

Kontulainen Anna-Kaisa

Kuhmonen Minna-Maria

HAASTATTELURUNKO  
LIHAVUUDEN TAKIA  
ENSIKÄYNNILLE TULEVAN  
HAASTATTELUUN

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Marraskuu 2015




MAMK

University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  24.11.2015	
<b>Tekijä(t)</b> Anna-Kaisa Kontulainen, Minna-Maria Kuhmonen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Hoitotyön koulutusohjelma	
<b>Nimeke</b> Haastattelurunko lihavuuden takia ensikäynnille tulevan haastatteluun		
<b>Tiivistelmä</b>  Opinnäytetyömme tarkoituksena on yhdenmukaistaa Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalle lihavuuden takia ensikäynnille tulevien potilaiden haastattelukäytänteitä ja haastatteluja tekevien sairaanhoitajien työtä. Poliklinikan sairaanhoitajat toivoivat haastattelurunkoa työnsä tueksi ensihaastatteluihin, sillä haastattelujen tekemiseen ei ollut selkeää yhtenäistä linjaa. Järjestelmällistä haastattelurunkoa kaivattiin myös varmistamaan tarvittavien asioiden läpikäynti ennen lääkärin vastaanottoa, koska sairaanhoitajan tekemän ensihaastattelun aika on rajallinen. Tavoitteeksi muodostui siis luoda haastattelurunko, joka pitkällä aikavälillä selkeyttää ja yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä. Selkeä haastattelurunko mahdollistaa tarvittaessa myös uusien työntekijöiden siirtymisen ensihaastattelujen tekoon. Aihe on rajattu yli 18-vuotiaisiin, koska sisätautien poliklinikalla hoidetaan täysi-ikäisiä.  Haastattelurungon luomiseksi teimme poliklinikan tarpeista selvityksen laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme yksikön sairaanhoitajien haastatteluja, jotta pystyimme luomaan juuri poliklinikan käyttöön sopivan haastattelurungon. Litteroimme haastattelumateriaalin ja käytimme sen analysointiin sisällönanalyysiä. Tuotekehittelyprosessissa hyödynsimme lisäksi näyttöön perustuvaa tietoa. Haastattelurunko lähetettiin testattavaksi sisätautien poliklinikalle, minkä jälkeen muokkasimme haastattelurungon lopulliseen muotoonsa testipalautteen ja poliklinikan toiveiden mukaisesti.  Lopullinen haastattelurunko on kaksipuoleinen A4-kokoinen paperinen runko, jossa on kahdeksan kohtaa. Kohdat sisältävät terveydentilaan, motivoituneisuuteen ja hoitoon liittyviä kysymyksiä potilaalle sekä ohjeistuksia sairaanhoitajalle potilaan haastatteluun. Haastattelurunkoon on myös sisällytetty potilaan lääkelistan tarkistaminen ja perusmittauksien tekeminen potilaalle. Haastattelurungon on tarkoitus kannatella haastattelun etenemistä ja mahdollistaa myös vapaamuotoinen dialogi potilaan ja sairaanhoitajan välillä aihekokonaisuuksiin liittyen. Haastattelurungossa on pyritty huomioimaan potilaiden vaihtelevat lähtökohdat.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> ylipaino, lihavuus, potilasohjaus, haastattelurunko, tuotekehitys		
<b>Sivumäärä</b> 46 s. + liitteet 4 s.	<b>Kieli</b> suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Ansa Iivanainen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikka	

## DESCRIPTION

		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  24.11.2015
<b>Author(s)</b> Anna-Kaisa Kontulainen, Minna-Maria Kuhmonen		<b>Degree programme and option</b>  Degree programme in Nursing
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  Interview frame for interviewing patients coming to their first appointment in treatment of obesity		
<b>Abstract</b>  The purpose for this thesis is to standardize the interview practices of the internal medicine outpatient clinic of the Central Hospital of Mikkeli. This clinic treats patients with obesity and BMI index over 40 or over 35 if the patient has an illness caused by obesity. The incidence of obesity has doubled in the last 30 years. Estimatedly over a billion people around the globe are overweight and about a third of them can be considered as obese. Obesity is an international problem and its effects are visible in Finland, too. In the year 2012 overall cost of obesity in healthcare was 330 million euros in Finland. This also includes treating illnesses and conditions caused by obesity. Treatment practices are generating towards outpatient treatment for example outpatient clinics.  Patients come to the outpatient clinic with a referral and their treatment starts with an admission interview done by a nurse. After the interview the patient has a doctor's appointment. The nurses performing the interviews wished for an interview frame that would be more cohesive and allow structured meetings with patients. A working interview frame would also make sure that all the important subjects are covered in the meeting before the doctor's appointment. The frame also enables a new employee to successfully perform the interviews.  We did an inquiry by interviewing the two nurses performing the interviews, to work out the outpatient clinic's wishes for the interview frame. In the product development of the interview frame we also utilized scientific and theoretical information on the subject. We sent the interview frame to the outpatient clinic to be tested and we modified it according to the feedback. The final interview frame has eight sections and it is printed on both sides of an A4-paper. Sections include questions to the patients about their health, motivation and treatment. The frame also includes instructions for the nurse for interviewing the patients and for going over their medications and taking basic measurements.		
<b>Subject headings, (keywords)</b> overweight, obesity, patient counseling, interview frame, product development		
<b>Pages</b> 46 p. + appendices 4 p.	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b>  Ansa Iivanainen		<b>Bachelor's thesis assigned by</b> Internal medicine outpatient clinic of the Central Hospital of Mikkeli

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	TAUSTA .....	2
2.1	Tiedonhaku .....	3
2.2	Lihavuus .....	5
2.2.1	Lihavuuden syntyyn vaikuttavia tekijöitä .....	6
2.2.2	Lihavuuden seurauksia – liitännäissairauksia ja niiden vaikutuksia..	7
2.3	Lihavuuden hoito .....	8
2.3.1	Terveelliset elintavat.....	9
2.3.2	ENE-dieetti.....	10
2.3.3	Lääkehoito.....	10
2.3.4	Kirurginen hoito .....	11
2.3.5	Potilasohjaus .....	12
3	TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	14
4	HAASTATELURUNGON TUOTEKEHITYS.....	14
4.1	Kehittämistarpeiden tunnistaminen .....	15
4.2	Ideointi.....	16
4.3	Luonnostelu ja selvityksen tekeminen.....	17
4.3.1	Selvityksen toteutus .....	18
4.3.2	Selvityksen aineiston analysointi .....	20
4.3.3	Selvityksen tulokset .....	21
4.3.4	Luonnostelun täsmentyminen tuotekonseptiksi .....	23
4.4	Haastattelurungon kehittäminen .....	24
4.4.1	Tuotekehittelyvaiheen teoria.....	24
4.4.2	Haastattelurungon asiasisältöjen esittely .....	25
4.4.3	Haastattelun välttämättömät kysymykset .....	26
4.4.4	Haastattelun muut kysymykset .....	28
4.4.5	Kysymysten etiikka, muotoilu ja informaation välittämisen periaatteet.....	30
4.5	Haastattelurungon viimeistely ja testaus .....	32
5	POHDINTA .....	35
5.1	Opinnäytetyön prosessi.....	35
5.2	Tuotekehittäminen .....	37
5.3	Selvityksen laadukkuus, luotettavuus ja eettisyys .....	39
5.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotuksia .....	41
	LÄHTEET .....	43

## LIITTEET

1 Sairaanhoidtajien haastattelu

2 Haastattelurunko lihavuuden takia ensikäynnille tulevan haastatteluun

## 1 JOHDANTO

Lihavuuden esiintyvyys on kaksikertaistunut viimeisen 30 vuoden aikana maailmassa. Arviolta yli miljardi maailman ihmisistä on ylipainoisia ja heistä noin kolmannes voidaan luokitella lihaviksi. Lihavuus on merkityksellinen terveydellinen ja taloudellinen ongelma myös Suomessa. Ylipainon ja lihavuuden yleistymiseen ovat vaikuttaneet elintason ja elinympäristön muuttuminen. Ne ovat osaltaan johtaneet ruumiillisen työn ja arkiliikunnan vähenemiseen sekä ruokailutottumusten muuttumiseen epäterveellisemmiksi. (Männistö ym. 2012, 1 vrt. Cardoso & Serrano 2014, 34–35.)

Pekurinen (2005) mukaan lihavien määrä ja hoidontarve ovat kasvussa ja hoitokäytännöt muuttuvat koko ajan enemmän avohoidon suuntaan. Lihavuuden aiheuttamien sairauksien hoito vaatii vuoden ympäri noin 1 200 potilaspaikkaa. Tätä voidaan verrata tupakoinnin aiheuttamien sairauksien vaatimaan 800 potilaspaikkaan. Lihavuuden ja sen aiheuttamien sairauksien hoitaminen aiheutti vuonna 2005 yhteiskunnalle 260 miljoonan euron kokonaiskustannukset. (Pekurinen 2006.) Vuoteen 2012 mennessä lihavuuden vaatimat kokonaiskustannukset terveydenhuollossa olivat nousseet 330 miljoonaan euroon (Männistö ym. 2012, 1).

FINRISKI 2012 -terveystutkimuksen mukaan yli puolet suomalaisista on vähintään ylipainoisia ja noin kolmannes vyötärölihavia. Työikäisten naisten keskimääräinen painoindeksi oli 26,0 ja miesten 27,1. Vähintään ylipainoisia oli 46,4 % naisista ja 66,3 % miehistä. Lihavia oli 19,0 % naisista ja 20,4 % miehistä. Ylipaino on yleisempää matalammin koulutetuilla, sillä koulutus lisää tietoa ja taitoa terveellisten elintapojen noudattamisesta. Vuoden 2007 tutkimuksesta vuoden 2012 tutkimukseen ei tapahtunut merkittäviä muutoksia lihavuuden esiintyvyydessä. (Männistö ym. 2012, 1, 3.)

Opinnäytetyön tilaajana toimii Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikka. Sisätautien poliklinikan toiminta muodostuu erikoislääkärien vastaanotoista ja tutkimuksista. Potilaat tulevat poliklinikalle lääkärin läheteellä. Sisätautien poliklinikalla toimii lihavuuden takia hoitoon tulevien vastaanotto, ja heidän hoitonsa alkaa aina sairaanhoitajan toteuttamasta ensihaastattelusta. Ensikäynnillä sairaanhoitaja haastattelee ensin poliklinikalle läheteellä tulevat potilaat, minkä

jälkeen heillä on lääkärin vastaanottoaika. Potilaat voivat tahtoessaan tulla vielä sairaanhoitajan puheille, jos he tarvitsevat lisää tietoa tai ohjausta. (Liimatainen 2015.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on yhdenmukaistaa Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalle lihavuuden takia ensikäynnille tulevien potilaiden haastattelukäytänteitä ja siten myös haastatteluja tekevien sairaanhoitajien työtä. Idea opinnäytetyölle tuli työelämästä. Poliklinikalla ensihaastatteluja tekevät sairaanhoitajat vaihtuivat tammikuussa 2015, joten haastattelujen tekemiseen ei ollut selkeää yhtenäistä linjaa. Poliklinikan sairaanhoitajat toivoivat haastattelurunkoa työnsä tueksi ensihaastatteluihin. Tavoitteeksi muodostui siis luoda haastattelurunko, joka pitkällä aikavälillä selkeyttää ja yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä. Selkeä haastattelurunko mahdollistaisi myös uusien työntekijöiden siirtymisen ensihaastattelujen tekoon. Rajaamme aiheen yli 18-vuotiaisiin, koska sisätautien poliklinikalla hoidetaan täysi-ikäisiä.

Haastattelurungon luomiseksi teemme poliklinikan tarpeista selvityksen laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Aineistonkeruumenetelmänä käytämme yksikön sairaanhoitajien haastattelua, jotta pystymme luomaan juuri poliklinikan käyttöön sopivan haastattelurungon. Litteroimme haastattelumateriaalin ja käytämme sen analysointiin sisällönanalyysiä. Haastattelumateriaalin analysoinnin jälkeen aloitamme tuotekehittelyprosessin, jossa hyödynnämme lisäksi näyttöön perustuvaa tietoa. Haastattelurungon ensimmäinen luonnos lähetetään testattavaksi sisätautien poliklinikalle. Muokkaamme haastattelurungon lopulliseen muotoonsa testipalautteen ja poliklinikan toiveiden mukaisesti.

## **2 TAUSTA**

Määrittelemme ensin lihavuuteen liittyviä käsitteitä, kuten ylipainon, lihavuuden ja painoindeksin. Kerromme lihavuuteen vaikuttavista taustatekijöistä. Olemme jakaneet lihavuuden hoidon elintapa- ja potilasohjaukseen sekä lääkkeelliseen ja kirurgiseen hoitoon. Keskitymme sairaanhoitajan työhön, joten kerromme lääkkeellisestä ja kirurgisesta hoidosta hyvin lyhyesti. Kerromme lisäksi lihavuuden asteista ja niihin käytetyistä hoitomuodoista.

## 2.1 Tiedonhaku

Haimme teorian tietoa opinnäytetyötä varten eri hakukoneilla sekä etsimme kirjoja Mikkelin ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannasta. Suomenkielisiä lähteitä etsimme hakukone Medicistä, Google Scholarista ja Elektrasta sekä kirjaston tietokannasta. Suomenkielisiä hakusanoja olivat lihavuus, ylipaino, etiologia, ohjaus, elintavat, hoitotyö, hoitotiede ja tutkimus. Rajasimme hakutuloksista pois lapset ja nuoret, koska Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalla hoidetaan vain aikuisia. Haimme lisäksi tietoa laadullisen tutkimuksen tekemisestä, tuotteistamisesta ja etiikasta hoitotyössä. Katkaisimme monet sanat sanojen runko-osan jälkeen, jotta hakukoneet löytäisivät osumia kaikilla sanojen taivutusmuodoilla. Pyrimme rajaamaan kaikki hakutulokset korkeintaan viisi vuotta vanhoiksi eli vuosille 2010–2015.

Medic-tietokannasta haimme vuosilta 2010–2015 aluksi hakusanoilla ylipain\* AND ohj\* NOT laps\*, jolloin saimme 32 osumaa. Muutimme hakua tarkemmaksi, (lihavuu\* OR ylipain\*) AND ohj\* NOT (laps\* OR nuor\*), jolla tuli 23 osumaa. Tällä haulla selvisi, että myös nuoret kannattaa rajata pois, sillä se tarkentaa hakutuloksia. Samalla hakutekniikalla haimme tietoa lihavuuden synnystä. Tällöin hakusanayhdistelmänä oli (lihavuu\* OR ylipain\*) AND etiolog\* NOT (laps\* OR nuor\*), jolla tuli 31 osumaa. Haimme lisäksi sanoilla lihavuu\* AND tutkim\* NOT (laps\* OR nuor\*) 27 osumalla, koska halusimme tutkimustietoa lihavuudesta. Google Scholarista etsimme hakusanoilla lihavuus ja tutkimus sekä poissuljimme sanat lapset ja nuoret, jolloin saimme 2010–2015 vuosilta 1 270 osumaa. Rajasimme hakua lisää vaihtamalla vuodet – vuosilla 2012–2015 löytyi 861 osumaa ja vuosilla 2014–2015 osumia 402. Haimme Elektrasta tieteellisiä lehtiartikkeleita hakusanoilla lihavuu\* OR ylipain\*, jolla tuli 15 osumaa. Tarkemmalla rajauksella hakutuloksia ei enää saatu.

Haimme Mikkelin ammattikorkeakoulun kirjaston tietokanta Kaakkurista teorian tietoa tutkimuksen tekemisestä vuosilta 2010–2015. Hakusanayhdistelmällä tutkimus AND hoitotiede tuli 20 osumaa, sanoilla laadullinen tutkimus AND sisällönanalyysi tuli 11 osumaa ja sanalla tutkimushaastattelu tuli neljä osumaa. Tuotteistaminen hakusanalla tuli ilman vuosien rajausta 39 osumaa ja yksi osuma koski tuotteistamista terveysalalla, joten emme lähteneet tarkempaan vuosien rajaamiseen. Hakusanalla toiminnallinen opinnäytetyö saimme 25 osumaa ilman vuosien rajaamista. Haulla etiikka hoitotyössä saimme 13 osumaa ilman vuosien rajaamista.

Englanninkielisiä lähteitä etsimme hakukoneilla Cinahl, Academic Search Elite sekä Google Scholar. Käänsimme suomenkielisiä hakusanoja englanniksi Redfox-sanakirjan avulla. Englanninkielisiä hakusanoja olivat obesity eli lihavuus, morbid obesity eli sairaalloyen lihavuus, overweight eli ylipaino, treatment eli hoito, bariatric surgery eli lihavuusleikkaus ja study eli tutkimus. Rajasimme hakutuloksista pois pediatric eli pediatria, adolescent eli nuori ja child eli lapsi. EBSCOhost-tutkimustietokannan avulla saimme haettua tietoa samanaikaisesti Cinahl- ja Academic Search Elite –tietokannoista vuosilta 2010–2015. Rajasimme haun akateemiseen kirjallisuuteen eli valitsimme rajauksen Academic Journals. Haimme aluksi tietokannoista hakusanoilla (morbid obesity OR obesity) AND treatment AND overweight AND study NOT (child OR adolescent OR pediatric), jolloin saimme 3 389 osumaa. Käytimme muuten samaa hakua, mutta emme käyttäneet obesity-sanaa, jolloin saimme 53 osumaa. Teimme tällaisen rajauksen sen vuoksi, että Mikkelin keskussairaalan Sisätautien poliklinikalle lihavuuden takia hoitoon tulevat luokitellaan yleensä jo sairaalloyen lihaviksi. Halusimme tietoa myös lihavuusleikkauksista, joten haimme sanoilla morbid obesity AND overweight AND study AND bariatric surgery NOT (child OR adolescent OR pediatric) ja saimme 53 osumaa. Kun painotimme aikuispotilaita ja haimme hakusanoilla weight loss AND morbid obesity AND adult AND study AND bariatric NOT (child\* or adolescent or pediatric), saimme 40 osumaa. Ilman adult sanaa osumia oli 245.

Google scholarista haimme myös väitöskirjoja ja pro graduja. Hakusanoilla morbid obesity, treatment, study, väitöskirja, poissulkien sanat child, adolescent ja pediatric, saimme 37 osumaa ilman vuosien rajaamista. Samalla haulilla tuli 23 osumaa vuodesta 2010 eteenpäin. Haimme myös hakusanoilla morbid obesity, treatment, study, pro gradu ja rajasimme pois sanat child, adolescent ja pediatric, jolloin saimme 77 osumaa. Käytimme myös Lihavuuden Käypä hoito -suositusta, suomalaisia ja pohjoismaisia ravitsemussuosituksia sekä FINRISKI-tutkimusta. Lisäksi käytimme hoitoalan oppikirjoja lähdemateriaalina.

Valintakriteereinä lähteille tässä työssä oli niiden tieteellisyys, julkaisuvuosi, ajankohtaisuus sekä sovellettavuus suomalaiseen hoitotyöhön. Joissain lähteissä hyväksyimme myös yli viisi vuotta vanhoja lähteitä, jos aihepiiristä ei löytynyt



uudempaa tai päivitettyä tietoa. Arvioimme lähteiden tieteellisyyttä sen perusteella, noudattivatko ne hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tuloksiltaan uskottava vain, jos se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämin keinoin. Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdaksi on noudattaa rehellisyyttä ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Lisäksi tärkeää on muiden työn kunnioitus, tutkimusluvan hankkiminen ja tietosuojaan huomioiminen. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012, 6–7.)

## 2.2 Lihavuus

Lihavuudesta käytetään erilaisia termejä usein rinnakkain; ylipaino, liikapaino, lihavuus ja liikalihavuus (Pietiläinen ym. 2015, 28). Virallinen luokittelu painoindeksin perusteella jakaa lihavuuden asteet normaalipainoon, ylipainoon eli liikapainoon, lihavuuteen, vaikeaan lihavuuteen sekä sairaalloseen lihavuuteen. Normaalipaino on BMI alle 25 mutta kuitenkin yli 18,5. Ylipainoksi luokitellaan BMI yli 25 ja lihavuudeksi BMI yli 30. Vaikea lihavuus tarkoittaa BMI-arvoja yli 35 ja sairaalloseen lihavuus BMI-arvoja yli 40. Vyötärölihavuuden raja-arvoja ovat miehillä yli 100 ja naisilla yli 90 senttimetriä vyötäröltä mitattuna. (Lihavuus (aikuiset) 2013; Pietiläinen ym. 2015, 28.) Tässä työssä käytämme termiä lihavuus, koska sisätautien poliklinikalle lihavuuden takia tulevat potilaat ovat painoindeksiltään vähintään lihavina.

Lihavuus määritellään sen Käypä hoito -suosituksessa painoindeksin eli BMI:n ja vyötärön ympäryksen mukaan. Muista lihavuuden mittausten menetelmistä, kuten ihopoimu- ja kehon koostumusmittaus, ei ole lisähyötyä. BMI, body mass index, on pituuden ja painon suhteesta kertova mittari. Se on yhteydessä kehon rasvakudoksen määrään, mutta BMI-arvo voi olla suuri myös turvotusten tai epätavallisen suuren lihasmassan vuoksi. BMI lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä eli  $\text{kg/m}^2$ . Painoindeksi ei yksin sovellu mittariksi, sillä se ei erota turvotuksista tai suuresta lihaskasvusta johtuvaa ylipainoa. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

Lihavuudella tarkoitetaan ylimääräistä rasvakudosta kehossa. Sisäelinten ympärille ja vatsaonteloon kertyvä rasvakudos aiheuttaa vyötärölihavuutta. Tämän vuoksi

vyötärölihavuus on terveydelle haitallisempaa kuin ihonalainen rasva. Vyötärönympäryksen mittaamista käytetään täydentämään lihavuuden arviointia. (Lihavuus (aikuiset) 2013.) Vyötärönympäryks tulisi mitata alimmaisen kylkiluun ja suoliluun puolestavälistä uloshengityksen lopussa. Vahvarakenteisilla ja pitkillä ihmisillä vyötärönympärysmitta voi olla suuri, vaikka vyötäröllä ei olisikaan paljoa rasvaa. Mittaustuloksen arvioimiseksi otetaan huomioon myös terveyden kokonaiskuva. (Pietiläinen ym. 2015, 31–32.)

### 2.2.1 Lihavuuden syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Ihminen liho, kun hänen energiensaantinsa on suurempaa kuin kulutus. Kokonaisenergiankulutus muodostuu lepoenergiankulutuksesta eli aineenvaihdunnasta sekä liikkumisen ja ruuansulatuksen aiheuttamasta energiankulutuksesta. Ylimääräinen energia varastoituu elimistössä rasvakudokseen sekä rasvattomaan kudokseen, kuten maksaan ja lihassoluihin. (Pietiläinen ym. 2015, 36, 48, 52.) Elintavat ovat merkittävä tekijä lihavuuden synnyssä. Terveellisten elintapojen perustana ovat liikunta ja monipuolinen sopivan energiamäärän sisältävä ruokavalio, jossa on vain vähän tyydyttyneitä rasvoja. (Iivanainen ym. 2012, 460–461.)

Lihavuuden syntyyn vaikuttavat sekä perintötekijät että ympäristö. Perintötekijät altistavat lihavuudelle, mutta elintapojen valinnalla ihminen voi itse vaikuttaa painon kehittymiseen. Valtaosa lihomiseen vaikuttavista geneistä vaikuttaa lihomiseen syömisen eikä aineenvaihdunnan kautta. Kylläisyyttä säätelee leptiini-hormoni, joka ei lihavalla ihmisellä aiheuta kylläisyyden tunnetta normaalisti. (Pietiläinen ym. 2015, 9–10, 57.)

Huono sosioekonominen asema ja matala koulutustaso ennakoivat lihavuutta sekä sydän- ja verisuonisairauksia. Terveys- ja elintapatottumukset periytyvät käyttäytymismallien kautta. (Haarala ym. 2015, 50.) Vanhempien lihavuus on merkittävä riskitekijä lapsuusiän lihavuudelle (Lihavuus (lapset) 2013). Lihavuus voi periä vanhemmilta lapselle jo raskauden aikana. Ylipainoisen äidin raskausajan diabetes lisää lapsen riskiä ylipainoon. (Pietiläinen ym. 2015, 78.) Lapsena ylipainoinen on todennäköisemmin ylipainoinen myös aikuisiässä (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 110). Tietoa perintötekijöiden vaikutuksesta lihavuuteen löytyy vähän.

Lihavuuden taustalla saattaa olla syömisongelmia, lievimmillään epäterveellisiä ruokailutottumuksia ja pahimmillaan psyykkiseen tasapainoon vaikuttavia syömistapoja. Vaikeimpia niistä ovat tunnesyöminen, ärsykesyöminen, kehonkuvan ja minäkuvan ongelmat sekä lihavuutta ylläpitävät syömisongelmat. Syömishäiriöistä eniten lihavuuteen vaikuttavat ahmimishäiriö, sekamuotoiset syömishäiriöt sekä yösyömisoireyhtymä. (Pietiläinen ym. 2015, 96–97, 103, 109.) Naisten tunnesyömisestä voidaan käyttää kolmea eri syömisestä tyyppeä; tunnesyöminen, ärsykesyöminen ja rajoittava syöminen. Tutkimustulosten mukaan sairaalloisen lihavilla on vaikeuksia tunnistaa tunteita ja he tukahduttavat tunteitaan enemmän kuin muu väestö, mikä johtaa tunnesyömiseen. (Zijlstra ym. 2012, 1379–1380, 1382.) Lihavuutta voivat myös aiheuttaa erilaiset sairaudet ja lääkkeet, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, Cushingin oireyhtymä, aivosairaudet ja psyykenlääkkeet. Aineenvaihduntasairaudet ovat kuitenkin harvinaisia lihavuuden syynä. (Mustajoki 2013a.)

### **2.2.2 Lihavuuden seurauksia – liitännäissairauksia ja niiden vaikutuksia**

Lihavuuteen liittyy erilaisia terveydellisiä haittoja, jotka lisäävät merkittävästi useiden sairauksien riskiä. Lihavuuden vaikutus sairauksien syntyyn riippuu elinta voista ja perintötekijöistä. (Pietiläinen ym. 2015, 62.) Lihavuuden vaikeusaste vaikuttaa liitännäissairauksien ilmenemismäärän suuruuteen. Erityisesti vyötärölihavuus sekä nuorena alkanut lihavuus lisäävät sairauksien syntymisen riskiä. (Lihavuus (aikuiset) 2013.) Lihavien vanhempien lapsilla on suurentunut riski ylipainoon sekä geeniperimän että saadun käyttäytymismallin vuoksi (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 111).

Lihavuuden aiheuttamat liitännäissairaudet voidaan luokitella aineenvaihdunnallisiin, psyykkisiin sekä mekaanisiin tekijöihin. Aineenvaihdunnallisia sairauksia ovat muun muassa diabetes, kohonnut verenpaine ja kolesteroli, metabolinen oireyhtymä, rasvamaksa, sepelvaltimotauti sekä hedelmättömyys. Psyykkisiä haittoja ovat masentuneisuus, unettomuus, ahmimishäiriöt ja stressi. Mekaanisia eli kehon rasvamassan ja painon lisääntymisen aiheuttamia toiminnallisia ja rakenteellisia ongelmia ovat nivelrikko, virtsankarkailu, uniapnea, ruokatorven refluksi sekä selkäkivut. Lihavuus voi lisätä riskiä myös aivoinfarktiin, raskausdiabetekseen, sydämen vajaatoimintaan, astmaan, muistisairauksiin ja leikkauskomplikaatioihin.

(Pietiläinen ym. (toim.) 2015, 62–64.) Lihavuuden aiheuttamat sairaudet esiintyvät usein samanaikaisesti. Lihavuus heikentää myös yleistä toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. (Mustajoki 2013c.)

Lihavuus vaikuttaa työn, ihmissuhteiden ja itsetunnon kautta ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Elämänlaatua heikentävät erityisesti liikkumisen vaikeutuminen sekä liitännäissairauksista johtuvat kivut ja väsymys. BMI yli 30 lyhentää eliniänodotetta naisilla 7–8 vuodella ja miehillä 6–13 vuodella. Lihavuuden liitännäissairauksien määrä ja vaikeusaste vaikuttavat eliniänodotteeseen enemmän kuin lihavuuden vaikeusaste. (Pietiläinen ym. 2015, 65–66, 68–69.)

Lihava voi olla kuitenkin myös terve. Terve lihavuus tarkoittaa, että BMI on yli 30 mutta siihen ei liity liitännäissairauksia. Terveillä lihavilla on rasvakudosta saman verran, mutta se on keskittynyt muualle kuin keskivartaloon. (Pietiläinen ym. 2015, 65–66, 68–69.)

### **2.3 Lihavuuden hoito**

Lihavuuden hyvän hoidon periaatteisiin kuuluvat positiivinen, huomaavainen ja asiallinen kohtelu sekä terveyden kokonaiskuvan huomioon ottava hoitomenetelmän valinta. Lisäksi tärkeää on yksilöllisten tavoitteiden asettaminen, aktiivinen hoidon toteutus ja hyvä potilasohjaus. Jotta hyvän hoidon periaatteet toteutuisivat hoidossa, hoitajan tulee ymmärtää lihavuuden syiden moninaisuus ja olla määrittämättä ihmistä lihavuuden perusteella. Tuen ja positiivisuuden kautta jokainen voi oppia terveellisiä elintapoja eikä syyllistäminen auta. Hoidon lähtökohtana tulee olla elintapojen arviointi, muutosmahdollisuuksien löytäminen, motivaation lisääminen ja pitkäaikaisten tuloksien saavuttaminen. Potilaan hoitoon sitoutumista auttavat onnistumisen kokemukset sekä omien voimavarojen ylläpitäminen riittäväällä unensaannilla, rentoutumisella ja itsekritiikin vähentämisellä. (Pietiläinen ym. 2015, 22–23.)

Lihavuuden hoidon tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa lihavuuteen liittyviä sairauksia sekä parantaa ja ylläpitää toimintakykyä ja elämänlaatua. Tavoitteena on löytää uusia pysyviä elintapoja, joilla saavutetaan pysyviä tuloksia. Tavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan kanssa, ja ne kirjataan potilasasiakirjoihin. Jo 5 %:n laihtuminen

vähentää lihavuuteen liittyvien sairauksien ilmenemistä ja niiden vaikeusastetta. Normaalipainon saavuttaminen ei ole todennäköistä eikä tarpeellistakaan etenkin vaikeasti ja sairaalloisen lihavilla. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

Lihavuuden hoidosta tehdään suunnitelma, jossa otetaan huomioon potilaan painohistoria, riskien arviointi ja elämäntilanne. Myös ihmisen omat toiveet ja motivaatio otetaan huomioon. Vaikka potilaan tavoitteet olisivatkin ulkonäkökeskeisiä, on tärkeää, että ne motivoivat potilasta tavoitteen saavuttamiseen turvallisesti. Hoitotavan valinnan lähtökohtana ovat lihavuuden aste ja terveydenhuollon resurssit. (Pietiläinen ym. 2015, 17.) Otollinen aloittamisajankohta lihavuuden hoidolle on yleensä, kun todetaan painon pudotuksella hoidettavissa oleva liitännäissairaus (Lihavuus (aikuiset) 2013).

### **2.3.1 Terveelliset elintavat**

Painoan pudottaville suositellaan tavallisia suomalaisille laadittuja ravitsemussuosituksia (Pietiläinen ym. 2015, 146). Suomalaiset ravitsemussuositukset on laadittu Pohjoismaisten ravitsemussuositusten pohjalta. Niissä suositellaan muuttamaan ruokavaliota terveellisemmäksi suosimalla kasviksia, marjoja ja hedelmiä, kalaa sekä pähkinöitä ja siemeniä. Vaaleat viljavalmistet tulisi vaihtaa täysjyväviljavalmistisiin, voi kasviöljyihin ja rasvaiset maitovalmisteet vähärasvaisiin tai rasvattomiin. Erityisesti lihavuutta voidaan ehkäistä vähentämällä ruuan energiatiheyttä eli kalorien suhdetta ruokamäärään parantamalla rasvan laatua ja vähentämällä punaisen lihan ja suolan käyttöä. Myös sokerin ja alkoholin käyttöä tulisi vähentää. (Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 7, 10–11, 17–18.) Syödyn ruuan ravintosisältöjen lisäksi tulisi kiinnittää huomiota säännölliseen ateriaritmiin ja annoskokojen säätelyyn (Lihavuus (aikuiset) 2013). Pohjoismaisia ravitsemussuosituksia noudattavilla on tutkitusti pienempi riski vyötärölihavuuteen ja korkeaan kolesteroliin (Kanerva 2014).

Yksi tärkeimmistä laihduttamista ja painonhallintaa edistävästä elintapamuutoksista on liikunnan lisääminen. Liikunta tukee muiden elintapamuutosten toteutumista, mutta yksinään pudottaa painoa vain vähän. Jo 30 minuutin liikkumisella on terveyshyötyjä ja se vähentää lihavuuden terveysriskejä. Laihdutusvaiheessa suositeltava määrä liikuntaa päivässä on 45–60 minuuttia ja painonhallintavaiheessa jopa yli 60

minuuttia. (Lihavuus (aikuiset) 2013.) Liikunnan lisäämisellä on huomattavia terveysvaikutuksia jo ennen kuin painossa tapahtuu muutoksia, lihavuuden terveyshaitat lievittyvät ja vyötärön ympäryys pienenee. Liikunta parantaa aineenvaihduntaa, vähentää rasvakudoksen määrää ja lihaskunnan kasvun kautta estää lihaskatoa. Painon putoamista tärkeämpää on kehon koostumuksen muuttuminen terveydelle edullisempaan suuntaan. On tärkeää, että liikunnasta tulee osa arkielämää ja painonpudotuksen tulokset pysyvät. Riittävä yöuni ja säännöllinen vuorokausirytmä ovat edellytyksiä painonpudotuksen onnistumiselle ja terveellisissä elintavoissa pitäytymiselle. (Pietiläinen ym. 2015, 162, 170–171.)

### **2.3.2 ENE-dieetti**

Erittäin niukkaenergiainen ruokavalio eli ENE-dieetti on alle 800 kcal sisältävä ravintovalmistadieetti, joka sisältää kaikki tarpeelliset ravintoaineet. Lisäksi tulee juoda kalorittomia nesteitä kaksi litraa päivässä ja suositellaan vähäkalorisia kasviksia sekä juureksia. ENE-dieetin käyttöaika on yleensä 6–12 viikkoa ja enintään 16 viikkoa. Tänä aikana potilas laihtuu keskimäärin 15–21 kg. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

ENE-dieettiä käytetään nopean laihtumisen aikaansaamiseksi ja rasvamaksan pienentämiseen, kun potilaalla ilmenee vaarallinen liitännäissairaus tai hän on menossa lihavuusleikkaukseen. Tällaisia vaarallisia liitännäissairauksia ovat esimerkiksi lihavuuteen liittyvä hengitysvajaus ja vaikea uniapnea. (Pietiläinen ym. 2015, 240.) Ennen dieetin aloittamista tarvitaan lihavuuteen perehtyneen lääkärin arvio. ENE-dieettiä ei suositella käytettäväksi, jos potilaalla on normaali BMI, tyypin 1 diabetes tai psykykinen sairaus. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

### **2.3.3 Lääkehoito**

Lääkitystä käytetään lihavuuden hoitoon elintapaohjauksen ohella, kun potilaan painoindeksi on vähintään 30 tai 28 ja on ilmennyt liitännäissairauksia. Lääkehoitoa kannattaa jatkaa tulosten ylläpitämiseksi riittävän pitkään, jos lääkehoito havaitaan tulokselliseksi. Pietiläisen ym. (2015) mukaan on myös tutkimusnäyttöä, joka puoltaa lääkehoidon elinikäistä käyttöä. Lääkehoidon tehoa ja haittavaikutusten ilmenemistä tulee seurata. (Pietiläinen ym. 2015, 250.)

Tällä hetkellä Suomessa lihavuuden hoidossa käytettävät lääkkeet voidaan jakaa orlistaattiin ja inkretiinimimeetteihin. Orlistaatti vaikuttaa rasvojen imeytymiseen estämällä haiman lipaasientsyymin toimintaa. Se edistää laihtumista ja laihdutustulosten pysyvyyttä. Inkretiinimimeetit ovat GLP-1-suolistohormonin toimintaa matkivia lääkkeitä. Tällä hetkellä edellä mainittua lääkeryhmää käytetään Suomessa vain tyypin 2 diabetesta sairastavien laihtumisen tukemiseen, mutta tutkimukset lääkkeen vaikutuksista myös ei-diabeetikoiden painonhallinnassa ovat meneillään. Lääke parantaa insuliinin kautta glukosin eli sokerin käyttöä kudoksissa, ja lisäksi se vaikuttaa mahalaukun tyhjenemiseen sekä aivojen kylläisyyskeskukseen. Todennäköisesti seuraava Suomen markkinoille tuleva lihavuuden hoitoon tarkoitettu lääke on liraglutidi, joka on GLP-1-reseptorin agonisti. (Pietiläinen ym. 2015, 250–251 vrt. Mustajoki 2013b.)

#### **2.3.4 Kirurginen hoito**

Lihavuusleikkausta voidaan käyttää lihavuuden hoitomuotona, kun potilaan BMI on yli 40 tai BMI on yli 35 ja potilaalla on liitännäissairauksia, kuten tyypin 2 diabetes, sydän- ja verisuonisairauksia tai uniapnea. Muita hoitomuotoja on pitänyt kokeilla ennen leikkaushoitoa. Jos kokeillut hoitomuodot eivät ole antaneet pitkäaikaisia tuloksia, leikkausta voidaan harkita. (Tolonen 2008, 21.) Kuitenkin ennen leikkauksen aloitusta potilaan on pitänyt vastikään pudottaa painoaan. Tämä tukee elintapojen muutosprosessia, joka on leikkauksen jälkeen välttämätön. ENE-dieettiä käytetään nopeaan laihtumiseen ennen lihavuusleikkausta. (Pietiläinen ym. 2015, 20, 240.) Leikkauksia ei tehdä Suomessa alaikäisille, eikä niitä suositella yli 65-vuotiaille. Niitä ei suositella myöskään mielenterveys- ja päihdeongelmista tai syömishäiriöistä kärsiville. Leikkaushoitoon päättymistä harkitaan aina yksilöllisesti. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

Lihavuusleikkaustyyppinä ovat mahalaukun ohitusleikkaus, mahalaukun kavennus ja mahapantaleikkaus. Mahalaukun ohitus- ja kavennusleikkaukset tehdään yleensä tähystämällä. (Pietiläinen ym. 2015, 254–255.) Mahalaukun ohitusleikkauksessa mahalaukku jaetaan niin, että yläosan tilavuus on enää alle 50 millilitraa ja katkaistun ohutsuolen pää yhdistetään eristettyyn yläosaan. Sappi- ja haimanestettä erittävä osa ohutsuolesta eli pohjukaissuoli yhdistetään ohutsuolen myöhempään kohtaan.

Mahalaukun kavennusleikkauksessa mahalaukkuu kavennetaan pitkittäissuunnasta ja sen alaosaan jätetään enemmän tilaa kuin yläosaan. (Pietiläinen ym. 2015, 254–255; Søvik ym. 2011.) Mahapantaleikkauksessa ruokatorven ja mahalaukun liitoskohdan lähistölle asetetaan panta, jonka läpimittaa säädetään rintalastan alle kiinnitettävästä säiliöstä (Pietiläinen ym. 2015, 255).

Lihavuusleikkauksella saavutettu painon putoaminen on jopa 25 % leikkausta edeltäneestä painosta (Tolonen 2008, 31–32). Painon putoaminen parantaa veren rasva- ja sokeriarvoja sekä alentaa verenpainetta. Lihavuusleikkauksen avulla esimerkiksi uniapnea sekä virtsainkontinenssi voivat parantua ja monien sydän- ja verisuonitautien vaarallisuusaste pienenee. Lihavuusleikkauksen seurauksena myös astman oireet voivat helpottua ja hedelmällisyys parantua. (Sane 2013; Tolonen 2008, 31–36.)

### **2.3.5 Potilasohjaus**

Terveyttä edistävän potilasohjauksen keskeisiä käsitteitä ovat dialoginen vuorovaikutus, ratkaisukeskeinen työtapo ja moniammatillinen yhteistyö. Näiden hallinta auttaa terveydenhuollon ammattilaisia soveltamaan erilaisia työmenetelmiä, kuten voimavarakeskeistä neuvontaa ja motivoivaa haastattelua, jossa herätellään potilaan omaa motivaatiota muutokseen. Dialogisen vuorovaikutuksen toteutuessa keskustelun osapuolten välillä toimii tasavertainen keskustelusuhte ja vastausta ongelmiin sekä ratkaisuihin etsitään yhdessä. Ratkaisu- eli voimavarakeskeisessä työtavassa keskitytään asiakkaan voimavaroihin ja myönteisiin edistysaskeliin. Ohjauksen onnistumiseksi eri alojen ammattilaisten tulee toimia moniammatillisessa yhteistyössä tavoitteellisesti potilaan terveyden edistämiseksi. (Haarala ym. 2015, 86–89, 95, 114.)

Elintapaohjauksessa potilasta kannustetaan elintapojen muutokseen yksilöllisen laihdutusruokavalion, laihdutusryhmien ja itselle sopivan liikuntaharrastuksen etsimisen avulla. Laihdutusruokavalio sisältää monipuolisesti ravintoaineita, mutta on energiamäärältään vain noin 1200–1800 kcal vuorokaudessa. (Iivanainen ym. 2012, 461.) Potilasta ohjataan tekemään muutoksia oma jaksaminen huomioiden yksi tai kaksi kerrallaan, jotta muutokseen on helpompi motivoitua. Pysyvän painonhallinnan periaatteita ovat pysyvästi muuttunut terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta



sekä omien voimavarojen ja verkostojen hyödyntäminen. Tärkeää on myös kannustaminen painon ja elintapojen omaseurantaan, jotta muutokset omaksuttaisiin osaksi arkea. (Pietiläinen ym. 2015, 194–196.)

Elintapaohjausta suunnittelevia ja toteuttavia ammattilaisia ovat lääkäri ja sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja sekä ravitsemusterapeutti. Tarvittaessa myös psykologia ja fysioterapeutit tai muita liikunnan asiantuntijoita voidaan konsultoida. (Lihavuus (aikuiset) 2013.) Kun terveydenhuollon ammattilainen ottaa vastaanotolla puheeksi painon ja lihavuuden, voidaan puhua lyhytinterventiosta. Puheeksiottaminen olisi hyvä tehdä jo siinä vaiheessa, kun ylipainoa ei ole vielä paljoa, mutta viimeistään, kun vastaanotolle tulon syy on lihavuuteen liittyvä sairaus. (Pietiläinen ym. (toim.) 2015, 201–202.) Lyhytinterventio sisältää asian puheeksiottamisen, lihavuuteen liittyvät mittaukset, keskustelemisen lihavuuden terveystaustasta, laihdutuksen ja painonhallinnan keinoista sekä niitä tukevista terveydenhuollon palveluista (Lihavuus (aikuiset) 2013; Mustajoki 2013b).

Elintapaohjausta annetaan yksilö- tai ryhmäohjauksena. Yksilöohjauksessa kartoitetaan potilaan alkutilanne ja lihavuuteen johtaneet käyttäytymismallit sekä tehdään konkreettinen suunnitelma elintapamuutoksista. Muutosta tukevat voimavarat ja sen esteenä olevat tekijät kartoitetaan, minkä jälkeen etsitään yksilöllisiä keinoja käyttäytymisen muuttamiseksi. (Lihavuus (aikuiset) 2013.) Ryhmäohjaus toteutetaan painonhallintaryhminä, jotka antavat potilaille mahdollisuuden tuntemuksien ja ideoiden jakamiseen sekä ryhmän vertaistukeen. Kuitenkin tukena on myös ryhmäohjaajan asiantuntijuus. On myös mahdollista yhdistää ryhmäohjausta muutamaankin yksilöohjaukseen. (Keränen 2011, 40; Pietiläinen ym. 2015, 228.) Potilasohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle tietoa eri hoitomuodoista ja siitä, mitkä vaihtoehdot sopivat juuri hänelle. Ohjauksessa korostetaan potilaan omaa vastuuta hoidostaan ja painonhallinnastaan. (Lihavuus (aikuiset) 2013.)

Potilaat kokevat tarvitsevänsä lisää ohjausta lihavuusleikkaukseen liittyvistä asioista. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa lisäohjausta tarvittiin leikkauksen jälkeisistä kivuista ja pahoinvoinnista sekä muun muassa nukkumiseen liittyvistä ongelmista, kuten uniapneasta. Ohjausta tarvittiin erityisesti normaalien ja poikkeavien oireiden tunnistamiseen ja erottamiseen. Lisää tukea toivottiin myös leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen ja ravitsemuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Lisäksi potilaat

toivoivat selkeämpi ohjeita, mihin ottaa yhteyttä, jos lisätuen tarpeita tai normaalista poikkeavia oireita ilmenee. Potilaat toivoivat enemmän ohjausta vertaistuen pariin sekä tietoa leikkauksen aiheuttamista kustannuksista ja mahdollisista Kela-korvauksista. (Rekola ym. 2013, 35–36, 40.)

### **3 TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on yhdenmukaistaa Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalle lihavuuden takia ensikäynnille tulevien potilaiden haastattelukäytänteitä. Tavoitteena on luoda sairaanhoitajan työn tueksi toimiva haastattelurunko, jonka avulla ensihaastattelut pystytään toteuttamaan tasa-arvoisesti, mutta myös yksilöllisesti potilaan tarpeet huomioon ottaen. Haastattelurungon luomiseksi haastattemme kahta haastatteluja tekevää sairaanhoitajaa siitä, millaisia asioita haastattelurunkoon olisi hyvä sisällyttää. Vilkan ja Airaksisen (2003, 30) mukaan toiminnalliseen opinnäytetyöhön tulisi liittää tutkimuskysymykset, kun toteutustapaan kuuluu yllä mainitun kaltaisen selvityksen tekeminen.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä asioita ensihaastattelussa tulee huomioida?
2. Millaisia asioita haastattelurungon tulee sisältää?

Teemme tutkimuskysymysten pohjalta haastattelukysymykset sairaanhoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda toimiva haastattelurunko juuri kyseiselle yksikölle analysoimalla sairaanhoitajien antamat vastaukset. Teemme varsinaisen tuotteen eli haastattelurungon tämän laadullisen tutkimuksen avulla. Tällä työllä pyrimme edistämään potilaiden hoidon yhdenmukaisuutta ja selkiyttämään sairaanhoitajien työtä. Tämän avulla edistämme myös omaa ammatillista kasvuamme.

### **4 HAASTATTELURUNGON TUOTEKEHITYS**

Sosiaali- ja terveysalalla tuotteistaminen on keino noudattaa toiminnalle asetettuja laatuvaatimuksia. Toiminnan ja muun osaamisen tuotteistaminen palvelutuotteiksi lisää tehokkuutta, tuottavuutta ja vaikuttavuutta sekä asiakastytyvyyttä. Sosiaali- ja terveysalan tuotteet voivat olla tavaroita, palveluita tai näiden yhdistelmiä.

Tuotteiden tulisi noudattaa alan eettisiä ohjeita sekä edesauttaa välillisesti tai välittömästi sosiaali- ja terveysalan kansallisia ja kansainvälisiä tavoitteita. Laadukas ja elinkaareltaan pitkäikäinen tuote syntyy tuotekehittelyprosessin kautta, ja sen lähtökohtana on aina asiakas. (Jämsä & Manninen 2001, 9, 13–14, 16.)

#### **4.1 Kehittämistarpeiden tunnistaminen**

Kehittämistarpeen tunnistaminen lähtee jo olemassa olevasta toiminnasta, uudistamista kaipaavasta tuotteesta, tai tavoitteena voi olla täysin uuden tuotteen kehittäminen. Kehittämistarvetta määriteltäessä on tarpeen selvittää, mitä asiakasryhmiä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen se on. Kehittämistarpeen varmentamiseksi voidaan myös tehdä lisäselvityksiä. (Jämsä & Manninen 2001, 29–31.)

Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalla tuli harjoittelujakson aikana esille kehittämistarpeita lihavuuden takia ensikäynnille tulevien haastatteluihin liittyen. Kyseisiä haastatteluja tekee poliklinikalla pääsääntöisesti kaksi sairaanhoitajaa, jotka aloittivat niiden tekemisen vuoden 2015 alusta. Tarve ensihaastatteluja koskevalle ohjeistukselle tuli haastatteluja tekevien hoitajien vaihduttua. Haastatteluja voi tulevaisuudessa tehdä useampikin hoitaja, jos tulee tarvetta sijaistamiselle tai haastattelujen tarve lisääntyy. Selkeä ohjeistus helpottaisi haastatteluja jo tekevien hoitajien työtä sekä uusien hoitajien siirtymistä haastattelujen tekemiseen.

Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan lihavuus ja paino ovat monille potilaille arka asia. Siksi he toivoivat myös ideoita haastattelussa esille tulevien aiheiden käsittelemiseen ja muotoilemiseen hienotunteisesti. Hoitajat toivat lisäksi esille, että haastattelukäytäntöjen yhdenmukaistaminen selkeyttäisi potilasasiakirjoihin kirjaamista sekä tiedonvälitystä hoitajan ja muiden ammattilaisten, kuten lääkärin ja ravitsemusterapeutin välillä. Potilaat hyötyisivät selkeästi toteutetusta haastattelutilanteesta, jossa esille tuotavat asiat ovat järkevissä järjestyksessä – tärkeimmät asiat ensin, jotta kaikki oleellinen tulee käytyä läpi ajan rajallisuudesta riippumatta. Edellä mainituista asioista keskustelimme haastatteluja tekevien sairaanhoitajien kanssa.

## 4.2 Ideointi

Ideointiprosessi käynnistyy, kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu. Eri vaihtoehdoilla ja innovaatioilla yritetään löytää ratkaisukeino paikalliseen tai organisaation ongelmaan. Kun kehitetään kokonaan uutta tuotetta, ratkaisuja ongelmaan pyritään löytämään käyttämällä erilaisia lähtestymistapoja, joista yleisimpiä ovat luovat ongelmanratkaisun ja toiminnan menetelmät. Luovan ongelmanratkaisun menetelmissä pyritään etsimään erilaisia vastauksia ongelmaan ja eri tahojen tarpeeseen. Vasta prosessin jälkeen pohditaan vaihtoehdoista parasta ja kaikin puolin toteuttamiskelpoisinta ratkaisua. (Jämsä & Manninen 2001, 35.)

Luovassa ongelmanratkaisussa voidaan käyttää aivoriiveä, jossa on tavoitteena luoda mahdollisimman monta ideaa, jolloin ideoiden määrän kasvaessa todennäköisyys laadukkaiden ratkaisujen löytymiseen lisääntyy. Toinen sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten suosima ideointimenetelmä on tuplatiimi. Siinä työvaiheet ovat ongelman jäsentely, ideoiden tuottaminen työparin kanssa, ratkaisumallien esittely muulle ryhmälle sekä esitettyjen ideoiden ristiinarviointi ja ryhmittely parhaan ratkaisumallin löytämiseksi. Joskus ongelmanratkaisussa käytetään ideapankkimenetelmää, jossa organisaatio kerää eri tahoilta, esimerkiksi asiakkailta ja työntekijöiltä, heidän ehdottamia ratkaisuja ongelmaan. Benchmarking taas on menetelmä, jossa senhetkistä toimintatapaa tai tuotetta verrataan toisten organisaatioiden vastaaviin tuotteisiin, ja näin pyritään saamaan kehitysideoita. (Jämsä & Manninen 2001, 35–37 vrt. Korhonen 2010, 23–50.)

Ideointiprosessissa olisi hyvä olla useampi kuin yksi osallistuja. Näin saadaan useita erilaisia näkökohtia ja ideoijat voivat arvioida toinen toistensa suunnitelmia. Lisäksi ideasta on syytä pyytää arvioita toimeksiantajilta, mahdollisilta rahoittajilta sekä muilta hankkeen toimeenpanoon osallistuvilta asiantuntijoilta. Ennen virallista päätöstä ratkaisumenetelmän valinnasta on pohdittava seuraavia kysymyksiä; onko idea ratkaisu ongelmiin, vaihtoehdon hyödyt verrattuna muihin vaihtoehtoihin, kyky muuttaa nykyistä toimintaa, tuotteen todennäköinen kysyntä, mahdollisuudet saavuttaa tuotteelta toivotut ominaisuudet, seurausvaikutukset tuotteen valmistamisen ja kustannuksien kannalta sekä kokonaisvaltaiset toteuttamis- ja rahoitusmahdollisuudet. Kun edellä mainittuihin kysymyksiin on vastattu, syntyy

tuotekonsepti eli suunnitelma siitä, millainen tuote on tarkoituksenmukaisinta suunnitella ja valmistaa. (Jämsä & Manninen 2001, 38, 40.)

Tuotteen ideavaihe tapahtui harjoittelun aikana yhdessä poliklinikan sairaanhoitajien kanssa. Ratkaisuksi ensihaastattelujen toteutuksessa ilmenneille kehittämistarpeille muodostui idea haastattelurungon kehittämisestä. Saimme toiveen tällaisesta haastattelurungosta valmiina, mutta pohdimme edellisessä kappaleessa mainittuja kysymyksiä ennen virallisen päätöksen tekoa ratkaisumenetelmästä. Haastattelurunko olisi ratkaisu kehittämistarpeille. Vaihtoehtoisena toteuttamistapana olisi voinut olla esimerkiksi ohjevideo, mutta koimme haastattelurungon tukevan paremmin haastattelutilanteen toteutusta ja se vastasi paremmin yksikön toiveita. Yksikkö toivoi haastattelurunkoa, joten voidaan olettaa, että se otetaan käyttöön ja se muuttaa nykyistä toimintaa. Olemme perehtyneet aihepiiriin teoriaan ja päätimme tehdä selvityksen yksikön toiveista, joten uskoimme pystyvämme tekemään yksikön toiveiden mukaisen haastattelurungon. Arvioimme etukäteen, ettei tuotteen valmistamisesta aiheudu rahallisia kustannuksia. Koska pystyimme vastaamaan näihin kysymyksiin, tuli idea hyväksytyksi ja muodostui tuotekonsepti haastattelurungolle.

### **4.3 Luonnostelu ja selvityksen tekeminen**

Kun päätös kehiteltävästä tuotteesta on tehty, alkaa luonnosteluvaihe. Luonnostelulle ominaista on analyysi siitä, mitkä eri tekijät ja näkökulmat ohjaavat juuri kyseisen tuotteen suunnittelua ja valmistusta. Tuotteesta tulee laadukas, kun eri näkökohdat ja niiden ratkaisut tukevat toisiaan. On tarpeen selvittää, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat ja mitkä ovat näiden asiakkaiden tarpeet ja odotukset. Terveystieteiden huollossa hyöty tulee asiakkaalle usein palveluntuottajan, kuten henkilökunnan kautta, joten myös palveluntuottajan tarpeet ja näkemykset on selvitettävä. (Jämsä & Manninen 2001, 43–44 vrt. Alasoini 2010 19–22 vrt. Korhonen 2010, 61–64.)

Tässä opinnäytetyössä ensisijaiset hyödynsaajat valmiista tuotteesta ovat haastatteluja tekevät sairaanhoitajat ja heidän potilaansa. Hyöty tulee asiakkaalle hoitohenkilökunnan kautta. Selvitimme sairaanhoitajien tarpeet ja odotukset haastattelurungolle selvityksen avulla. Heillä on käytännön kokemusta erilaisten potilaiden tarpeista, ja haastattelurunko tulee heidän käyttöönsä. Tuote eli

haastattelurunko parantaa myös tiedonkulkua muulle henkilökunnalle, kuten lääkäreille ja ravitsemusterapeuteille.

### 4.3.1 Selvityksen toteutus

Tuotekehityksessä hyödyllistä olisi myös tutustua toimintaan paikan päällä havainnoimalla ja mahdollisesti myös haastatteleamalla osapuolia. Tuotteen asiasisällön selvittämiseksi tulisi tutustua myös tutkimustietoon aihepiiristä. Tuotekonseptia eli tuotteen perustarkoitusta ja ideaa laadittaessa suurin painoarvo on kuitenkin kyseisen toimintayksikön näkökohdilla siitä, mitä he tarvitsevat. Toimintayksikön linjaukset eli toiminnan arvot ja periaatteet on otettava huomioon tuotteen sisällössä ja tyyliässä. Laadukkaana tuotteen takaamiseksi tuotteen kehittäjien tulee perehtyä kirjallisuuteen ja asiantuntijatietoon. Luonnosteluvaiheessa tulee kuitenkin selvittää myös rahoitusvaihtoehdot. (Jämsä & Manninen 2001, 43, 45–50.)

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään selvittämään ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä ja näkemyksiä asioista. Sen piirteitä ovat muun muassa aineistoon pohjautuvat analyysimenetelmät ja otosten tarkoituksenmukaisuus. Kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan saada myös hoitotyöhön koostettua tietoa niin potilaiden kuin hoitajienkin kokemuksista. Otanta valittaessa tutkijoiden tulee miettiä aineiston laatua, edustavuutta ja yleistettävyyttä. Osallistujien valintaperusteina voidaan pitää henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Aineistonkeruumenetelmät kvalitatiivisessa tutkimuksessa perustuvat havainnointiin ja haastatteluun. Aineistoja kootaan haastatteleamalla, keräämällä ihmisiltä kirjallista materiaalia, havainnoimalla paikanpäällä tai erilaisista nauhoitteista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66, 73–74, 110, 121 vrt. Kylmä ym. 2003, 609–614.)

Haastattelu on tutkimusmenetelmänä joustava, ja sen vuorovaikutuksellisuuden takia se antaa mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa tilanteen aikana. Haastattelua kannattaa käyttää tutkimusmenetelmänä, kun halutaan mahdollisesti itse tilanteessa selventää vastauksia ja syventää saatavia tietoja. Esitettyihin mielipiteisiin voidaan pyytää perusteluja ja esittää lisäkysymyksiä. Haastattelussa haastattelijalla on paremmat mahdollisuudet haastateltavien motivointiin ja haastattelijalla voi varmistaa, että kaikkiin kysymyksiin saadaan tarpeeksi laajat vastaukset. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34–36.)

Haastattelut voivat olla yksilö- tai ryhmähaastatteluja. Ryhmähaastattelut sopivat aineistonkeruuseen etenkin, kun osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää. Niiden dialogisuuden ansiosta saatu aineisto voi olla laajempaa, koska ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan muistamaan asioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123–124.) Ryhmähaastattelulla voidaan pyrkiä hakemaan haastateltavien yhteistä kantaa määriteltyihin kysymyksiin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61).

Tutkimushaastattelut luokitellaan yleensä stukturoituihin eli lomakehaastatteluihin, puolistrukturoituihin eli teemahaastatteluihin ja avoimiin haastatteluihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125–126.) Teemahaastattelussa haastattelu kohdistetaan tiettyihin tutkijan määrittelemiin teemoihin. Kysymykset ovat puolistrukturoituja eli kysymykset on teemojen pohjalta määritelty mutta kysymysjärjestystä tai vastausvaihtoehtoja ei. Teemahaastattelussa tärkeää on, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan edetään teemojen varassa siten, että nimenomaan tutkittavien ääni tulee kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48.) Käytimme teemahaastattelua, koska tarvitsimme tietoa haastattelurunkoa määrittävistä tekijöistä, mutta halusimme sairaanhoitajien kertovan niistä omin sanoin.

Haastattelulle asetetut teemat:

- Mitkä aiemmat haastattelukäytännöt toimivat ja mihin tarvitaan muutosta?
- Mitä asioita potilaiden kanssa tulee käydä läpi ennen lääkärin vastaanottoa tai jatkon suunnittelua?
- Millaista ohjausta ja tietoa potilaat tarvitsevat?
- Mitä on otettava huomioon potilaiden kanssa työskennellessä?

Tuotekonsepti perustuu yksikön tarpeille, joten päätimme tehdä niistä selvityksen. Sovelsimme tutkimusteoriaa tämän selvityksen tekemiseen. Selvityksen aineisto kerättiin haastattelemalla Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalla lihavuuden takia ensikäynnille tulevien haastatteluja tekevää kahta sairaanhoitajaa kesän 2015 alussa. Otantamme oli vain kaksi hoitajaa, sillä vain he tekevät kyseisiä ensihaastatteluja tällä hetkellä. Haastattelukysymykset laadittiin haastattelulle asettamiamme teemoja noudattaen. Kysymyksiä muodostui kahdeksan kappaletta tutkimuskysymysten pohjalta (liite 1). Lähetimme kysymykset heille etukäteen ja

pyysimme heitä miettimään vastauksia jo ennen varsinaista haastattelua. Lupa haastatteluun saatiin Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin ylihoitajalta.

Haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna eli haastattelimme sairaanhoitajia samanaikaisesti heidän toiveensa mukaisesti. Nauhoitimme haastattelun sairaanhoitajien luvalla. Lisäksi saimme kirjallista materiaalia sairaanhoitajien kirjoittamista ja haastattelun aikana itse tekemistämme muistiinpanoista. Haastattelu kesti 30 minuuttia. Jälkeenpäin siirsimme haastattelunauhoituksen nauhurilta tietokoneelle ja litteroimme sen sanasta sanaan – opinnäytetyön mallipohjalla litterointia tuli yhteensä 13 sivua.

#### **4.3.2 Selvityksen aineiston analysointi**

Laadullisten aineistojen analyysi aloitetaan useimmiten litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhat tekstiksi. Sisällönanalyysi on yleisesti laadullisessa tutkimuksessa käytetty analysointimenetelmä, jossa pyritään saamaan tutkimusongelmasta tiivistetty kuvaus pelkistämällä ja sen jälkeen ryhmittelemällä aineistoa. Sisällönanalyysi ja muut laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät voidaan jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen menetelmään. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 92, 95, 103, 107–108.) Sisällönanalyysissä valitaan tutkimusongelman ja aineiston perusteella analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen lause tai ajatus, jonka avulla pelkistetyt lauseet haastattelusta luokitellaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–169.)

Sisällönanalyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Aineiston pelkistämisessä auki kirjoitettu haastatteluaineisto pelkistetään siten, että kaikki tutkimukselle epäolennainen karsitaan pois. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia – samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään alaluokiksi. Ryhmittelyä seuraa abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä, jotka muodostuvat yläluokiksi. Käsitteistä muodostetaan siis ensin alaluokkia, joista yhdistellään yläluokkia ja tarvittaessa niistä vielä pääluokkia. Sisällönanalyysillä aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 103, 109–112.)



Päätimme selvityksessä käyttää analysointimenetelmänä sisällönanalyysiä, jossa analyysiyksikön valintaa ohjasivat omat laatimamme tutkimuskysymykset. Käytimme sisällönanalyysiä, koska se menetelmänä karsii aineistosta pois epäolennaisen ja jäsentele olennaisen tiedon selkeästi. Valitsimme analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, koska mielestämme yksittäinen sana ei olisi antanut kattavaa kokonaisuutta analyysissä. Analyysiyksikkö pohjautui tutkimuskysymyksiimme. Sen valinnan jälkeen kävimme läpi litteroitua aineistoa ja haastattelumuistiinpanoja pelkistämistä varten. Tämän helpottamiseksi teimme taulukon, joka toimi samalla analyysirunkona. Alaluokkia muodostimme pelkistetyistä ilmauksista 13 ja alaluokista viisi yläluokkaa. Nämä jaoimme edelleen kahteen pääluokkaan. Emme liittäneet opinnäytetyöhömmme sisällönanalyysitaulukkoa haastateltavien sairaanhoitajien mahdollisen tunnistettavuuden vuoksi.

### **4.3.3 Selvityksen tulokset**

Sisällönanalyysissä tutkimusaineistoa tulkitaan ja siitä tehdään päätelmiä, joiden avulla yritetään päästä yksinkertaistettuun näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Johtopäätöksiä tehdessään tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavan asian merkityksiä. Johtopäätöksiä tehdään koko ajan teoriaan ja alkuperäisaineistoon pohjaten. Tuloksissa tulee kuvata myös muodostuneet käsitteet ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajarvi 2012, 112–113.) Tulkitsimme sisällönanalyysissä muodostuneita pää-, ylä- ja alaluokkia sekä niiden sisältöjä, ja muodostimme niiden avulla käsityksen siitä, mitkä asiat ovat tulevassa haastattelurungossa tärkeitä sisätautien poliklinikalle.

Sisällönanalyysitaulukkoa tulkitessamme kävi selvästi ilmi, että ensimmäisinä asioina haastattelurungossa on tärkeää olla perusmittaukset, lääkelistan tarkistaminen, liitännäissairauksista kysyminen sekä potilaan voinnin ja omien tavoitteiden selvittäminen. Nämä tarvitaan lääkärikäynnille. Sairaanhoitajia haastateltaessa kävi selvästi ilmi, että perusmittauksien ja valmiiden kysymysten jälkeen jätetään tyhjää tilaa potilaiden vastauksille. Ensihaastattelun etenemistä määrittää aikarajoitus, joka riippuu potilaan saapumisajasta poliklinikalle. Tämän vuoksi edellä mainitut haastattelurungon asiat saattavat jäädä ainoiksi käsitellyiksi asioiksi ajan rajallisuuden vuoksi. Aineistosta päättelimme myös, että iso osa potilaista ei tiedä etukäteen poliklinikalle tulonsa syytä. Tämä vaikuttaa koko haastattelun kulkuun ja siellä

tapahtuvaan jatkoon suunnitteluun. Jos potilas ei ole asennoitunut tulostyyhyyn ja sen hoitamiseen, voi hoitopolku jäädä edellä mainittujen asioiden selvittämiseen, tai potilaan motiivointi ja hoito voi vaatia paljon lisää aikaa.

Tärkeimpien asioiden lisäksi sisällönanalyysistä nousi esiin muita haastattelun aikana selvitettäviä asioita, jotka olisivat tärkeitä niin hoidon suunnittelun kuin potilaan itsensä kannalta. Näitä ovat sukurasitteiden ja aikaisemman laihdutushistorian sekä potilaan ruokailutottumusten ja erityisesti ateriarytmin selvittäminen. Näiden perusteella annetaan yksilöllistä ohjausta elintavoista, kuten ateriarytmistä, ruokailutottumuksista sekä painon ja vyötärön ympäryksen omaseurannasta. Aineistosta käy selvästi ilmi, että potilaiden olisi tarpeen käydä ravitsemusterapeutilla ennen poliklinikalle tuloa. Monet eivät kuitenkaan ole siellä käyneet. Johtopäätöksenä tulisi kysyä potilaan aikaisemmista ravitsemusterapeutilla käynneistä sekä selvittää halukkuus tuleviin käynteihin.

Seuraavaksi pohdimme aineistosta asioita, jotka olisi hyvä ottaa huomioon koko haastattelun ajan. Näitä ovat motivoivan ilmapiirin säilyttäminen, potilaan omakuvan realisointi ja ohjaustarpeen selvittäminen. Kun potilaan kanssa on yhteinen käsitys lähtötilanteesta, voidaan antaa ohjausta hänen tarpeidensa mukaan ja asettaa yhdessä realistisia tavoitteita jatkolle. Aineistosta voi tulkita, että potilaan haastattelussa hoitajan ammatillisuudella on suuri merkitys potilaan motivoitumiselle. Lauseiden asettelu, sopivien termien löytäminen ja hienotunteisuus yhdessä potilaan omakuvan realisoinnin kanssa asettaa sairaanhoitajille paljon haasteita.

Haastattelukysymyksiä sairaanhoitajille suunnitellamme odotimme, että lihavuusleikkauksesta ja siihen liittyvistä tutkimuksista puhuttaisiin enemmän jo ensihaastattelussa. Kuitenkin aineistosta päättelimme, ettei näistä ole tarpeen puhua, ellei potilas ole jo käynnille tullessaan pyrkinyt painon pudotukseen ja asennoitunut elintapamuutokseen realistisesti. Kävi myös ilmi, että hoitajat ohjaavat ENE-dieettiä tarvitsevat ravitsemusterapeutille, eikä lääkehoidosta puhuta, ellei lääkäri niitä potilaalle määrää. Haastattelusta tuli ilmi myös asioita, joita emme osanneet ennakoida. Vertaistuen ja tukiverkoston merkitys korostui potilaan motivoitumisessa ja jaksamisessa. Vertaistukea on mahdollisuus saada ainakin sosiaalisen median suljetuista ryhmistä ja Suomen lihavuusleikatut ry:n sivuilta.

#### 4.3.4 Luonnostelun täsmentyminen tuotekonseptiksi

Tuotekonsepti täsmentyy tuotekuvaukseksi, kun luonnosteluvaiheessa pohditaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin; keitä ovat tuotteen käyttäjät ja hyödynsaajat sekä keitä muita henkilöitä tai osapuolia tulee huomioida. Tuotteen välittömät ja pitkän tähtäimen tavoitteet täytyy selvittää, ja määritellä arvot ja periaatteet, joita tuotekehittelyn ja tuotteen toivotaan ilmentävän. Etukäteen tulisi myös miettiä tuotteen välittömät yksilöidyt asiasisällöt, mahdolliset osa- ja oheistuotteet sekä ratkaisuvaihtoehdot tuotekehittelyn eri vaiheisiin. Lisäksi on huomioitava tuotekehittelyyn tarvittava asiantuntijuus ja yhteistyö, rahoitusvaihtoehdot, tarvittavat materiaalit ja laitteet sekä tuotekehittelyprosessin aikana tarvittava arviointi. (Jämsä & Manninen 2001, 51–52.)

Kuten aiemmin mainitsimme, tuotteen hyödynsaajat ovat haastatteluja tekevät sairaanhoitajat ja heidän potilaansa. Tuotteesta hyötyvät myös muut potilaiden hoitoketjuun osallistuvat ammattihenkilöt. Tuotteen välittömät tavoitteet ovat kehittää sairaanhoitajien työtä ja potilaskäyntejä selkeämmiksi ja yhdenmukaisemmiksi sekä helpottaa potilasasiakirjoihin kirjaamista. Pidemmän aikavälin tavoitteena tuotteelle ovat uusien haastattelukäytäntöjen vakiintuminen ja potilastyytyväisyyden paraneminen. Otamme tuotteen suunnittelussa ja toteutuksessa huomioon sairaanhoitajien eettiset ohjeet, ja ne toimivat tuotteen arvoperustana (ks. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014).

Tuotteen tärkeimmät asiasisällöt tulivat ilmi tehdyn selvityksen tuloksista, joista poimimme ne tuotteen kehittelyvaiheessa. Pohdimme jo etukäteen erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja esimerkiksi kysymysten asetteluun ja järjestykseen, mutta teimme niihin varsinaiset päätökset tuotteen kehittelyvaiheessa. Poliklinikka pyysi vain haastattelurunkoa, joten osa- ja oheistuotteita ei tässä työssä ole. Kerromme kuitenkin jatkotutkimus- ja kehittelyehdotuksista myöhemmin. Saimme kaikki tarvittavat laitteet ja materiaalit lainattua kirjastosta ja koululta. Emme tarvinneet rahoitusta, koska opinnäytetyön tekemisestä ei aiheutunut meille kuluja. Kysyimme tuotekehittelyn aikana palautetta ohjaavalta opettajalta ja äidinkielen opettajalta sekä Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalta.

## 4.4 Haastattelurungon kehittäminen

### 4.4.1 Tuotekehittelyvaiheen teoria

Tuotekehittelyvaiheessa otetaan käyttöön luonnosteluvaiheessa valitut ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet, rajaukset sekä asiantuntijoiden määrittämät ohjeet ja edetään niiden mukaisesti. Ensimmäinen työvaihe on asiasisällön jäsentely, kun tuotteessa on kyse sen välittämästä informaatiosta eikä esimerkiksi materiaalisesta tuotteen valmistuksesta. Kun tehdään hoito-ohjeita asiakkaille, toimintaohjeita henkilökunnalle tai tiedotusmateriaalia yhteistyötaholle, tulee noudattaa informaation välittämisen periaatteita. Tuotteessa pyritään kertomaan asiat tai ohjeet täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Informaation välittämiseen tarkoitettulle tuotteelle mahdollisia haasteita ovat asiasisällön valinta ja määrä sekä sisällön vanhentumisen ja muuttumisen mahdollisuus. Lisäksi haasteita voi tuottaa kohderyhmän heterogeenisuus, minkä vuoksi kaikille sopivan tuotteen luominen voi olla haasteellista. (Jämsä & Manninen 2001, 54.)

Informaatiota voidaan välittää puheeseen perustuvassa kahdenkeskisessä tai ryhmätilanteessa. Osa tilanteista voi olla säännöllisesti toistuvia ja osa kertaluonteisia. Tuote voi olla tällaisen tilanteen suunnittelua sekä laadun parantamista. Tilanteen suunnittelu lähtee kuulijoista – keitä he ovat, mitä tietoa juuri he tarvitsevat, mikä motivoi heitä sekä mitkä ovat heidän lähtökohtansa ja voimavaransa. Jos kyseessä on yhden asiakkaan tapaaminen, voidaan käsiteltävät asiat jättää osin asiakkaan kysymysten varaan ja tapaamisen kulkua voidaan mukauttaa yksilölliseksi. Kuitenkin tilanteen asiasisältö, eri vaiheet ja menetelmät olisi hyvä suunnitella etukäteen melko tarkasti. Lisäksi suunnittelijoiden tulisi ennakoida suunnitelman muutostarpeet ja tehdä varasuunnitelmat asioille, jotka sitä tarvitsevat. Käytettävissä oleva aika ratkaisee, kuinka paljon joustavuutta asiasisältöihin tarvitaan. (Jämsä & Manninen 2001, 65–66.)

Informaatiota voidaan välittää myös painotuotteilla, mutta niiden tuotekehityksessä tuotteen sisältö ja ulkoasu päätetään lopullisesti vasta paperille asetteluvaiheessa. Asiasisällön valintaa tehdään sen mukaan, kenelle, mihin tarkoitukseen ja miten laajasti tietoa halutaan välittää. Sosiaali- ja terveysalan painotuotteiden tyyliksi valitaan yleensä asiatyylit ja tuotteiden muotoilu pyritään tekemään niin, että teksti

aukeaa lukijalle jo ensilukemalta. Myös asiasisällön hyvä jäsentely on tärkeä osa selkeästi ymmärrettävää tuotetta. Suunnittelijoiden tulee ratkaista lisäksi painoasu, ja yleensä se valitaan noudattamaan kohdeorganisaation valitsemaa linjaa. (Jämsä & Manninen 2001, 56–57.)

#### **4.4.2 Haastattelurungon asiasisältöjen esittely**

Terveysneuvonnassa ja ohjauksessa on olennaista hyvä vuorovaikutus potilaan kanssa – lähdetään liikkeelle potilaan tarpeista ja niiden kuuntelemisesta. Kysymyksistä tulisi tehdä avoimia ja antaa potilaan itse pohtia omia elintapojaan ja ratkaisuja niiden muuttamiseksi. Potilaan motivointi ja ohjaaminen lähtee liikkeelle näistä pohdinnoista. (Iivanainen ym. 2012, 65, 461.) Nämä asiat tulivat ilmi myös omissa tutkimustuloksissamme. Tutkimustuloksia läpikäydessämme ja teoriaa lukiessamme päätimme aloittaa haastattelurungon kehittelyn asiasisältöjen ja niiden järjestyksen hahmottelulla. Seuraavaksi kerromme haastattelurungon ensimmäisen testaamattoman version kehittelystä. Ensimmäisestä versiosta testipalautteen perusteella muokataan viimeistelty haastattelurunko (liite 2).

Aloitimme haastattelurungon hahmottelun käymällä ensin läpi luvussa 4.5 esittelemämme tutkimustulokset ja tarkistimme, että kaikki oleellinen sisällönanalyysistä oli esitetty tutkimustuloksissa. Poimimme ensin tuloksista oleelliset sairaanhoitajien toivomat asiasisällöt. Seuraavaksi luimme tekstin syvemmin ja otimme haastattelurungon asiasisältöön sairaanhoitajien haastattelun aineistosta tekemiämme johtopäätöksiä. Kun asiasisällöt oli kirjoitettu ylös, aloimme pohtia asioiden esitysjärjestystä. Haastatteluaineistosta käy selvästi ilmi, että ensimmäisinä asioina haastattelurungossa tulee olla perusmittaukset eli paino, pituus, BMI, vyötärön ympäryys ja verenpaine. Muita ennen lääkärikäyntiä tarvittavia tietoja ovat lääkelistan ajantasaisuus, potilaan vointi ja oma käsitys tilanteestaan sekä lihavuuteen liittyvät liitännäissairaudet. Lisäksi potilaan oma tavoite ja motivaatio olisi hyvä selvittää ennen lääkärikäyntiä, jotta lääkäri saa tietoonsa ohjauksen ja jatkon suunnittelun tarpeellisuuden.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että haastattelun etenemistä määrittää aikarajoitus, joka riippuu potilaan saapumisajasta poliklinikalle. Edellisessä kappaleessa mainitsemamme asiat ovat ensihaastattelussa tärkeitä läpikäytäviä asioita ajan

rajallisuudesta riippumatta. Jos potilas saapuu poliklinikalle sovitusti 30 minuuttia ennen lääkärikäyntiä, ehtii sairaanhoitaja käymään läpi muitakin tärkeitä asioita. Näitä ovat taustojen kysyminen eli sukurasitteiden ja laihdutushistorian selvittäminen sekä kysyminen aikaisemmista käynneistä esimerkiksi ravitsemusterapeutilla. Potilasta pyydetään myös kertomaan nykyisistä elintavoistaan sekä tiedustellaan, onko hän itse seurannut omaa painoaan ja vyötärön ympäristään. Elintavoista kysyttäessä painotetaan erityisesti ruokailutottumuksia, ateriarytmiä sekä liikuntatottumuksia.

Edellä mainituista asioista annetaan ohjausta potilaan tarpeen ja mielenkiinnon mukaan. Jos potilas ei käynnillä ilmaise olevansa motivoitunut painonpudotukseen ja jatkokäynteihin, ei ole välttämättä tarkoituksenmukaista antaa yksityiskohtaista ohjausta esimerkiksi ruokavalion muutoksista. Tutkimusaineiston mukaan potilaiden olisi hyvä käydä ravitsemusterapeutin vastaanotolla ennen poliklinikalle tuloa, mutta heidät voidaan ohjata sinne myös poliklinikalta. Potilaalta kysytään, onko hän käynyt ravitsemusterapeutilla ja olisiko hän kiinnostunut saamaan lisätietoa painonpudotukseen liittyvistä ravitsemusasioista. Lisäksi sairaanhoitaja pyrkii potilaan kanssa yhdessä asettamaan sekä lyhyen että pitkän ajan tavoitteita, jotka perustuvat realistiselle käsitykselle lähtötilanteesta. Potilaalle kerrotaan myös mahdollisista tukiverkostoista painonpudotukselle, kuten erilaisista vertaistukiryhmistä. Näitä ovat esimerkiksi Suomen lihavuusleikatut ry sekä erilaiset sosiaalisen median suljetut ryhmät.

#### **4.4.3 Haastattelun välttämättömät kysymykset**

Kun olimme päättäneet haastattelurunkoon tulevat asiasisällöt, aloimme muotoilla niitä haastattelurunkoon. Päätimme pohtia jo kysymysten asettelussa motivoivan ilmapiirin luomista, potilaan omakuvan realisointia ja sopivien termien käyttöä sekä hienotunteisuutta. Pohdimme myös jo jokaisen kysymyksen kohdalla, mitä ohjausta potilas voi tarvita kysymykseen ja aihepiiriin liittyen. Saimme sairaanhoitajilta toiveen, että haastattelurunko muodostuisi siten, että sekä perusmittausten että valmiiden kysymysten jälkeen jätettäisiin tyhjää tilaa potilaiden vastauksista tehtäville muistiinpanoille. Päädyimme yhdessä sairaanhoitajien kanssa siihen, että kysymysten alle voi myös tarvittaessa laittaa ohjeistusta siitä, mitä kysymyksellä haetaan ja millaista ohjausta potilas voi tarvita.

Lääkelistan ajantasaisuuden tarkastamisen potilaalta muotoilimme ohjeistukseksi haastatteluja tekeville sairaanhoitajille, sillä siitä ei voi tehdä valmiita kysymyksiä. Kirjoitimme haastattelurunkoon sairaanhoitajille ohjeistukseksi, että mahdolliset poikkeavuudet potilaan käyttämien ja lääkelistalla olevien lääkevalmisteiden välillä kirjataan lääkelistan huomioihin. Tällöin lääkäri näkee, mitä lääkkeitä ja annostuksia potilas käyttää ja mitkä mahdolliset tekijät voivat vaikuttaa lihavuuden hoitomenetelmän valintaan. Luontaistuotteiden on todettu heikentävän tai voimistavan joidenkin samanaikaisesti käytettyjen lääkkeiden tehoa, ja lisäksi ne saattavat voimistaa lääkkeiden haittavaikutuksia (Enkovaara 2003). Tämän vuoksi sairaanhoitajien tulee kysyä potilaalta luontaistuotteiden käytöstä ja kirjata käytössä olevat lääkelistaan.

Kun kysymyksillä yritetään selvittää potilaan oma käsitys kokonaisvaltaisesta voinnistaan sekä painostaan, pohdimme kysymysten asettelussa sanavalintoja ottaen huomioon potilaiden vaihtelevan käsityksen tulosyystä poliklinikalle. Kysymyksillä pyrimme saamaan potilaan ajattelemaan kokonaisvaltaisesti omaa vointiaan ja terveyttään. Koemme, että vointi liitetään sanana yleensä henkiseen hyvinvointiin ja terveydentila taas assosioidaan yleensä fyysisen terveyden kanssa. Halusimme kysyä potilaalta neutraalisti myös, onko tämä pohtinut poliklinikalle tulosyytä – miksi lääkäri koki tarpeelliseksi tehdä lähetteen tänne. Monet potilaista eivät tiedä poliklinikalle tulonsa syytä ja he eivät välttämättä koe lihavuuttaan ongelmana. Pyrimmekin asettelemaan kysymykset siten, että välttelimme negatiivisia sanoja, kuten ongelma. Tähän asti haastattelurungossa emme ole käyttäneet myöskään vielä sanaa lihavuus, vaan pyrimme saamaan potilaan pohtimaan omaa tilannettaan ja orientoitumaan haastatteluun.

Sairaanhoitaja kysyy potilaalta hänen lihavuuteensa liittyvistä liitännäissairauksista. Ihmisillä voi olla hyvin erilainen tietotaso siitä, mitkä sairaudet ylipäättään ovat lihavuuden liitännäissairauksia. Tämän vuoksi laitoimme sairaanhoitajille ohjeistukseksi, että ohjausta sairauksista annetaan sen mukaan, onko potilas tietoinen omista liitännäissairauksistaan sekä muista mahdollisista lihavuuteen liittyvistä terveysongelmista. Myös vakavammista liitännäissairauksista kertominen on tärkeää, sillä se voi auttaa potilasta saamaan realistisemmän käsityksen omasta tilanteestaan. Sanan liitännäissairaus lisäksi päätimme käyttää myös sanaa terveysongelma, koska halusimme saada potilaat pohtimaan liitännäissairauksien lisäksi myös muita

lihavuuden aiheuttamia haittoja. Ihmiset kokevat erilaiset asiat haitallisina, joillekin ongelmana voi olla ulkonäköpaineet, toiselle taas liikkumisen hankaloituminen tai vaikka diabeteksen aiheuttamat haitat. Näiden asioiden pohtiminen auttaa potilasta hahmottamaan minäkuvaansa realistisemmin. Lihavuuden aiheuttamien haittojen pohtiminen saa potilaan jo miettimään syitä elintapojen muutokselle.

Vielä ennen lääkärikäyntiä olisi hyvä selvittää potilaan omat tavoitteet ja viimeistään tässä vaiheessa saada potilas miettimään syitä elintapojen muutokselle. Kun potilas on alkanut pohtia lihavuuden aiheuttamia haittoja ja lihavuutensa syitä, hänen on niiden kautta helpompi lähteä miettimään myös tavoitteita. Halusimme jo tässä kysymyksessä tuoda esiin elintapojen muutoksen, jotta potilas jo tavoitteita miettiessään asennoituu muutokseen ja tavoitteiden saavuttamiseen elintapojen kautta. Otimme huomioon kysymyksen muotoilussa, että osa potilaista ei välttämättä ole tiennyt tulonsa syytä tai voinut valmistautua miettimällä tavoitteita etukäteen. Siksi halusimme ensin kysyä, onko potilas ehtinyt miettiä tavoitteita ja sen jälkeen, millaisia ne voisivat olla. Tällöin potilaan on ehkä helpompi pohtia tavoitteitaan ensimmäistä kertaa myös ensikäynnin aikana. Käytämme avoimia kysymyssanoja, jotka antavat potilaalle vapauden kertoa tavoitteistaan omin sanoin. Tässä vaiheessa potilaan tavoitteet voivat olla vielä epärealistisia – hoitajien tehtävänä on motivoida potilasta ja realisoida tavoitteita.

#### **4.4.4 Haastattelun muut kysymykset**

Ajan rajallisuudesta riippuen ensihaastattelussa potilaalta kysytään sukurasitteista lihavuuteen liittyen. Sukurasitteista kysymistä tukee teoriatieto. Riski ylipainoon periytyy geenien, liittänsairauksien ja käyttäytymismallien kautta (Haarala ym. 2015, 50; Pietiläinen ym. 2015, 9–10, 57). Periytynyt ylipaino johtaa myöhemmin helposti lihavuuteen (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 110). Pohdimme, luovatko ylipaino ja lihavuus rinnakkain sanoina lihavuudelle negatiivisen sävyn, mutta päätimme käyttää tässä ylipaino-sanaa lihavuuden lisäksi, koska juuri ylipaino periytyy. Kysymme, onko potilaan suvussa taipumusta ylipainoon tai lihavuuteen. Emme käyttäneet sanaa sukurasite haastattelurungossa, koska rasite sanana voi muodostaa negatiivisia mielikuvia.



Potilaalta kysytään, onko hän aikaisemmin tehnyt elintapamuutoksia ja niiden seurauksena saanut painoaan putoamaan oleellisesti. Sairaanhoidajille on lisäksi tärkeää tietää, millaista apua potilaat ovat painonpudotukseen ja elintapamuutoksiin saaneet. Kysymyksillä haetaan, onko potilas saanut tukea läheisiltään tai ohjausta painonpudotukseen liittyvissä asioista terveysalan ammattilaisilta. Erikseen kysytään ravitsemusterapeutilla käynnistä, koska potilaan olisi hyvä olla käynyt siellä jo ennen poliklinikalle tuloa. Potilas voidaan myös ohjata ravitsemusterapeutille, jos hän ei ole siellä käynyt ja on asiasta kiinnostunut. Potilaalle on helpompi antaa ohjausta, kun tiedetään, mistä asioista hän on aiemmin jo saanut terveysneuvontaa. Aikaisemman laihdutus historian perusteella sairaanhoitaja voi myös tehdä päätelmiä potilaan tietotasosta. Potilaalta kysytään sekä elintapamuutoksista että painonpudotuksista, koska potilaan laihdutus historiasta ja aiemmista elintapoihin ja painoon liittyvistä tavoitteista halutaan saada kokonaisvaltainen kuva. Kysymyksenasettelussa käytimme sanaa oleellisesti, sillä on tärkeää tietää, millaisia määriä potilas on saanut pudotettua painoan aikaisemmin, ja onko paino tullut takaisin. Aluksi pohdimme, käyttäisimmekö sanaa yrittänyt, mutta päädyimme sanaan tehnyt, jolloin potilaan rooli on aktiivisempi ja aiemmat yritykset koetaan positiivisena.

Sairaanhoitaja kysyy potilaalta hänen elintavoistaan, erityisesti ruokailutottumuksista ja ateriarytmistä sekä liikuntatottumuksista. Tällöin toivotaan, että potilas kertoisi, millaisia ovat hänelle normaalit ateriakoot, -sisällöt ja -välit. Potilaan toivottaisi kertovan myös, napostelee ko hän ruokailujen välissä, ja mihin vuorokaudenaikaan syöminen yleensä ajoittuu. Potilaalta voidaan kysyä näistä asioista, jos hän ei tiedä, mistä lähteä liikkeelle. Ruokailu- ja liikuntatottumuksista poimitaan positiiviset kohdat ja potilasohjauksessa lähdetään niistä liikkeelle. Ohjausta annetaan pintapuolisesti tärkeimmistä pääkohdista potilaan tietotaso huomioon. Haastattelun aikarajoite tulee ottaa tässä huomioon ja potilaalle voidaan mainita jatkokäynneistä, jos potilas vaikuttaa motivoituneelta saamaan lisää ohjausta. Valitsimme kysymysten muotoiluvaiheessa sanan liikuntatottumukset sen sijaan, että olisimme kysyneet, harrastaako potilas liikuntaa. Teimme näin, koska tahdoimme potilaan kertovan kokonaisvaltaisesti arki- ja hyötyliikunnasta mahdollisen harrasteliikunnan lisäksi. Myös epäsäännöllisestä arkiliikunnasta voidaan löytää positiivinen lähtökohta elintapamuutokselle, ja näin lähdetään kannustamaan potilasta jatkamaan pieniä muutoksia.

Ensihaastattelun tässä vaiheessa sairaanhoitajan on hyvä miettiä, miten realistinen käsitys potilaalla on nykytilanteesta. Kysymysten asettelun ja käynnin aikana annetun ohjauksen avulla on pyritty saamaan potilas hahmottamaan kokonaisvaltaisesti tilannettaan, jotta ensikäynnin loppupuolella pystyttäisiin muotoilemaan tavoitteita muutosprosessille. Jos potilaan minäkuva ei ole vielä kovin realistinen, sairaanhoitajan tehtävänä on ottaa suurempaa roolia tavoitteiden suunnittelussa. Tällöin sairaanhoitaja ehdottaa erilaisia pieniä välitavoitteita ja painottaa, että pysyvät elintapamuutokset ja painonpudotus saavutetaan pitkällä aikavälillä. Jos potilaalla on jo realistinen käsitys tilanteestaan, hän pystyy ottamaan enemmän vastuuta keskustelusta ja pohtimaan itsenäisemmin välitavoitteita ja pitkän aikavälin tavoitetta prosessille. Kysymyksenasettelussa halusimme painottaa, että potilaan pohdittua näitä asioita aiempien kysymysten kohdalla, potilaan on helpompi lähteä miettimään tulevia tavoitteita. Potilas voi myös alkaa puhumaan pitkän aikavälin tavoitteestaan ensin, jolloin sairaanhoitajan tehtävänä on auttaa jakamaan prosessi osiin ja kertoa erilaisista välitavoitteista sekä mahdollisista etenemistavoista. Potilaalla voi olla pitkän aikavälin tavoitteena esimerkiksi lihavuusleikkaus, jolloin painotetaan sitä ennen tarvittavia elintapamuutoksia. Lihavuusleikkauksesta hoitomuotona voidaan puhua potilaalle, jos potilas on jo ennen käyntiä ottanut asiasta selvää, pudottanut painoaan ja motivoitunut elintapamuutoksille.

Lopuksi potilaalta selvitetään, onko hän saanut vertaistukea elintapamuutoksiin, ja tietääkö hän, mistä sitä voi saada. Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että potilaille pyritään tarjoamaan tietoa vertaistuen mahdollisuuksista, vaikka he eivät juuri sillä hetkellä kokisi sitä tarvitsevänsä. Pitkän muutosprosessin varrella tukea saatetaan kaivata muiltakin kuin omilta läheisiltä tai terveysalan ammattilaisilta. Vertaistukiryhmistä voi saada kokemukseräistä tietoa hoitomuodoista ja elintapamuutosten tekemisestä pysyviksi elintavoiksi. Potilaat, jotka ovat epävarmoja muutosprosessiin lähtemisestä, voivat saada tarvitsemaansa kannustusta erilaisista tukiryhmistä. Näitä ovat esimerkiksi Suomen lihavuusleikatut ry sekä erilaiset sosiaalisen median suljetut ryhmät.

#### **4.4.5 Kysymysten etiikka, muotoilu ja informaation välittämisen periaatteet**

Etiikassa selvitetään filosofisen tutkimuksen keinoin moraalisia kysymyksiä oikeudesta ja vääryydestä sekä hyvyydestä ja pahuudesta. Hoitotyön etiikka käsittelee

näitä kysymyksiä osana ammatillista hoitotyötä. Hoitajilla tulee olla inhimillinen käsitys työnsä arvoperustasta ja käsitys siitä, miten tämän alan eettisiä ongelmia voidaan ratkaista. Potilaita koskevien eettisten ongelmien ratkaisu perustuu sen oivaltamiseen, että jokaisella ihmisellä tulee olla oikeus omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon ja sen mukaan toimimiseen. Potilaalle on tarjottava mahdollisuus osallistua hoitoon omien kykyjensä ja voimiensa mukaisesti. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toimii pohjana hoitotyöntekijöiden velvollisuuksille potilasta kohtaan. Tärkeitä potilaan oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, siihen liittyvään kohteluun sekä oikeus hoitoon pääsyyn, tiedon saantiin ja itsemääräämisoikeuteen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 23, 37, 82, 121–122 vrt. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001, 4–6.)

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajien tehtävänä on tukea ja lisätä potilaiden omia voimavaroja ja pyrkiä parantamaan heidän elämänsä laatua. Sairaanhoitajan tulee kohdata potilas arvokkaana yksilönä, hoitaa kaikkia potilaita tasa-arvoisesti ja mahdollistaa keskinäinen luottamus hoitosuhteessa. Sairaanhoitajat ovat vastuussa tekemästään hoitotyöstä ja velvollisia kehittämään ammattitaitoaan jatkuvasti. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014). Pohdimme haastattelurungon kysymysten asettelun jälkeen edellä mainittuja hoitotyön eettisiä ohjeita kysymystenasettelussa sekä ohjeistuksissa. Koska sairaanhoitajan tehtävänä on lisätä potilaan omia voimavaroja, vältimme negatiivisia mielikuvia luovia sanoja haastattelurungossa. Pyrimme välttämään potilaiden syyllistämistä lihavuudesta, sillä siten potilas voi kokea tulevansa kohdatuksi arvokkaana yksilönä. Pyrimme kysymysten avulla saamaan potilaat itse miettimään terveyttään ja aktivoitumaan omaan hoitoonsa. Haastattelurungon sairaanhoitajien ohjeistuksia tehdessämme pyrimme ottamaan huomioon, että tarjoamalla potilaille riittävästi tietoa heidän on helpompi tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. Perustana haastattelurungon muotoilulle oli potilaiden hyvä kohtelu ja mahdollisuus tulla kuulluksi, jolloin voidaan saavuttaa luottamuksellinen hoitosuhde.

Informaation välittämisen periaatteita otimme huomioon jo pohtiessamme haastattelurungon asiasisältöjä sekä kysymysten määrää. Tiedostimme, että rungon sisältö voi vanhentua ja pyrimme tekemään siitä sellaisen, jota on tarvittaessa helppo muuttaa tiedon ja käytäntöjen muuttuessa. Varauduimme myös mahdollisiin haastattelutilanteessa ilmeneviin ongelmiin, kuten ajan ja potilaan motivoituneisuuden

puutteeseen. Varsinaista haastattelurungon muotoilua tehdessämme informaation välittämisen periaatteista otimme huomioon informaation täsmällisyyden, ymmärrettävyyden ja vastaanottajien tiedontarpeen (Ks. Jämsä & Manninen 2001, 54). Tiedostimme, että haasteita voi tuottaa kohderyhmän monimuotoisuus – haastattelurungon täytyy sopia kaikille potilaille iästä, sukupuolesta, vakaumuksesta ja kulttuurista riippumatta. Jotta haastattelurungosta saatiin kaikille sopiva, teimme kysymyksistä mahdollisimman avoimia ja osa käsiteltävistä asioista jätettiin asiakkaan omien kysymysten ja kiinnostuksen varaan. Tällöin haastattelussa otetaan myös huomioon potilaiden yksilöllisyys.

#### **4.5 Haastattelurungon viimeistely ja testaus**

Kaikkien tuotteiden kehittämissä olisi hyvä saada palautetta ja arviointia eri vaiheissa. Tuotetta tulisi koekäyttää tai esitellä jo sen valmisteluvaiheessa, jolloin koekäyttäjänä ovat tuotteen tilaajat tai asiakkaat, joilta pyydetään palautetta. Palautetta on kuitenkin syytä pyytää myös sellaisilta tuotteen loppukäyttäjiltä, jotka eivät tunne kehitettävää tuotetta etukäteen. Koekäyttötilanteiden tulisi olla mahdollisimman todentuntuisia arjen tilanteita, jolloin myös palaute on hyödyllisempää. Testaajilta tulee pyytää muutosehdotuksia ja ratkaisuvaihtoehtoja. Kun tuote valmistuu mahdollisten eri vaiheissa luotujen versioiden ja koetestausten jälkeen, käynnistyy sen viimeistelyprosessi saatujen palautteiden pohjalta. Viimeistelyssä hiotaan yksityiskohdat, laaditaan käyttöohjeita ja voidaan suunnitella myös tuotteen mahdollinen päivittäminen. Lisäksi suunnittelijat varmistavat lopuksi, että tuotteen tilaajalla on riittävästi tietoa tuotteesta ja sen käytöstä. (Jämsä & Manninen 2001, 80–81.)

Lähetimme haastattelurungon testattavaksi Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalle ja pyysimme haastatteluja tekeviä sairaanhoitajia testaamaan runkoa vähintään kolmella potilaalla. Toivoimme myös palautetta sairaanhoitajalta, joka ei ole aiemmin haastatteluja tehnyt. Halusimme tietää, pystyisikö kyseinen sairaanhoitaja tekemään ensihaastattelun haastattelurunkomme avulla. Annoimme haastatteluja tekeville sairaanhoitajille ja muille poliklinikan sairaanhoitajille aikaa haastattelurungon testaamiseen sekä palautteen kokoamiseen 2–3 viikkoa. Kolmen viikon aikana toinen haastatteluja tekevästä sairaanhoitajista oli testannut runkoa 20 potilaalla ja kahden eri lääkärin vastaanotolla. Sairanhoitaja oli pyytänyt palautetta

myös lääkäreiltä ja muilta poliklinikan sairaanhoitajilta, jotka eivät ensihaastatteluja ole tehneet. Tämän jälkeen saimme suullisen palautteen puhelimitse – puhelun kesto oli 25 minuuttia.

Halusimme palautetta haastattelurungosta ja sen mahdollisista kehittämissuunnitelmista, jotta voisimme tehdä rungosta juuri poliklinikan tarpeisiin sopivan ja käytännössä toimivan. Kysyimme palautetta haastattelurungon osatekijöistä; kysymysten järjestyksestä, sisällöstä, muotoilusta, sanavalinnoista, yksiselitteisyydestä ja niiden sisältämien ohjeiden hyödyllisyydestä. Jaottelimme toivotun palautteen osatekijöihin, jotta saisimme yksityiskohtaisen ja selkeän palautteen. Halusimme tietää myös käytännön haasteista, joita testauksessa oli mahdollisesti ilmennyt.

Haastattelurunkoa testannut sairaanhoitaja ehti testata runkoa toivottua suuremmalla potilasmäärällä ja pystyi siksi testaamaan sen kysymyksiä usealla tavalla. Sairaanhoitaja huomasi haastattelun etenemisessä haasteita ajan käytössä – ensihaastatteluun varattu aika, 30 minuuttia, ei riittänyt haastattelurungon läpikäymiseen. Sairaanhoitaja koki, että kaikki haastattelurungossa olevat asiat olivat tärkeitä ja haastattelurunko olisi toiminut sellaisenaan, jos haastattelu-aika olisi pidempi. Sairaanhoitaja itse pohti mahdollisia ratkaisuja tähän ongelmaan ja kokeili niitä jo käytännössä ennen palautteen antamista. Hän koki haastattelurungon toimivan ajankäytön suhteen paremmin, jos potilaalta ei kysytä sukurasitteista, ja tavoitteista kysytään vain kerran haastattelun lopussa. Sairaanhoitajan mielestä sukurasitteista kysyminen ei ole välttämätöntä hoidon kannalta, joten kysymys voitiin jättää pois. Hän myös koki, että tavoitteista on parempi kysyä kokoavasti lopussa ajanpuutteen vuoksi. Sairaanhoitajan mielestä muiden kysymysten sisältö ja kysyttävät asiat olivat tarpeellisia.

Haastatteluja tekevä sairaanhoitaja kysyi muilta poliklinikan sairaanhoitajilta mielipiteitä haastattelurungosta. Poliklinikan sairaanhoitajien mielestä alkuperäisten kysymysten muotoilu ja sanavalinnat olivat hyviä. Kysymykset olivat selkeitä ja yksiselitteisiä – kaikki potilaat ymmärsivät, mitä kysyttiin. Hoitajat kokivat heille kohdistettujen ohjeistusten haastattelurungossa olevan hyödyllisiä. Ohjeistukset toimivat muistutuksena haastatteluja tekeville ja työn tukena etenkin uusille ensihaastatteluja tekeville työntekijöille. Sairaanhoitajat kokivat haastattelurungon haastattelujen tekoa helpottavana ja hyödyllisenä työkaluna sairaanhoitajalle.

Sairaanhoitaja pyysi palautetta myös kahdelta lääkäriltä, joiden vastaanotolle potilaat menivät sairaanhoitajan tapaamisen jälkeen. Toisen lääkärin mielestä haastattelurungossa oli liikaa sisällöllisesti, mutta toinen lääkäri sen sijaan koki haastattelurungon olleen jo testausvaiheessa hyvä.

Palautekeskustelun aikana saimme haastattelurunkoa koskien uutta tietoa ja toiveita, joita ei ollut tullut ilmi vielä tehdessämme selvitystä, johon ensimmäinen versio haastattelurungosta pohjautui. Painotimme haastattelurunkoa testanneen sairaanhoitajan palautetta, mutta otimme huomioon myös muiden sairaanhoitajien ja lääkärin palautteen. Näiden toiveiden perusteella teimme muutoksia kysymysten järjestykseen ensihaastattelun sujuvuuden lisäämiseksi sekä muutaman lisäyksen jo olemassa oleviin kysymyksiin.

Haastattelurungossa (liite 2) ensimmäiseksi toivottiin kysymystä potilaan voinnista ja hänen senhetkisistä terveysongelmista. Vasta sen jälkeen, kun potilassuhteen vuorovaikutus on lähtenyt käyntiin, käydään läpi potilaan lääkelista ja tehdään mittaukset. Neljännessä kysymyksessä kysytään potilaan elintavoista, liikunnasta ja ravitsemuksesta. Tähän kysymykseen sairaanhoitaja toivoi lisäyksiä tupakoinnista ja alkoholin käytöstä kysymisen – nämä on tapana kysyä kaikilta poliklinikalla käyviltä. Ruokailutottumuksista kysyminen tarkentui siten, että keskitytään ateriarytmiin ja jätetään tarkempi ohjaus ravitsemusterapeutille.

Viidennessä kysymyksessä potilaalta kysytään aikaisemmista painonpudotuksista. Potilaalta tarkennetaan, miten ja minkä verran paino on pudonnut. Hoitajan on tarpeen selvittää, onko potilas pudottanut painoa esimerkiksi dieettien tai ruokavalion ja liikunnan avulla. Tarkennukset kysymykseen tehtiin sairaanhoitajan toiveesta selvennykseksi ja muistutukseksi haastatteluja tekeville sairaanhoitajille. Tässä yhteydessä hoitaja kysyy myös, onko potilas käynyt ravitsemusterapeutilla. Kaikki lihavuuden takia hoitokäyntejä jatkavat saavat sinne lähetteen, jos he eivät ole siellä vielä käyneet. Ensimmäisten viiden kysymyksen avulla sairaanhoitaja tekee tilannekartoituksen potilaan tilanteesta ja sen perusteella ohjaa potilasta tämän tarpeiden mukaan. Tähän asti esitetyt kysymykset 1–5 muodostuivat haastattelurungon välttämättömiksi kysymyksiksi eli ne tulee kysyä aina ennen lääkärin vastaanottokäyntiä.

Kysymykset 6–8 ovat myös tärkeitä, ja ne kysytään ajan sallimissa rajoissa. Kuudentena potilaalta kysytään lihavuuteen liittyvistä liitännäissairauksista ja terveysongelmista. Sairaanhoidaja toivoi, että liitännäissairauksista kysyttäessä verenpainetautiä tai diabetesta sairastavien hoitotasapaino selvitetäisiin. Potilaille voidaan antaa ohjausta lihavuuden aiheuttamista sairauksista. Seitsemäntenä kysymyksenä potilaalta kysytään hänen tavoitteistaan ja mahdollisista syistä elintapojen muutoksille. Tarkennuksena tuli potilaan oman painotavoitteen selvittäminen, minkä jälkeen mietitään potilaan kanssa yhdessä realistisia välitavoitteita ja pitkän aikavälin tavoitteita. Lopuksi kahdeksantena kysytään vertaistuen saamisesta.

Lähetimme palautteen perusteella korjatun haastattelurungon sairaanhoitajille uudelleen testattavaksi kahden viikon ajaksi. Toinen sairaanhoitajista testasi korjattua runkoa ja saimme viimeistelyvaiheen testipalautteen puhelimitse suullisesti – puhelu kesti 13 minuuttia. Sairaanhoidaja oli samaa mieltä haastattelurungon välttämättömistä kysymyksistä, että kysymykset 1–5 pyritään kysymään jokaiselta potilaalta ajan rajallisuudesta huolimatta. Muut ensihaastattelun kysymykset jäävät edelleen kysymättä, jos potilas saapuu poliklinikalle kutsukirjeessä ilmoitettua aikaa myöhemmin. Haastattelurungon kysymysten asettelu ja ulkonäkö toimivat sellaisenaan. Haastatteluja tekevän sairaanhoitajan mielestä viimeistely haastattelurunko toimii nyt ja vastaa poliklinikan tarpeita.

## **5 POHDINTA**

Pohdimme tässä luvussa opinnäytetyön prosessia ja sen eri vaiheita. Kerromme prosessin suunnitelmasta ja sen toteuttamisesta käytännössä sekä arvioimme onnistumistamme. Pohdimme tekemämme selvityksen ja tuotteen laadukkuutta, luotettavuutta ja eettisyyttä. Mietimme myös opinnäytetyömme hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita.

### **5.1 Opinnäytetyön prosessi**

Opinnäytetyön prosessi käynnistyi syksyllä 2014, jolloin aloimme etsiä sekä sairaanhoitaja- että terveydenhoitajaopiskelijalle sopivaa opinnäytetyön aihetta. Saimme mielenkiintoisen aiheen harjoittelupaikasta Mikkelin keskussairaalan

sisätautien poliklinikalta, kun sairaanhoitajat ilmaisivat tarpeen lihavuuden takia ensikäynnille tulevien haastattelussa käytettävälle haastattelurungolle. Saimme alustavaa ohjeistusta työlle tammikuussa 2015, jolloin solmimme opinnäytetyön sopimuksen eli saimme virallisen toimeksiannon poliklinikalta. Aloimme etsiä tietoa aiheesta ja kirjoittaa opinnäytetyön teoreettista viitekehystä sekä pohtia opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Tarkoituksena oli luoda poliklinikalle yksilöity ja toimiva haastattelurunko. Päädyimme siihen, että poliklinikan tarpeet ja toiveet haastattelurungolle saadaan parhaiten selvitettyä tutkimusmenetelmiin pohjautuvan selvityksen avulla. Selvityksessä haastattelimme kahta lihavuuden takia ensikäynnille tulevien ensihaastatteluja tekevää sairaanhoitajaa. Teimme alustavat haastattelukysymykset selvityksen tekemistä varten. Näistä muodostui opinnäytetyön suunnitelma, jonka esitimme toukokuussa 2015.

Suunnitelman perusteella haimme tutkimuslupaa Mikkelin keskussairaalaalta. Saatuaamme tutkimusluvan sovimme haastatteluajan kahden sairaanhoitajan kanssa, jotka tekevät lihavuuden takia ensikäynnille tulevien haastatteluja. Kävimme tekemässä haastattelun kesäkuussa 2015. Haastattelu nauhoitettiin sairaanhoitajien luvalla. Kesän aikana kävimme haastatteluaineiston läpi, litteroimme ja analysoimme sen. Tutustuimme tässä vaiheessa myös tuotekehittelyprosessiin. Teimme tuotteen eli haastattelurungon selvityksen pohjalta ja lisäksi hyödynsimme teoreettista viitekehystä tuotteistamisesta sekä lihavuudesta ja sen hoidosta. Syyskuussa 2015 haastattelurunko valmistui ja pyysimme siitä palautetta ohjaavalta opettajalta.

Suoraavaksi lähetimme rungon testattavaksi Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikan sairaanhoitajille. Saimme palautetta haastatteluja tekevältä sairaanhoitajalta, joka oli kysynyt lisäksi palautetta myös muilta poliklinikan sairaanhoitajilta sekä kahdelta lääkäriltä. Palautteen pohjalta teimme muutoksia haastattelurunkoon lokakuussa 2015 ja lähetimme rungon uudelleen testattavaksi. Saimme viimeistellyn haastattelurungon loppupalautteen tästä kahden viikon kuluttua. Palautteen mukaan haastattelurunko toimi uudelleentestausvaiheessa, joten saimme rungosta muutoksilla poliklinikan tarpeita vastaavan. Esitimme opinnäytetyön marraskuussa 2015 ja kävimme myös pitämässä poliklinikalle osastotunnin haastattelurungon käytöstä.



Opinnäytetyöprosessin aloittaminen oli haastavaa, sillä alussa meillä ei vielä ollut kovin selkeää kuvaa opinnäytetyön rakenteesta eikä selvityksen tekemisestä osana tuotekehittelyä. Saimme selkeytettyä opinnäytetyön rakennetta suunnittelemalla sisällysluettelon, jonka avulla teoreettisen viitekehyksen aihepiirit tarkentuivat. Haimme apua tiedonhakuun kirjaston informaattikolta ja näin lähteiden etsiminen sujui helpommin. Ainoastaan työn kannalta olennaisen tiedon rajaaminen osoittautui välillä haasteelliseksi. Pyrimme opinnäytetyötä koskevia päätöksiä tehdessämme pitämään mielessä opinnäytetyön tarkoituksen haastattelurungon tekemisestä. Tämän avulla saimme opinnäytetyön teorian tiedosta tarpeeksi kohdennettua sekä sujuvaa. Kirjoitimme opinnäytetyötä osittain kesälomakauden aikana, mikä toi haasteita välipalautteen kysymiselle. Jouduimme tekemään useita ratkaisuja ilman mahdollisuutta pyytää niihin ohjausta. Jälkeenpäin pyydetyt ohjauksen ja rakentavan palautteen pohjalta saimme selkeytettyä opinnäytetyön rakennetta sekä tehtyä lukijan kannalta sujuvuutta lisääviä muutoksia. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli opettavainen, mielenkiintoinen ja ammatillista kasvua tukeva.

## 5.2 Tuotekehittely

Haastattelutilanne ja täten myös haastattelurungon, kuten kaikkien tuotteiden, suunnittelu lähtee potilaista – keitä he ovat, mitä tietoa juuri he tarvitsevat, mikä motivoi heitä sekä mitkä ovat heidän lähtökohtansa ja voimavaransa (Ks. Jämsä & Manninen 2001, 65–66 vrt. Alasoini 2010 19, 22). Tarve tuotteelle ja tuotteen toteuttamistapa saatiin valmiina toiveena Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalta. Tuotteen hyöty tulee potilaille poliklinikan työntekijöiden kautta. Tämän vuoksi keskityimme poliklinikan toiveiden toteuttamiseen ja tarpeiden täyttämiseen, eikä muita toteuttamistapoja käyty läpi kuin teoriassa. Kohdistaksemme tuotteen mahdollisimman hyvin poliklinikan tarpeiden mukaiseksi teimme luonnosteluvaiheessa selvityksen. Selvityksestä saimme tarkat asiasisällöt ja haastattelun aikatauluun liittyvät asiat, mutta muotoilua ja asioiden esille tuomisen tapaa potilaan kannalta pohdimme enemmän itse.

Pohdimme paljon asiakaskunnan moninaisuutta, jotta saimme muotoiltua haastattelurungon kysymyksistä mahdollisimman neutraaleja ja selkeitä. Koska osa potilaista ei tiedä poliklinikkakutsun syytä ja potilaat ovat valmistautuneet käyntiin hyvin eri tavoin, kaikille sopivan haastattelurungon rakentaminen oli haasteellista.

Kysymysten järjestyksellä ja muotoilulla pyrimme mahdollistamaan sen, että potilas voi pohtia tilannettaan ja terveyttään käynnin aikana, jolloin myös valmistautumaton potilas pystyy vastaamaan haastattelurungon kysymyksiin. Pyrimme myös tekemään kysymyksistä tarpeeksi kattavia, jotta haastatteluja tekevä sairaanhoitaja saisi potilaan tilanteesta tarpeeksi laajan kuvan voidakseen antaa yksilöllistä ohjausta.

Ensihaastattelun aikana ja potilasohjauksen tavoitteena on, että potilaan omakuva realisoituu ja tarvittava ohjaus saadaan annettua (Liimatainen 2015). Muotoilussa ja sanavalinnoissa otimme nämä asiat huomioon ja samalla pyrimme motivoivan ilmapiirin säilyttämiseen. Esittämällä avoimia kysymyksiä ja käyttämällä ammatillisia termejä pyrimme luomaan ja säilyttämään hoitosuhteen luottamuksellisuuden. Kokemuksemme mukaan lihavuus voi olla arka asia, joten pyrimme huomioimaan kysymyksissä myös hienotunteisuuden. Tämän vuoksi lihavuutta ei tulisi kohdella vain sairautena eikä myöskään olettaa lihavuuden olevan täysin itseaiheutettua. Potilaan on mahdollisesti helpompi motivoitua hoitamaan itseään, kun vältetään syyllistämistä, mutta ei kuvata lihavuutta sairautena, jonka joku muu voisi hoitaa heidän puolestaan.

Asiasisältöihin saimme vielä viimeistelyvaiheen palautekeskustelun aikana kokonaan uutta tietoa haastattelurunkoa koskien sekä toiveita, joita ei ollut tullut ilmi vielä tehdessämme selvitystä. Tekemällä selvityksen pyrimme luonnosteluvaiheessa takaamaan haastattelurungon onnistumisen ja pohjautumisen yksikön toiveisiin. Lähetimme selvityksessä käytetyt haastattelukysymykset sairaanhoitajille etukäteen, jotta he ehtisivät pohtia vastauksia ajan kanssa. Meidän olisi kuitenkin ollut hyvä huomioida, että sairaanhoitajien vastauksista voi unohtua jotakin ja työkäytännöt voivat muokkautua pitkän opinnäytetyön prosessin aikana. Olisimme voineet kysyä palautetta useammassa vaiheessa – esimerkiksi, kun ensimmäinen vedos haastattelurungosta sisälsi vain asiakokonaisuudet. Kysyimme kuitenkin palautetta viimeistelyvaiheessa ja vielä uudelleen korjailemastamme haastattelurungosta. Ensimmäistäkin vedosta haastattelurungosta voimme silti arvioida onnistuneeksi, koska viimeistelyvaiheessa saatu uusi informaatio ei aiheuttanut suuria muutoksia. Muutoksia tehtiin lähinnä kysymysten järjestykseen ja joidenkin kysymysten asiasisältö tarkentui.

Painotimme haastattelurunkoa testanneen sairaanhoitajan palautetta, mutta otimme huomioon myös muiden sairaanhoitajien ja lääkärin palautteen. Heidän mielestään alkuperäisten kysymysten muotoilu ja sanavalinnat vaikuttivat toimivilta ja selkeiltä. Hoitajat kokivat heille kohdistettujen ohjeistusten haastattelurungossa olevan erityisen hyödyllisiä. Lisäksi kaikki potilaat ymmärsivät kysymykset ja niiden merkityksen. Ohjeistukset toimivat muistutuksena haastatteluja jo tekeville ja työn tukena varsinkin ensihaastatteluja ensimmäistä kertaa tekeville työntekijöille. Sairaanhoitajat kokivat haastattelurungon työtään helpottavana ja hyödyllisenä työvälineenä. Koemme siis onnistuneemme haastattelurungon teossa. Onnistuneeseen lopputulokseen ja toimivaan tuotteeseen pääsimme monen työvaiheen kautta ja kysymällä palautetta useaan kertaan.

Yhteistyömme Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalle toimi hyvin ja työelämäohjajiemme motivoituneisuus meidän ohjaamiseemme sekä haastattelurungon kehittämiseen oli hyödyksi prosessin aikana. Haastatteluja tekevät sairaanhoitajat olivat hyvin tavoitettavissa ja vastasivat meitä askarruttaneisiin kysymyksiin aina tarpeen mukaan. Viimeistely- ja testausvaiheessa pyysimme testausta kolmella potilaalla ja runkoa testattiinkin 20:llä. Lisäksi he kysyivät rungosta palautetta myös lääkäreiltä, mikä tuki sairaanhoitajilta saamaamme palautetta.

### **5.3 Selvityksen laadukkuus, luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksen laadukkuutta voidaan etukäteen parantaa tekemällä hyvät haastattelukysymykset ja pohtimalla myös mahdollisia haastattelussa tulevia lisäkysymyksiä etukäteen. Laadukkuutta lisäävät myös haastatteluvaiheessa teknisten laitteiden toimivuus ja useamman haastattelijan osallistuminen. Haastattelun jälkeinen nopea litterointikin on osa laadun säilyttämistä tutkimuksessa. Tutkimuksen reliabiliteettia eli tutkimustulosten toistettavuutta voidaan mitata sillä, päätyykö kaksi tutkijaa samaan tulokseen aineistosta. Tutkimuksen validiutta eli sitä, kohdistuuko tutkimus ilmiöön, johon sen on oletettu kohdistuvan, voidaan mitata tarkastelemalla tutkimuksen käsitteitä, niiden tarkkuutta ja niiden rinnastettavuutta tutkimuskohteeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184–187 vrt. Kyngäs ym. 2011, 147.)

Pyrimme tekemään alusta asti mahdollisimman laadukkaan selvityksen, jonka pohjalta saataisiin myös laadukas tuote. Selvityksen haastattelukysymykset tehtyämme

pyysimme niistä palautetta opinnäytetyön suunnitelmatilaisuudessa. Teimme palautteen pohjalta pieniä muutoksia kysymysten järjestykseen. Olimme miettineet mahdollisia lisäkysymyksiä haastateltaville etukäteen. Osallistuimme molemmat haastatteluun ja huolehdimme tarvittavien laitteiden toimivuudesta. Haastattelutilanne nauhoitettiin ja nauhat litteroitiin heti haastattelun jälkeen. Tekemämme selvityksen reliabiliteettia nosti se, että päädyimme molemmat saman aineiston pohjalta samoihin päätelmiin haastattelurungon sisällöstä. Selvityksemme validiutta arvioimme käyttämiemme käsitteiden ja tutkimuksen asiasisältöjen pohjalta. Käytimme mielestämme olennaisia käsitteitä, jotka olivat kohdennettuja nimenomaan haastattelurungon kehittelyyn. Mielestämme tekemämme selvitys on siis myös validi. Olemme vielä opiskelijoita ja tutkijoina kokemattomia, mikä tulee ottaa huomioon selvityksen reliabiliteettia ja validiteettia arvioidessa. Selvityksen toteuttamisen aikaan haastateltavat sairaanhoitajat olivat tehneet haastatteluja vasta joitakin kuukausia, mikä vaikuttaa tulosten toistettavuuteen. Palautteenanto- ja viimeistelyvaiheessa heillä oli jo enemmän käytännön kokemusta, joten palautteen perusteella viimeistely haastattelurunko vastaa käytännön hoitotyön tarpeita.

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan arvioida sen perusteella, onko yleisiä laadulliselle tutkimukselle asetettuja eettisiä vaatimuksia noudatettu. Tutkijan tulee olla aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja paneuduttava huolellisesti alaansa informaation luotettavuuden takaamiseksi. Tutkijan tulee toimia rehellisesti, eikä hän saa harrastaa vilppiä esimerkiksi plagioinnin muodossa. Tutkimusta tehdessä tulee kunnioittaa ihmisarvoa, eikä siitä saa koitua kohtuutonta vahinkoa kenellekään. Tieteellistä informaatiota tulee käyttää eettisten vaatimusten mukaisesti ja tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia tulee edistää. Tutkijoiden tulisi säilyttää kollegiaalinen arvostus toisiaan kohtaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–213, 224.)

Selvitystä tehdessämme pyrimme myös noudattamaan yleisiä laadulliselle tutkimukselle laadittuja eettisiä vaatimuksia. Olimme aidosti kiinnostuneita aiheesta ja etsimme laajasti tietoa lihavuudesta sekä sen hoitomuodoista. Paneuduimme mielestämme tarvittavalla laajuudella tutkimuksen ja tuotekehittelyn teoriaan. Olemme koko opinnäytetyöprosessin ajan merkinneet opinnäytetyöhön tarkasti lähdeviitteet ja lähdeluettelon. Tuotteen eli haastattelurungon muotoilussa olemme pyrkineet kunnioittamaan niin haastatteluja tekeviä sairaanhoitajia kuin potilaita.

Haastattelurungon kehittelyä on tehty yhteistyössä toimeksiantajan eli sisätautien poliklinikan kanssa ja keskinäinen yhteistyömme on sujunut hyvin.

Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattavat tutkijat hankkivat tutkimusluvan ennen tutkimuksen toteuttamista ja lisäksi tehdään tutkimusryhmän vastuunjako. Tutkimusmateriaalien säilyttämisessä ja hävittämisessä noudatetaan tarvittavia tietosuojakäytäntöjä. Tutkimuksessa syntyneet tietoaineistot tallennetaan ja julkaistaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012, 6.)

Hankimme selvityksen tekemistä varten tutkimusluvan ennen sen toteuttamista ja opinnäytetyöprosessin alussa tehtiin selvä vastuunjako. Opinnäytetyön kaikki laajat kokonaisuudet kirjoitimme yhdessä. Työnjakoa teimme lähinnä tiedonhankinnassa sekä tutkimusmenetelmiin tutustumisessa ja litteroinnissa. Säilytimme haastatteluaineistoa vain yhdellä tietokoneella lukitussa tilassa. Hävitimme haastatteluaineistot poistamalla niitä sisältävät tiedostot sekä silppusimme paperiset muistiinpanot. Julkaisimme haastattelun tuloksia opinnäytetyössä riittävän yleisellä tasolla, jotta sairaanhoitajien yksityisyys säilyisi.

#### **5.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotuksia**

Opinnäytetyömme tuotetta eli haastattelurunkoa tullaan hyödyntämään sairaanhoitajien työssä Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikalla lihavuuden takia ensikäynnille tulevien haastattelussa. Haastattelurunkoa on testattu useampaan kertaan ja se on haastatteluja tekevien sairaanhoitajien hyväksymä. Lisäksi sairaanhoitajat kertoivat haastattelurungon olevan ensihaastattelujen tekoa helpottava ja hyödyllinen työkalu. Tällöin voidaan päätellä, että sairaanhoitajat ottavat haastattelurungon potilastyöhön. Haastattelurungon päivittäminen ja sen ajantasaisuuden huolehtiminen jää poliklinikan vastuulle.

Jatkossa voitaisiin tuotekehittelynä tehdä etukäteen potilaille kotiin lähetettävä kaavake, jonka avulla potilaat voisivat valmistautua käyntiin ja ensihaastatteluun. Kaavake takaisi, että potilaat tietävät, mistä syystä kutsu on poliklinikalle tullut ja auttaisi heitä orientoitumaan niin sairaanhoitajan kuin lääkärinkin tapaamiseen. Tällainen kaavake voitaisiin liittää kutsukirjeen mukaan. Voisi olla myös hyödyllistä

luoda potilaalle ensikäynnillä annettuun ohjaukseen ja kysymyksiin liittyen kokoava tietopaketti, jonka potilas saisi mukaan käynniltä lähtiessään. Kirjallinen materiaali mahdollistaisi myös vähemmän motivoituneiden potilaiden motivoitumisen hoidon jatkamiseen, kun materiaaleihin saisi tutustua rauhassa kotona.

## LÄHTEET

Alasoini, Tuomo 2010. Uusi tapa oppia ja tuottaa innovaatioita: osallistava innovaatiotoiminta. Työpoliittinen aikakauskirja 3/2010, 17–27. PDF-dokumentti. <https://www.tem.fi/files/27869/Alasoini.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 14.11.2015.

Cardoso, Paulo & Serrano, Carlos 2014. Excess weight and Obesity. World Medical Journal Vol. 60 Issue 1, 34–36. PDF-dokumentti. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a10d806-1a93-4cd7-ab40-4e0f5ccfd5bc%40sessionmgr4004&vid=17&hid=4101>. Päivitetty 1.2.2014. Luettu 14.11.2015.

Enkovaara, Anna-Liisa 2003. Luontaistuotteiden ja lääkkeiden yhteisvaikutukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119(22), 2151–2157. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=luontaistuotteet](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=luontaistuotteet). Ei päivitystietoa. Luettu 16.10.2015.

Haarala, Päivi, Honkanen, Hilikka, Mellin, Oili-Katariina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2015. Terveydenhoitajan osaaminen. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Ei päivitystietoa. Luettu 21.9.2015.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2012. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2001. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kanerva, Noora 2014. The healthy Nordic diet, obesity and obesity-related metabolic risk factors. Väitöskirja (artikkeli). Tiivistelmä. Helsingin yliopisto. WWW-dokumentti. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/136527>. Päivitetty 28.11.2014. Luettu 18.4.2015.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keränen, Anna-Maria 2011. Lifestyle interventions in treatment of obese adults – Eating behavior and other factors affecting weight loss and maintenance. University of Oulu. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514294457/isbn9789514294457.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2015.

Korhonen, Arto 2010. Tuoteryhmän kehitysprojektin optimointi. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Teknillinen tiedekunta. PDF-tiedosto.

<http://www.doria.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/bitstream/handle/10024/62867/nbnfi-fe201005201878.pdf?sequence=2>. Ei päivitystietoa. Luettu 14.11.2015.

Kylmä, Jari, Vehviläinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 119: 609–615. PDF-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.11.2015.

Kyngäs, Helvi, Elo, Satu, Pölkki, Tarja, Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2) 138–148. PDF-tiedosto. [http://www.researchgate.net/profile/Tarja\\_Poelkki/publication/261723764\\_Sisllanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisess\\_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Tarja_Poelkki/publication/261723764_Sisllanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisess_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf). Ei päivitystietoa. Luettu 14.11.2015.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lihavuus (aikuiset) 2013. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010#NaN>. Päivitetty 13.9.2013. Luettu 28.3.2015.

Lihavuus (lapset) 2013. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50034>. Päivitetty 11.10.2013. Luettu 16.10.2015.

Liimatainen, Minna 2015. Henkilökohtainen tiedonanto 16.1.2015 ja 4.6.2015. Sairaanhoitaja. Mikkelin keskussairaalan sisätautien poliklinikka.

Mustajoki, Pertti 2013a. Lihavan potilaan arviointi. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=lihava%20potilas](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=lihava%20potilas). Päivitetty 23.4.2013. Luettu 16.11.2015.

Mustajoki, Pertti 2013b. Lihavuuden hoito. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ykt00573](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00573). Päivitetty 24.6.2013. Luettu 16.10.2015.

Mustajoki, Pertti 2013c. Tietoa potilaalle: Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=dlk00042&p\\_haku=lihavuus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00042&p_haku=lihavuus). Ei päivitystietoa. Luettu 16.10.2015.

Männistö, Satu, Laatikainen, Tiina & Vartiainen, Erkki 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. FINRISKI. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. WWW-dokumentti. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4\\_lihavuus.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1). Ei päivitystietoa. Luettu 28.3.2015.

Pekurinen, Markku 2006. Mitä lihavuus maksaa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122(10), 1213–1214. Terveysportti. WWW-dokumentti.



[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.mki.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=lihavuus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.mki.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=lihavuus). Ei päivitystietoa. Luettu 16.10.2015.

Pietiläinen, Kirsi, Mustajoki, Pertti & Borg, Patrik (toim.) 2015. Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rekola, Leena, Häggman-Laitila, Arja, Mattila, Lea-Riitta, Palomaa, Tarja, Ruskomaa, Pauliina & Leivonen, Marja 2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutuksen elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. Tutkiva Hoitotyö 11 (2), 32–43.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. WWW-dokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Päivitetty 3.10.2014. Luettu 12.8.2015.

Sane, Timo 2013. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.mki.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ykt01408&p\\_haku=lihavuusleikkaus](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.mki.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01408&p_haku=lihavuusleikkaus). Päivitetty 18.3.2013. Luettu 16.11.2015.

Søvik, Torgeir, Aasheim, Erlend, Taha, Osama, Engström, My, Fagerland, Morten, Björkman, Sofia, Kristinsson, Jon, Birkeland, Kåre, Mala, Tom & Oibers, Torsten 2011. Weight Loss, Cardiovascular Risk Factors, and Quality of Life After Gastric Bypass and Duodenal Switch: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 155 (5). WWW-dokumentti. <http://annals.org/article.aspx?articleid=747095>. Päivitetty 6.9.2011. Luettu 10.4.2015.

Storvik-Sydänmaa, Stina, Talvensaari, Helena, Kaisvuo, Terhi & Uotila, Niina. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 1. PDF-dokumentti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.11.2015.

Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuosituks 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. PDF-dokumentti. [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuosituks\\_et\\_2014\\_fi\\_web.3.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuosituks_et_2014_fi_web.3.pdf). Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2015.

Tolonen, Pekka 2008. Laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity – primary, intermediate, and long-term results including quality of life studies. University of Oulu. PDF-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514288722/isbn9789514288722.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 2.4.2015.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Zijlstra, Hanna, van Middendorp, Henriët, Devaere, Lieselot, Larsen, Junilla K, van Ramshorst, Bert & Geenen, Rinie 2012. Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health* Vol. 27, No. 12, 1375–1387. PDF-dokumentti.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d39907d7-28e5-4b59-855f-c2b2a8f142db%40sessionmgr4001&vid=3&hid=4106>.

Ei päivitystietoa. Luettu 5.4.2015.





**Haastattelurunko lihavuuden takia ensikäynnille tulevan haastatteluun**

**HAASTATTELURUNKO LIHAVUUDEN TAKIA ENSIKÄYNNILLE TULEVAN HAASTATTELUUN**

**1. Miten koette oman vointinne ja terveydentilanne tällä hetkellä? Tiedättekö, miksi teille on kirjoitettu lähete tänne poliklinikalle?**

*(Yritetään saada selville potilaan oma käsitys tilanteesta, ja kokeeko hän lihavuuden olevan ongelma.)*

**2. Potilaan lääkelistan ajantasaisuus tarkistetaan.** Käydään läpi, mitkä lääkkeet ja annostukset ovat potilaalla käytössä. Kysytään myös, onko käytössä luontaistuotteita. Mahdolliset poikkeavuudet kirjataan lääkelistaan.

**3. Perusmittaukset:**

paino:

pituus:

BMI:

vyötärönympäryys:

verenpaine:

syke:

**4. Kertoisitteko nykyisistä elintavoistanne: Tupakoitteko? Millaista on alkoholin käyttönne? Kertoisitteko liikuntatottumuksistanne? Entä ruokailutottumuksenne ja ateriarytminne?** *(Tupakoivilta kysytään määrää. Selvitetään alkoholin käytön määrä ja mitä yleensä juo. Kysytään arki- ja harrasteliikunnasta. Ruokailutottumuksissa keskitytään ateriarytmiin ja ruokailujen ajoittumiseen. Nostetaan potilaan kertomasta positiiviset asiat esiin ja lähdetään siitä ohjauksessa liikkeelle. Ohjataan sen mukaan, mitä potilas tarvitsee ja on valmis vastaanottamaan.)*

**Haastattelurunko lihavuuden takia ensikäynnille tulevan haastatteluun**

**5. Oletteko aikaisemmin tehneet elintapamuutoksia tai saaneet painoanne putoamaan oleellisesti? Miten ja kuinka paljon? Millaista apua olette saaneet? Oletteko käyneet ravitsemusterapeutilla?** *(Pyritään kartoittamaan, millaista tukea ja ohjausta potilas on saanut läheisiltä sekä terveysalan ammattilaisilta. Jos potilas ei ole käynyt ravitsemusterapeutilla ja hoito jatkuu, tehdään lähete.)*

**6. Onko teillä lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia tai terveysongelmia, jotka voisivat liittyä lihavuuteen? / Onko verenpainetauti ja/tai diabetes hoitotasapainossa?** *(Jälkimmäinen kysymys kysytään, jos potilaalla on verenpainetauti tai diabetes. Jos potilaalla ei ole tietoa liitännäissairauksista, hänelle kerrotaan niistä ja realisoidaan samalla lihavuuden riskejä.)*

**7. Oletteko miettineet mahdollisia tavoitteita ja syitä elintapojen muutokselle? Millainen on painotavoitteenne? Mikä voisi olla ensimmäinen välitavoite ja mikä pitkän aikavälin tavoite tässä prosessissa?** *(Potilaan kanssa yhdessä pohditaan, miten nykytilanteesta lähdetään tavoittelemaan realistisia välitavoitteita ja pitkän aikavälin tavoitetta.)*

**8. Oletteko saaneet vertaistukea tai tiedättekö, mistä sitä voi saada?**