattujen potilaiden ohjaustilanteet ovat haastavia ja vaativat hoitohenkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja sekä rohkeutta ottaa puheeksi myös arkaluontoisia asioita. Potilaiden kokemuksiin liittyy usein häpeää. Se vaikeuttaa asioista puhumista ja siksi potilaan elämäntilanne tulisikin ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti.

Opinnäytetyön tulosten mukaan Kiurun vertaistukiryhmän tapaamista voisi entisestään kehittää vastaamaan paremmin lihavuusleikattujen tarpeita. Tilaisuus on monen mielestä liian lyhyt ja keskustelulle ei jää tarpeeksi aikaa. Tapaamisessa tulisi panostaa siihen, että ihmiset ehtivät tutustua toisiinsa hieman, rohkaistuvat puhumaan mieltä askarruttavista asioista ja keskustelulle on varattu riittävästi aikaa. Lisäksi toivottiin yhteistyötä kotikun-

nan kanssa. Tämä vaatisi Kiurulta moniammatillisen yhteistyön kehittämistä asiakkaiden kotikuntien kanssa. Myös ryhmämuotoista kuntouttavaa toimintaa toivottiin.

7.4 Opinnäytetyöstä nousseita jatkotutkimusaiheita

Mielestämme lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeita tulisi edelleen tutkia Kiurussa. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, mitä leikkausta harkitsevat odottavat leikkaukselta ja millaista tukea he kokevat tarvitsevansa ennen leikkausta päätöksen tekemiseksi ja ollakseen valmiimpia leikkauksen jälkeiseen elämään. Myös terveyskeskuksen seurannassa olevien lihavuusleikattujen selviytymistä ja painonhallintaa olisi tärkeää tutkia, jotta saataisiin selville laihtumistulosten pysyvyys pidemmällä aikavälillä.

7.5 Omien oppimiskokemusten pohdinta

Henkilökohtaisena tavoitteenamme oli opinnäytetyöprosessin aikana kehittää sairaanhoitajan ammattiin kuuluvaa tutkimusosaamista sekä kriittistä ajattelua ja tiimityötaitoja. Koemme, että prosessin myötä kehityimme kyseisillä alueilla. Saimme valmiuksia laadullisen tutkimuksen tekemiseen ja sisäistimme hoitotyön tutkimuksen eettisiä periaatteita. Lisäksi saimme lisää varmuutta tutkimusten lukemiseen sekä tieteellisten artikkeleiden luotettavuuden ja hyödynnettävyyden arvioimiseen, mikä on olennaisen tärkeää sairaanhoitajan ammatissa. Osaamme jatkossa tehdä pienimuotoista tutkimusta työpaikallamme sekä hyödyntää tutkimustietoa ammattitaitomme ja hoitotyön kehittämisessä. Tutkimusprosessin aikana myös hoitotieteellisen tutkimuksen merkitys potilaslähtöisen hoitotyön kehittämiseksi korostui. Opinnäytetyön tuloksista nousi esille potilaiden kokonaisvaltaisen ohjauksen ja kohtaamisen tarve. Jos heidän kokemuksiaan ei tutkittaisi, hoitotyö jäisi yksipuoliseksi ja hoitajalähtöiseksi. Opinnäytetyön kautta saatu tieto voi auttaa meitä tulevana sairaanhoitajina kehittymään edelleen kohti potilaiden tarpeet huomioon ottavaa, laadukasta ohjaamista.

Opinnäytetyön prosessi oli kokonaisuudessaan haastava, mutta hyödyllinen tulevaisuutta ja sairaanhoitajan ammatin vaatimuksia ajatellen. Se antoi lisää valmiuksia pitkäjänteiseen työhön, sitoutumiseen sekä epämurkavuuden ja stressin sietämiseen. Lisäksi opinnäytetyön

tekeminen kehitti ajankäytön hallintaa ja järjestelmällisyyttä. Yhteistyöosaamistaidot parantuivat työskennellessämme tiiviinä työparina sekä opettajaohjaajan ja työelämän yhteishenkilöiden kanssa. Oman työn kriittinen tarkastelu ja arviointi oli oma oppimiskokemuksensa. Jälkeenpäin ajateltuna oppiminen oli dynaaminen prosessi, joka rakentui teoria-tiedon ja tutkittavien vastausten pohjalta sekä yhteisten oivallusten ja vuoropuhelun kautta.

8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tulosten perusteella teimme seuraavat johtopäätökset:

1. Lihavuusleikatut potilaat olivat saaneet Käypä hoito -suosituksen mukaista ohjausta ravintoon ja ruokailuun liittyvistä asioista. Lisäksi potilaita oli ohjattu ja tuettu painonhallintaan sekä elämäntapamuutokseen. Psykososiaalinen tuki ja ohjaus oli ollut vähäistä.
2. Lihavuusleikatut olivat kokeneet ohjauksen pääasiassa positiivisena. Myös ohjauksen sisältöön ja tapoihin oltiin yleisesti tyytyväisiä.
3. Ohjauksessa tulisi keskittyä asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen.
4. Lihavuusleikatut kaipaavat psyykkiseen hyvinvointiin, jaksamiseen ja sopeutumiseen liittyvää ohjausta ja tukea nykyistä enemmän. Se vaatisi psyykkisen hyvinvoinnin parempaa huomioimista vastaanotolla sekä asiakkaiden kiireetöntä kohtaamista.
5. Lihavuusleikattujen vertaistukiryhmällä on tärkeä rooli psykososiaalisen tuen antajana. Ryhmän tapaamisia tulee edelleen kehittää vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita.
6. Lihavuusleikattujen ohjauksessa voisi edelleen kehittää moniammatillista yhteistyötä, jotta potilaiden erilaisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan entistä paremmin.

LÄHTEET

Aho, A. 2011. Arkaluonteisen tutkimusaiheen haasteita. Tutkiva hoitotyö 3, 41–42.

Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M.D., Pories, W., Fahrbach, K. & Schoelles, K. 2004. Bariatric surgery a systematic review and meta-analysis. The journal of the American medical association 14, 1724-1737. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://jama.ama-assn.org/content/292/14/1724.short>. Luettu 29.3.2012

Foteg. 2013. Finnish Obesity Treatment Expert Group. Www-sivut. Saatavissa: www.foteg.fi. Luettu 2.5.2013.

Harrington, L. 2006. Postoperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Medical Surgical Nursing 6. Www-dokumentti. Saatavissa: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_15/ai_n17215957/pg_2/?tag=content;col1. Luettu 29.3.2012.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, S., Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2006. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. Duodecim 13, 1625–1630.

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

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kiuru. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä. Www-sivut. Saatavissa: www.kpshp.fi. Luettu 2.4.2012.

Koskela-Koivisto, T., Juuti, A. & Tiitinen, A. 2012. Lihavuusleikkaus ja lisääntymisterveys. Duodecim 3, 259-265.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – Mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim 7, 609-615. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet.action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fview_article%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93495&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero. Luettu 1.4.2012.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2, 138–148.

- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito -suosituksen päivitystiivistelmä. 2011. Aikuisten lihavuuden hoito. Duodecim 7, 730–731.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3, 27–31.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10, 6-9.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Wsoy, 23-24.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.-6. painos. Helsinki: Wsoy.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhän soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. Oulu: Oulun yliopistopaino. Pdf-dokumentti. Saatavissa: www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Luettu 1.4.2012.
- Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Duodecim 15, 1647-1653.
- Marcus, M.D., Kalarchian, M.A. & Courcoulas, A.P. 2009. Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. The American journal of psychiatry 3, 285-291. Ww-dokumentti. Saatavissa: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=166&page=285&journalID=13>. Luettu 29.3.2012.
- Martikainen, T., Torpström, J., Pääkkönen, M., Harju, J., Alhava, E. & Gylling, H. 2004. Mahalaukun ohitus laihdutusleikkauksena. Alkuvaiheen kokemuksia Kuopiosta. Duodecim 19, 2333–2339.
- Mattila, L-R., Rekola, L. & Häggman-Laitila, A. 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot – järjestelmällinen katsaus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3, 247–261.
- Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus, ongelma ja hoito. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Mustajoki, P., Koivukangas, V., Gylling, H., Malmivaara, A., Ikonen, T. & Victorzon, M. 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa – kaikki vaihtoehdot käyttöön. Duodecim 20, 2249–2255.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: Wsoy, 217–220.

Nuutinen, O., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Siljamäki-Ojansuu, U., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Pdf – dokumentti. Saatavissa:

<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf>. Luettu 29.3.2012.

Nykänen, M. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 21.10.2013.

Rantala, M. 2012. Lihavuusleikattujen painonkehityksen yhteys ravinnonsaantiin sekä ennen leikkausta selvitettyyn ahmimiskäyttäytymiseen ja mielialaan. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Ravitsemustiede. Pdf-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120105/urn_nbn_fi_uef-20120105.pdf. Luettu 30.3.2012.

Rekola, L., Häggman-Laitila, A., Mattila L-R., Palomaa, T., Ruskomaa, P. & Leivonen, M. 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. Tutkiva hoitotyö 2, 32–43.

Saarni, S. E., Anttila, H., Saarni, S. I., Ikonen, T. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuusleikkauksen vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Duodecim 20, 2287–2294.

Saarni, S. I., Anttila, H., Saarni, S. E., Mustajoki, P., Koivukangas, V., Ikonen, T. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuuden leikkaushoitoon liittyviä eettisiä näkökohtia. Duodecim 20, 2280–2286.

Suomen kuvalehti. 2009. Www-sivut. Saatavissa:

<http://suomenkuvalehti.fi/jutut/talous/lihavuusleikkauksella-paino-pois>. Luettu 2.4.2012.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Pdf-tiedosto. Saatavissa:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf. Luettu 15.3.2013.

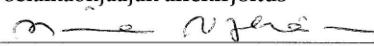
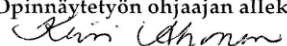
Victorzon, M., Mustajoki, P., Gylling, H., Anttila, H., Ikonen, T., Malmivaara, A. & Koivukangas, V. 2009. Lihavuuskirurgian vaikuttavuus ja turvallisuus. Duodecim 20, 2257–2264.

Westerbacka, J. 2009. Lihavuuden leikkaushoito Suomessa. Diabetes ja lääkäri 3, 15–19.

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Opinnäytetyön tekijä/t Nelli Stermark Pieta Krist	Aloituspäivämäärä Syyskuu 2012
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	Yksikkö Kulttuurin ja hyvinvoinnin yksikkö
Koulutusohjelman yliopettaja Annukka Kukula	Opinnäytetyön ohjaaja Kirsi Ahonen
Opinnäytetyön työnimi (aihe) Postoperatiivinen ohjaus lihavuuskirurgisen potilaan kokemana Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa	
Tutkimusongelma/kehittämistehtävä Milloisena lihavuusleikatut potilaat ovat kokeneet saamansa postoperatiivisen ohjauksen Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa? Miten postoperatiivista ohjausta tulee kehittää vastaamaan paremmin lihavuusleikkattujen potilaiden tarpeita?	
Opinnäytetyön tavoite ja rajaus/tutkimustulokset Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla endokrinologian poliklinikan sairaanhoitajat sekä ravitsemusterapeutit voivat parantaa lihavuusleikkattujen potilaiden ohjauksen laatua. Rajaus: postoper. ohjaus, ravitsemus, painonhallinta, psyyke & sos. hyvinvointi, ohjauksen asiakaslähtöisyys	

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<p>Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [3/12] Toteutussuunnitelman esittäminen [5/12] Välikirjoitus [5/13] Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [9/13] Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [9/13] Opinnäytetyön seminaariesitys [11/13] Kypsyyskoe [11/13]</p>
<p>Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteys henkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)</p> <p>KIURU, Mariankatu 16-20, 67100 Kokkola Minna Nykänen, minna.nykanen@kpshp.fi</p>
<p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön <u>2.9/2013</u> mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan. Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, matka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat aaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> <p>Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.</p>
<p>Päiväys 6.5.2012</p>
<p>Työelämäohjaajan allekirjoitus </p>
<p>Opiskelijan allekirjoitus Nelli Stermark Pieta Kinnunen</p>
<p>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus </p>

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ
Keskushallinto

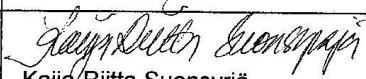
Viranhaltija ja virka-asema
Kaija-Riitta Suonsyrjä
Hallintoylihoitaja

PÄÄTÖS

1

Tutkimuslupapäätös

Päivämäärä / pykälä
24.09.2012 / § 10

Asia, jota päätös koskee	Pieta Kvist, Nelli Stenmark, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu, Postoperatiivinen ohjaus lihavuuskirurgisen potilaan kokemana Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. 11.9.2012
Asianosaiset	
Selostus asia- sta	
Perustelu/ esittelijä	
Päätös	Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.
Allekirjoitus	 Kaija-Riitta Suonsyrjä Hallintoylihoitaja
Oikaisuvaati- musohjeet/	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välit- tömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaati- musohjeet/ Valitusosoitus/ Muutosvaati- musositus	<input type="checkbox"/> Tähän päätökseen ei saa hakea muutosta Kiellon peruste <input type="checkbox"/> Valitusosoitus - Hallintovalitus
Liitteet	<input type="checkbox"/> Oikaisuvaatimusohjeet <input type="checkbox"/> Valitusosoitus - Hallintovalitus <input type="checkbox"/> Muutosvaatimusositus

Postiosoite / Postadress:
Mariankatu/Mariegatan 16-20
67200 KOKKOLA / KARLEBY

Käyntiosoite / Besöksadress:
Keskussairaala/Centralsjukh.
Mariankatu/Mariegatan 16-20

Puhelin / Telefon:
(06) 826 4111
Fax: (06) 826 4650

S-posti / E-post:
etunimi.sukunimi@kpshp.fi
fornamn.efternamn@kpshp.fi

Internet:
www.kpshp.fi

Saatekirje

Kokkolassa 6.9.2012

Hyvä vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Centria ammattikorkeakoulusta. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka teemme yhteistyössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan endokrinologian poliklinikan kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää ja kuvata lihavuusleikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Tavoitteenamme on kerätä tietoa, jonka avulla henkilökunta voi kehittää osaamistaan ja antaa lihavuusleikatuille potilaille heidän tarpeitaan vastaavaa ohjausta leikkauksen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kaikki kyselylomakkeet käsitellään täysin luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytenne tule julki missään tutkimuksen vaiheessa. Toivomme, että antaisitte hetken ajastanne ja kertoisitte kokemuksistanne. Vastauksenne ovat tärkeitä ohjauksen kehittämiseksi. Olkaa hyvä ja palauttakaa vastauksenne oheisessa palautuskuoressa. Halutessanne voitte ottaa meihin yhteyttä. Vastamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiin.

Kiitos vastauksestanne!

Ystävällisin terveisin

Pieta Kvist

p. 040-8325897

Nelli Stenmark

p. 040-7365504

Kyselylomake

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin niille varattuun tilaan. Voitte jatkaa vastaustanne myös paperin kääntöpuolelle.

Tässä kyselyssä **ohjauksella** tarkoitetaan eri menetelmillä annettua tietoa, tukea ja motiivointia. Ohjauksen tavoitteena on lisätä asiakkaan itseluottamusta ja elämänhallintaa sekä tukea häntä sitoutumaan yhteiseen asiaan. Ohjaus on suunnitelmallista, tavoitteellista, aktiivista ja vuorovaikutteista toimintaa, jossa annetaan tietoa, mutta ei valmiita ratkaisuja. Asiakkaan aloitteellisuutta ja ongelmanratkaisukykyä tuetaan. Häntä autetaan löytämään uusia toimintatapoja ja omat voimavaransa.

Kaikki kysymykset koskevat ohjausta, jonka olette saaneet Keski-Pohjanmaan keskussairaalan endokrinologian poliklinikalla.

KYSYMYKSET

- I. Kuvailkaa, millaista ohjausta saitte ravintoon ja ruokailuun liittyvissä asioissa leikkauksen jälkeen? (esim. ravinnon määrä ja laatu, ruokailurytmi, vitamiinit)

II. Kuvailkaa, millaista ohjausta saitte painonhallintaan leikkauksen jälkeen?

III. Kuvailkaa, millaista ohjausta saitte psyykkiseen hyvinvointiin leikkauksen jälkeen? (Esim. kehonkuva, henkinen jaksaminen)

IV. Kuvailkaa, millaista ohjausta saitte sosiaaliseen elämään liittyen leikkauksen jälkeen? (esim. vertaistukeen osallistuminen, ympäristön paineet)

V. Mikäli olisitte kaivanneet jostakin lisää ohjausta, niin mistä asioista?

- VI. Kuvailkaa, millaisena koitte ohjaussuhteen ja -tilanteen Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa leikkauksen jälkeen? (Esim. yksilöllisyys, yhteistyö, aika)

Lämmin kiitos vastauksestanne!

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysi lihavuusleikattujen postoperatiivisesta ohjauksesta

Tutkimuskysymys	Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Millaista postoperatiivista ohjausta lihavuusleikatut potilaat ovat saaneet ja miten ohjausta tulee kehittää vastaamaan paremmin lihavuusleikattujen potilaiden tarpeita?	*Ei tuoremehuja raakana *Vihanneksia, hedelmiä, lihaa rasvatonta kuuluu syödä myös kalaa eri muodoissa *Kirjallisia ohjeita ruoka-aineista. Ihan perus kotiruokaa *Paljon proteiineja, vihanneksia, jos pysyy	*Monipuolisuus *Terveelliset ruoka-aineet *Ravitsemussuosituksen mukainen ruokavalio	Terveellinen ravitsemus	Ravitsemusneuvonta	Postoperatiivinen ohjaus lihavuusleikatun potilaan koekomana
	*1-2 viikkoa leikkauksen jälkeen soseutettua *Laadultaan hienojakoista sosemaista proteiinipitoista *Pureskeltava hyvin *Säännöllinen, monipuolinen ruoka	*Ruuan koostumus *Huolellinen pureskelu *Säännöllisyys	Ruokailu – ja syömistavat		
	*Vitamiinitabletit D, B ja monivitamiini lopun aikaa *Vitamiinit B, D ja monivitamiini ja Calsi *Vitamiinireseptin mukaiset vitat koko loppuelämä *Purkista vitamiineja	*Vitamiinilisät *Hivenaineet *Ravintoaineiden saanti	Puutostilojen ehkäisy		

	<p>miineja, kun ei normaalisti imeydy</p> <p>*Tärkein ohje on ollut se, että proteiineja on saatava riittävästi ja vettä juotava paljon</p> <p>Nestettä riittävästi</p>	<p>nin turvaaminen</p> <p>*Riittävä nesteen saanti</p>			
	<p>*Pieniä annoksia ruokailukallisesta lähdetään</p> <p>*Määrä huomattavasti pienempi kuin ennen</p> <p>*Määrät noin 1-2 dl kerta ja nestettä noin 1,5l/vrk</p> <p>*Varoitettiin venyttämästä pientä mahalaukua</p> <p>*Annoskokoja painotettiin, ettei ”uusi maha” veny liiaksi</p> <p>*Pienempi määrä pitää syödä, usein pieniä määriä</p>	<p>*Pienet annoskoot</p> <p>*Vältettävä mahalaukun venymistä</p>	Annoskokojen huomiointi		Painon hallinnan ohjaus
	<p>*Ohjeistuksessa todettiin, että ruokailurytmiä tulisi noudattaa</p> <p>*Usein 3-4 tunnin välein</p> <p>*Ruokailuja ja välipaloja säännöllisesti</p> <p>*Ruoka-ajat säännölliset</p>	<p>*Ruokailurytmin noudattaminen</p> <p>*Lyhyet ruokailuvälit</p> <p>*Säännöllisyys</p>	Säännölliset Ruokailuajat		
	<p>*Rav.ter. tapauksissa käytiin ruokapäiväkirjani ja</p>	<p>*Ruokapäiväkirja</p>	Painon pudotuksen tukeminen		

	<p>keskusteltiin siitä.</p> <p>*Ruokapäiväkirja käytiin läpi terapeutin kanssa. Ei erityistä huomautettavaa</p> <p>*Sain Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ravitsemusterapeutilta suullisen ohjeistuksen ravinnon määrään ja laatuun</p> <p>*Liikuntaneuvoja, esim. uimahallilla, uimista, pyöräilyä, kävelyä.</p> <p>*Painon tarkkailu esim. 1x viikko. Saattaa tippua nopeankin</p>	<p>*Kirjalliset ja suulliset ohjeet</p> <p>*Liikuntaohjeet</p> <p>*Painon tarkkailu</p>			
	<p>*Alkoholia olisi syytä vähentää</p> <p>*Välttää kalorigitoisia ruokia ja juomia</p> <p>*Suuria kalorigitoisia ruokia tulisi välttää</p> <p>*Energiapitoista ruoka lihotta samalla tavalla kuin ennen leikkaustakin mutta kalorit eivät imeydy yhtälailla kuin ennen leikkausta</p> <p>*Ruokailurytmiä tulisi noudattaa, sekä pitää huolta ravinnon</p>	<p>*Alkoholi kohtuukäyttö</p> <p>*Vähäkaloristen tuotteiden valitseminen</p> <p>*Vähäenerginen ruoka</p> <p>*Muutokseen sitoutuminen</p>	<p>Elämäntapojen muutos</p>		

	oikeasta määrstä ja laadusta, jotta painon pudotus etenisi toivotulla tavalla				
	<p>*En muistaakseni mitään</p> <p>*En juurikaan mitään</p> <p>*Psyykkiseen hyvinvointiin en ole saanut ohjausta lainkaan. *Siihen ei ole kiinnitetty huomiota</p> <p>*Eipä paljon kehonkuvasta tai henkisestä jaksamisesta puhuttu. Jaksan hyvin... Olen tyytyväinen ja onnellinen</p> <p>*Ei oikeastaan minkäänlaista. En ole kokenut tarvitsevani sitä</p> <p>*En ole tarvinnut/saanut ohjausta</p> <p>*Ei ole ollut minkäänlaisia ongelmia. Hoi-kentuneesta olemuksesta tullut paljon myönteistä palautetta!</p>	<p>*Ei ohjausta psyykkisestä hyvinvoinnista</p> <p>*Ei tarvetta ohjaukselle</p>	Psyykkisen hyvinvoinnin ohjauksen puuttuminen	Psyykkisen tuki ja ohjaus	
	<p>*Omatoimisesti erilaisilla leikkattujen keskustelupalstoilla on vertaistukea tullut hankittua</p> <p>*Rav.terapeutin järjestämä tapaaminen lei-</p>	<p>*Psyykkinen vertaistuki internetissä</p> <p>*Psyykkinen vertaistuki ryhmässä</p>	Psyykkinen vertaistuki		

	ka- tuille/leikkauk- seen meneville on ollut, tästä ehkä hiukan sai ohjausta myös ps.hyvinvointii n.				
	*Omatoimisesti olen löytänyt netistä pari ryhmää joissa saa vertaistukea *Leikattujen kokoontumisista kerrottiin ja myös osallistuin kerran *Kutsu rav.terapeutin järjestämään tapaamiseen tuli noin 4kk leikkauksen jälkeen, siellä vertaistuen merkitys oli suuri *Vertaistukea hyvin tarjottu (ryhmiä) *Olen saanut lihavuusleikkauksen jälkeisiin ryhmätapaamisiin, joissa kahdessa tapaamisessa olen käynytkin *Tukeutuminen muihin leikattuihin	*Sosiaalinen vertaistuki internetissä *Sosiaalinen vertaistuki ryhmässä	Sosiaalinen vertaistuki	Sosiaalinen tuki ja ohjaus	
	*En ole huomannut ympäristön paineita eikä niistä erityisesti kerrotakaan *Mitä paineita ympäristöstä??	*Ei tarvetta sosiaaliselle tuelle ja ohjaukselle	Sosiaalisen ohjauksen ja tuen puuttuminen		

	<p>Ei minulla ainakaan! *En mitään *Ympäristön paineista ei erityisesti kerrotukaan *En päässyt päällekkäisyyksien vuoksi. Toisella kerralla aika oli työaikana, joten en päässyt. *Työskentelen th-alalla, joka nostaa kynnystä osallistua ryhmään</p>	<p>*Ei ohjausta *Osallistumisen esteet</p>			
	<p>*Ympäristö siis muut ihmiset saattavat halveksia, kun luullaan helpoksi tavaksi laihduttaa *Ulkokuori muuttuu, ei osaa ajatella itseään pienempänä</p>	<p>*Ympäristön paineet *Sopeutumisen muuttuneeseen kehoon</p>	<p>Sosiaalisen elämän tukeminen</p>		
	<p>*Ravitsemusterapeutin luona käynti parasta. Ammattitaitoinen *Rauhallinen ja perusteellinen keskustelu ravintoterapeutin kanssa. Koin erittäin myönteisenä.</p>	<p>*Ammattitaitoisuus *Ajan antaminen *Perusteellisuus</p>	<p>Laadukas ohjaus</p>	<p>Ohjaussuhde- ja tilanne</p>	
	<p>*Olen tyytyväinen saamaani ohjaukseen, joten en olisi kaivannut lisää ohjausta mistään asiasta</p>	<p>*Myönteinen kokemus *Toimiva</p>	<p>Asiakastyytyväisyys</p>		

	<p>*Minun ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalan välinen ohjaussuhde sujui hyvin</p> <p>*Kerran käynti ravintoterapeutilla kun ei ollut ongelmia en tarvinnut muuta</p>	<p>ohjaussuhde</p> <p>*Riittävä ohjaus ja tuki</p>			
	<p>*Ehkä ihan rauhallista keskustelun aikaa kehonkuvan muutoksista ja sopeutumisesta, minäkuvan muutoksista</p> <p>*Henkistä tukea – kävin niin rankan sairaalakierteen</p>	<p>*Psyykkisen ohjauksen tarve</p> <p>*Henkisen tuen tarve</p>	<p>Psyykinen tuen lisääminen</p>	Ohjauksen kehittäminen	
	<p>*1h kestävä tapaaminen muiden leikattujen/leikattavien kanssa. Se oli liian lyhyt</p> <p>*Ei vastannut odotuksia</p>	<p>*Riittävän ajan varaaminen</p> <p>*Potilaiden tarpeisiin vastaaminen</p>	<p>Vertaistukiryhmän kehittäminen</p>		
	<p>*Syö, syö, syö.. (jos en kykene syömään niin kuinka se auttaa) Minulla paino vain laskee.</p> <p>*Jos ei itse jaksaa pyytää ei saa mitään</p> <p>*Olin omillani</p>	<p>*Yksilölliset ongelmat</p> <p>*Haastavat tilanteet</p> <p>*Potilaiden tarpeiden tunnistaminen</p>	<p>Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen</p>		
	<p>*Esimerkiksi mitä riskejä leikkauksen jälkeen voitulla</p>	<p>*Tiedon antaminen mahdollisista komplikaatioista</p>	<p>Tulevaisuuden suuntautuminen</p>		

	<p>*Jatkosta ja tulevasta (roikkoleikkaus jne.) olisi myös hyvä puhua enemmän</p> <p>*Kuntoutusryhmiä tai ohjausta kotikunnalta</p>	<p>*Keskustelu mahdollisista jatkoleikkauksista</p> <p>*Hoidon jatkuvuus</p>			
--	---	--	--	--	--