

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Meiju Lahtinen

Paula Pieninkeroinen

POTILASOPAS LIHAVUUSKIRURGISILLE POTILAILLE

Opinnäytetyö 2014

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

LAHTINEN, MEIJU

PIENINKEROINEN, PAULA

Potilasopas lihavuuskirurgisille potilaille

Opinnäytetyö

28 sivua + 2 liitetiedostoa

Työn ohjaaja

Koulutusjohtaja Päivi Mäenpää

Toimeksiantaja

Carea

Syyskuu 2014

Avainsanat

lihavuus, leikkaushoito, potilasohjeet

Lihavuus on yleistynyt Suomessa huomattavasti. Yli puolet suomalaisista aikuisista on vähintään ylipainoisia ja joka viides puolestaan voidaan luokitella lihavaksi. Pohjoismaihin verrattuna suomalaisten lihavuus on kaikista yleisintä. Lihavuuden yleistymisen myötä myös lihavuusleikkauksien määrä on lisääntynyt.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on perehtyä luotettavaan lihavuuskirurgiseen tietoon ja sen pohjalta laatia selkeä, helppolukuinen ja informatiivinen potilasopas. Tarkoituksena on tehdä yhteistyötä lihavuuskirurgisen potilaan hoitoprosessiin osallistuvien eri ammattihenkilöiden kanssa, jotta potilasoppaasta tulisi asiallinen ja kattava. Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan kanssa. Potilasopas kattaa koko lihavuuskirurgisen potilaan pitkän hoitoprosessin ja se tullaan antamaan kaikille Kymenlaakson keskussairaalassa leikattaville lihavuuskirurgisille potilaille hoitoprosessin alussa.

Käytämme opinnäytetyössämme menetelmänä sisällön analyysiä löytääksemme luotettavaa ja ajankohtaista tietoa aiheesta. Sisällön analyysi on menettelytapa, jota voidaan käyttää apuna dokumenttien systemaattiseen ja objektiiviseen tarkasteluun. Sisällön analyysillä saadaan tutkittavasta asiasta yleisessä ja tiivistetyssä muodossa oleva kuvaus kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

LAHTINEN, MEIJU

PIENINKEROINEN, PAULA

Bachelor's Thesis

Supervisor

September 2014

Keywords

Patient Guide for Obesity Surgery Patients

28 pages + 2 Appendices

Päivi Mäenpää, Director of Education

Obesity, surgical treatment, patient guidelines

Obesity has become more common in Finland. Over half of Finnish adults are at least overweight, and one in every five, in turn, can be classified as fat. In Finland, compared with the other Nordic countries, obesity is most common. Obesity has also increased the amount of obesity surgeries.

The aim of this thesis is to familiarize with obesity surgery, on the basis of reliable information and to draw up a clear, readable and informative guide for the patient as well as to cooperate with various professionals participating in the obesity surgery process on issues related to the obesity surgery patient's guide. This thesis was carried out in collaboration with Kymenlaakso Central Hospital.

The patient guide covers the whole long process of the obesity surgery and patient care and will be handed to all obesity surgery patients at Kymenlaakso Central Hospital at the beginning of the process. In this thesis we use the method of content analysis to find reliable and current information.

Content analysis is a procedure that can be used as an aid in the systematic and objective analysis of documents. Content analysis will analyse the matter in general and the concentrated form of the description without losing information.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO JA TAVOITTEET	6
2	LIHAVUUS	7
3	LIHAVUUSKIRURGIA	9
	3.1 Leikkauskriteerit	9
	3.2 Ravitseminen ennen leikkausta	10
	3.3 Lihavuuskirurgisen potilaan anestesia	10
	3.4 Lihavuuskirurgiset leikkausmenetelmät	11
4	SEURANTA TOIMENPITEEN JÄLKEEN	13
5	MAHDOLLISET KOMPLIKAATIOT	14
6	RAVITSEMUS JA LIIKUNTA LIHAVUUSLEIKKAUKSEN JÄLKEEN	15
7	LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN	17
8	LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN HOITOPOLKU CAREASSA	18
9	POTILASOPAS	19
	9.1 Kirjoitusasu	20
	9.2 Otsikot ja teksti	20
	9.3 Ulkoasu	21
	9.4 Potilasoppaan laadinta lihavuuskirurgisille potilaille	21
10	SISÄLLÖN ANALYYSI	22
11	POHDINTA	23
	11.1 Luotettavuus	24
	11.2 Hyödynnettävyys	24
	LÄHTEET	25
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimustaulukko	

## Liite 2. Potilasopas

## 1 JOHDANTO JA TAVOITTEET

Lihavuus on yleistynyt Suomessa huomattavasti. Lihavuus on lähtenyt miehillä nousuun 1970-luvulta ja naisilla 1980-luvulta lähtien. Yli puolet suomalaisista aikuisista on vähintään ylipainoisia eli heidän painoindeksi (BMI) on vähintään 25. Joka viides puolestaan voidaan luokitella lihavaksi, jolloin BMI on vähintään 30. Miehiä, joiden BMI on 30 tai enemmän, on 20 % aikuisista suomalaisista. Naisista lihavia on 19 %. (Lihavuuden yleisyys Suomessa.)

Kun suomalaisten lihavuutta verrataan lihavuuteen muissa Euroopan maissa, voidaan todeta, että lihavuus on Suomessa hieman keskitasoa yleisempää, mutta harvinaisempaa kuin Etelä-Euroopassa tai Isossa-Britanniassa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna, suomalaisten lihavuus on kaikista yleisintä. (Lihavuuden yleisyys Suomessa.)

Vuonna 2007 Suomessa tehtiin vain 120 lihavuusleikkausta. Lihavuusleikkausten määrä kasvaa Suomessa jatkuvasti ja vuonna 2013 lihavuusleikkauksia tehtiin jo 888 (Lihavuusleikkausten nykytilanne Suomessa. 2014). Suomessa lihavuuskirurgiaa toimitetaan erittäin vähän verraten muihin maihin. Esim. Ruotsissa tehdään vuosittain yli 2000 lihavuusleikkausta. Yhdysvalloissa vastaava luku on 205 000 lihavuusleikkausta vuodessa. (Victorzon 2008.)

Lihavuus aiheuttaa ja edistää monia pitkäaikaissairauksia sekä kuormittaa terveydenhuoltoa ja aiheuttaa suuria kustannuksia. Noin 1,4 – 7 % kaikista Suomen terveystieteistä johtuu lihavuudesta. Riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, astmaan, uniapneaan, masennukseen, kihtiin, dementiaan, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, useisiin syöpiin ja sappi- ja haimasairauksiin on lisääntynyt lihavuuden myötä. Kun painoindeksi on yli 30, kuolleisuusvaara kasvaa selvästi. Lihavuus ja sen liitännäissairaudet heikentävät elämänlaatua, fyysistä toimintakykyä sekä työkykyä. (Lihavuus heikentää terveyttä.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on laatia lihavuuskirurgisille potilaille potilasopas, joka kattaa koko hoitoprosessin. Potilasopas tehdään yhteistyössä Carean kanssa, ja se tulee jaettavaksi kaikille Kymenlaakson keskussairaalaan hoitoon tuleville lihavuuskirurgisille potilaille. Aihe on ajankohtainen, koska lihavuuskirurgiset toimenpiteet yleistyvät niin Careassa kuin myös koko Suomessa ja lihavuus on erittäin suuri terveydellinen ongelma koko maailmassa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteina on perehtyä luotettavaan lihavuuskirurgiseen tietoon, laatia selkeä, helppolukuinen ja informatiivinen potilasopas sekä tehdä yhteistyötä lihavuuskirurgisen potilaan hoitoprosessiin osallistuvien eri ammattihenkilöiden kanssa liittyen potilasoppaan sisältöön. Tietoa lihavuuskirurgiasta on tarkoitus hankkia alan kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista. Käytämme opinnäytetyössämme menetelmänä sisällön analyysiä, löytääksemme luotettavaa ja ajankohtaista tietoa aiheesta.

## 2 LIHAVUUS

Lihavuudella tarkoitetaan normaalia suurempaa kehon rasvakudoksen määrää. Kun ihminen lihoo, syntyneestä ylipainosta rasvaa on 75 %. Loput 25 % koostuu ns. rasvattomasta kudoksesta, kuten suurentuneista sisäelimestä, suurentuneesta verimäärästä sekä vahvistuneista alaraajojen lihaksista. (Mustajoki 2007, 80.) Lihavuus on aina riski ja se lisää alttiutta sairastua sen ns. liitännäissairauksiin, joita ovat verenpainetauti, tyypin 2 diabetes, metabolinen oireyhtymä, obstruktiivinen uniapnea, astma sekä aivoinfarkti ja -verenvuoto. Lihavuudesta seuraa myös paljon fysiologisia muutoksia. Sydämen iskutilavuus ja minuuttivirtaus suurentuvat, paine lisääntyy vatsaontelossa, keuhkoissa ja palleassa, maksan toimintahäiriöt mahdollistuvat ja maksa rasvoittuu sekä kirurgisten komplikaatioiden riski kasvaa sekä kanylointi ja puudutukset vaikeutuvat. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 19.) Runsas ylipaino voi johtaa myös ennenaikaiseen kuolemaan (Fleisher 2013, 283).

Syitä lihavuudelle on monia, mutta se johtuu kuitenkin aina siitä, että kaloreita saadaan ruuasta enemmän kuin energiaa kulutetaan. Yhteiskuntamuutokset ovat suuressa roolissa siinä, että epätasapaino energian saannin ja kulutuksen välillä syntyy herkemmin kuin aikaisemmin. Energian kulutusta pienentää ruumiillisen työn sekä arki liikunnan väheneminen sekä istuvan elämäntavan lisääntyminen. Ihmiset mm. katsovat paljon televisiota, käyttävät tietokonetta ja kulkevat matkat autolla. Ruuasta saadaan runsaasti kaloreita, koska monissa ruuissa on paljon rasvaa. Lisäksi on alkanut syntyä ns. napostelukulttuuri, eli esim. tv:tä katsellessa syödään aina jotakin. Myös perheiden yhteiset ruokailuhetket ovat vähentyneet. Lihavuutta edistävät tekijät, kuten stressi, vähentynyt yöuni ja erilaiset psyyken häiriöt ovat myös lisääntyneet vuosien saatossa. (Mustajoki 2013.)

BMI:n eli painoindeksin mukaan pystyy määrittämään lihavuuden tason. Normaali painoisen ihmisen BMI on 18,5–25, ylipainoisen BMI on 25–30, merkittävästi lihavan 30–35, vaikeasti lihavan 35–40 ja sairaalloisen lihavan yli 40. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 281.) BMI eli bodymassindex eli painoindeksi tarkoittaa pinta-alaan suhteutettua painoa. Aikuisen normaalipainon ylärajaksi on maailmanlaajuisesti määritetty 25 kg/m<sup>2</sup>. Tutkimukset osoittavat, että sen ylittyessä monien sairauksien vaara lisääntyy. BMI lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 294.)

BMI:n lisäksi lihavuutta voidaan arvioida mittaamalla vyötärön ympäryys. Se antaa käsitteen keskivartalolihavuudesta, joka on myös altistava tekijä monille sairauksille. Mittaus toteutetaan seisten. Oikea mittauskohta on lonkkaluun korkeimman kohdan ja alimman kylkiluun välinen pehmeä alue. Mittaus on suoritettu oikein, kun mittanauha kulkee pehmeiden kohdan päältä kummassakin kyljessä. Vyötärön ympäryksen normaali raja on miehillä 90 cm ja naisilla 80 cm. Kun miehillä vyötärön ympäryys on yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm, puhutaan vyötärölihavuudesta. (Mustajoki 2013.)

Suomalaisista aikuisista miehistä ylipainoisia on kaksi kolmasosaa ja naisista hieman yli puolet. Merkittävästi lihavia (painoindeksi vähintään 30 eli 12–15 kilon ylipaino) sekä miehistä että naisista on kaksi kymmenestä. Teini-ikäisistä ylipainoisia on noin 15 – 20 %. Vuonna 2000 lihavia miehiä oli 70 prosenttia ja naisia 30 prosenttia enemmän kuin vuonna 1980. Myös nuorten lihavuuden määrä on 2–3-kertaistunut. Lihavuuden lisääntyminen on kaikkialla maailmassa suuri kansanterveyden ongelma. (Mustajoki 2013.) Miljoona Yhdysvalloissa asuvaa ihmistä on ylipainoisia. Aikuisväestöstä ylipainoisia on 65 %. (Fleisher 2013, 283.)

Kun lihavuutta aletaan hoitaa, täytyy ensin selvittää, mitkä asiat ovat johtaneet henkilön ylipainoisuuteen. Samalla selvitetään lihavuuteen liittyvät mahdolliset sairaudet ja riskit. Lihavuuden hoitomuodon valintaan vaikuttavat lihavuuden vaikeusaste. Liikunta ja ruokavalio ovat pääsääntöinen hoitomuoto lievän lihavuuden hoidossa. Erittäin niukkaenergistä ruokavaliota, lääkehoitoa ja kirurgista hoitomuotoa voidaan käyttää vaikeamman lihavuuden hoidossa. Lihavuuden hoitamisessa on tärkeää, että potilas on motivoitunut ja ymmärtää, että painonhallintaan liittyvät elämäntapamuutokset tulisivat olla pysyviä. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2005, 384 – 385.) Lihavuusleikkauksesta ei ole hyötyä, jos potilas ei ole motivoitunut syömistottumusten ja elämäntapojen



muutokseen. (Dudek 1994, 96). Laihdutusleikkauksen avulla paino voi tippua jopa 35 – 40 prosenttia koko kehon painosta ja usein tulos on pysyvä. Laihdutusleikkauksen jälkeen mahan tilavuus pienenee, jolloin ruokailutottumuksia on muutettava rajusti. Potilaalle tulee kertoa tarkasti muutokset ruokavaliassa jo ennen leikkausta. Tällöin potilas tietää mihin hän sitoutuu ja osaa valmistautua suureen muutokseen. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 131 – 132.)

### 3 LIHAVUUSKIRURGIA

Jo 1950-luvulta alkaen lihavuutta on hoidettu kirurgisesti (Ikonen, Anttila, Gylling, Isojärvi, Koivukangas, Kumpulainen, Mustajoki, Mäklin, Saarni, Saarni, Sintonen, Victorzon & Malmivaara 2009, 46). Suomessa lihavuusleikkauksia tehdään kaikissa yliopistosairaaloissa sekä useissa keskussairaaloissa. Vuonna 2013 888 potilaan lihavuutta hoidettiin lihavuusleikkauksella Suomessa. Lihavuuden leikkaushoidon pitkäaikaistulokset ovat huomattavasti konservatiivista hoitoa paremmat. Suurin hyöty lihavuusleikkauksilla saavutetaan, kun lihavuuden aiheuttamat oheissairaudet vähentyvät ja potilaan elämänlaatu paranee. (Sane 2013.) Lihavuusleikkauksen jälkeen paino laskee merkittävästi enemmän kuin pelkällä ruokavaliolla laihduttaessa (Mustajoki 2007, 201).

#### 3.1 Leikkauskriteerit

Kriteereinä lihavuusleikkaukseen pääsyyn ovat vähintään viisi vuotta kestänyt lihavuus ja ennen leikkausta tuloksellisesti läpi käyty terveydenhuollon painonhallintahoito. Painonpudottamisen tarkoitus on maksan rasvapitoisuuden ja koon pienentäminen (Färkkilä, Isoniemi, Kaukinen & Puolakkainen 2013, 429). Potilas on iältään 20–65-vuotias, mutta yläikäraja on liukuva, koska potilaan yleisellä terveydentilalla on myös suuri merkitys. Potilaan BMI on yli 40 tai vaihtoehtoisesti BMI on 35, mutta potilaalla on lihavuuteen liittyvä oheissairaus, kuten lääkehoidollinen diabetes, CPAP-hoitoa edellyttävä uniapnea, lääkehoidollinen hypertensio tai vaikea tuki- ja liikuntaelinsairaus. (Sane 2013.)

Potilaan pitää myös täyttää yleiset leikkauskelpoisuuden kriteerit ja kyetä muuttamaan syömistottumukset leikkausta edellyttävällä tavalla sekä sopeutua henkisesti suureen

elämän ja minäkuvan muutokseen. Jos potilaalla on vaikea, hoitoa edellyttävä syömis-häiriö, alkoholiongelma, jokin vaikea yleissairaus, kuten maksakirroosi, munuaisten vajaatoiminta, vaikea sydänsairaus tai vuoto- ja infektioriskiä lisäävä sairaus, yläruu-ansulatuskanavan sairaus, epävaka psykiatrinen sairaus, pysyvä tulehduskipulääkkeiden käytön tarve tai potilas ei ole pystynyt laihtumaan konservatiivisessa hoidossa, ei lihavuusleikkausta suoriteta. (Sane 2013.)

### 3.2 Ravitseminen ennen leikkausta

Kun leikkauspäätös on tehty, potilaan täytyy ennen leikkausta laihtuttaa 3 – 4 prosenttia kehonsa painosta ja se tapahtuu noudattamalla ene-ruokavaliota. Ene-ruokavaliolla tarkoitetaan erittäin niukkaenergistä ruokavaliota, jota noudatetaan 4–8 viikkoa ennen leikkausta ja sen avulla paino putoaa 1,5–2 kiloa viikossa.

Erittäin niukkaenergisellä dieetillä saa syödä korkeintaan 800 kilokalorin verran päivässä ja kaikki päivän ateriat korvataan valmisteilla, jotka on suunniteltu niin, että vähäisestä energiamäärästä huolimatta ne sisältävät riittävästi kaikkia tarvittavia ravintoaineita. Valmisteiden lisäksi voidaan syödä 200 kilokalorin verran kasviksia. (Aro ym. 2005, 129 – 130.) Ene-dieetistä potilaalle kertoo ravitsemusterapeutti, joka samalla ohjaa potilasta ene-hoidossa ja valvoo ruokavalion toteutusta. (Carea 2013b.) Ene-ruokavaliota voidaan toteuttaa yksilöllisesti, mutta useimmiten se tapahtuu ryhmissä. (Aro ym. 2005, 388 – 389). Potilaan täytyy pitää myös ruokapäiväkirjaa syömisistään, jotta nähdään, onko potilaan ruokavalio kunnossa. (Carea 2013b.)

### 3.3 Lihavuuskirurgisen potilaan anestesia

Lihavuudesta johtuen, anestesiaan liittyy hieman erityispiirteitä. Potilaan kanylointi ja puudutukset vaikeutuvat johtuen runsaasta rasvakudoksesta. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkamaa & Katomaa 2013, 281.)

Potilas kytketään perusmonitoriin, jonka avulla seurataan hänen elintoimintojaan anestesian ja toimenpiteen aikana. Verenpainetta mitataan joko invasiivisesti tai non-invasiivisesti. Invasiivisessa verenpaineen mittauksessa mittaus tehdään suoraan valtimosta ja non-invasiivisessa epäsuorasti ihon päältä (Iivanainen & Syväoja 2008, 577). Invasiivisesti verenpainetta seurataan, jos potilas on monisairas tai non-invasiivinen mittaus ei onnistu suuren ylipainon takia. Toimenpiteen aikana on varau-

duttava mahdolliseen verenpaineen laskuun. Jos verenpaine laskee toimenpiteen aikana, se johtuu todennäköisesti siitä, että leikkausasento ja iso vatsa painavat alaonttolaskimoa. Jos näin käy, potilasta kallistetaan 15 astetta vasemmalle ja hoidetaan verenpainetta lääkkein. (Ilola ym. 2013, 427.)

Anestesian alussa lihavuusleikkauksessa oleva potilas saa antibioottiprofylaksian, minkä tarkoitus on siis ennaltaehkäistä infektion muodostumista. Lisäksi potilaan hyvästä esihapetuksesta on huolehdittava, koska vatsaontelon, keuhkojen ja pallean paine on lisääntynyt, hengitystyö on lisääntynyt ja hapen kulutus ja hiilidioksidin tuotanto on kasvanut. Sairaalloisen lihavaa potilasta intuboidessa voi ilmetä myös ongelmia vaikean hengitystien takia. (Ilola ym. 2013, 427.)

Leikkauksen aikana potilas on anti-Trendelenburgin asennossa, jolloin pääpuoli on alavartaloa ylempänä. Tässä leikkausasennossa laskimopaluu pienenee, sydämen esikuorma laskee ja minuuttivolyymi pienenee. Tämän seurauksena voi aiheutua potilaalle hypotensio eli verenpaine voi laskea. Myös laskimotukosten riski kasvaa, mutta potilaalla on käytössä antitromboosilääkitys ja antiemboliasukat tai -pumput. Anti-Trendelenburgin asento on hyvä myös hengityksen kannalta. Keuhkojen komplianssi paranee ja alveolit eli keuhkorakkulat pysyvät auki paremmin. Komplianssi kuvaa keuhkojen ja rintakehän venyvyyttä. (Larmila 2010.) Lisäksi kallonsisäinen paine laskee ja laskimopaluu aivoista suurenee. (Ilola ym. 2013, 191, 427.)

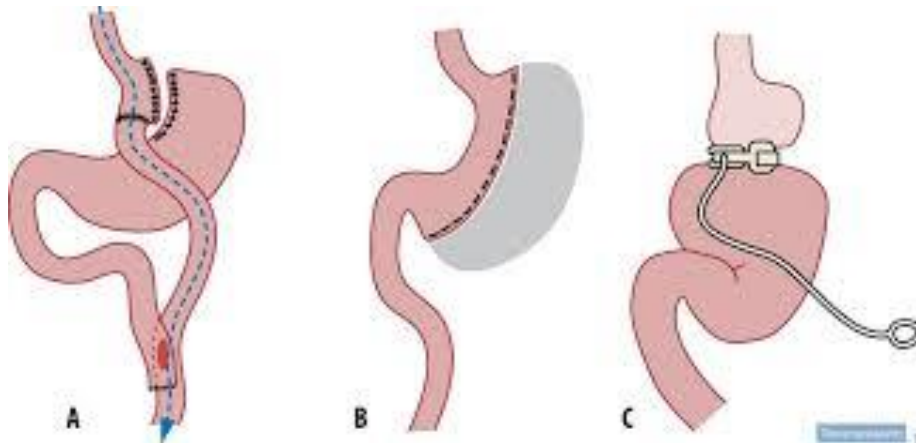
### 3.4 Lihavuuskirurgiset leikkausmenetelmät

Lihavuusleikkausten alkuaikoina leikkausmenetelmänä käytettiin ohutsuolen ohitusleikkausta. Siinä ohutsuoli lyhennettiin 45 cm:n pituiseksi. Ensimmäinen ohutsuolen ohitusleikkaus tehtiin vuonna 1952. Potilaat laihtuivat tehokkaasti, koska ohutsuolen ohitusleikkaus aiheutti ravintoaineiden imeytymishäiriön. Tämä toimenpide aiheutti myös potilaille pahoja haittoja, kuten ripulia, elektrolyyttihäiriön ja maksavaurion, joten siitä luovuttiin. Tämän toimenpiteen tilalle tuli mahalaukkuun kohdistuvat leikkaukset, joita tehdään edelleen. (Mustajoki 2007, 200; Ikonen ym. 2009, 46.)

Nykyisin eniten Suomessa sekä muualla maailmassa käytetty ja ensisijainen lihavuuskirurginen leikkausmenetelmä on mahalaukun ohitusleikkaus. Tässä leikkausmenetelmässä mahalaukun yläosasta muotoillaan pieni, 20–50 ml vetoinen mahalaukkusäiliö. Se täyttyy nopeasti ja ruoka kulkeutuu suoraan siihen yhdistettyyn jejunumiin eli

tyhjäsuoleen, joka on ohutsuolen yksi osa. Tämä aiheuttaa kylläisyyden tunteen. Ohutsuolen alkuosa ohitetaan, jolloin ravintoaineiden imeytyminen vähenee ja suolisto-  
tohormonien erityös voimistuu. (Färkkilä ym. 2013, 426.) Mahalaukun ohitusleikkaus on kuvattu kuvassa 1 kohdassa a.

Muita lihavuuskirurgisia leikkausmenetelmiä ovat mahapantaleikkaus ja mahalaukun kavennusleikkaus. Mahapantaleikkauksessa mahalaukun yläosan ympärille kiinnitetään silikonipanta, joka on noin sormen levyinen. Se sisältää nestettä ja lisäksi siitä kulkee täyttöletku vatsaontelon seinämään kiinnitettyyn säiliöön. Tämän menetelmän avulla pannaan kireyttä voidaan säädellä täyttösäiliön nestemäärää muuttamalla. Laihtumistulos on huonompi kuin muissa lihavuusleikkausmenetelmissä. Mahapantaleikkaus on kuvattu kuvassa 1. kohdassa c. Mahalaukun kavennusleikkauksessa mahalaukusta poistetaan suurin osa tekemällä pystysauma. Tämä leikkausmenetelmä perustuu siihen, että ruokamäärät pienenevät, koska kavennettu mahalaukku vetää vain 1–2 dl ruokaa kerralla. Ruuan kulku tapahtuu normaalisti mahalaukun kautta pohjukkais-  
suoleen. Tästä leikkausmenetelmästä ei ole pitkäaikaistuloksia. Kaikki lihavuusleikkaukset tehdään pääsääntöisesti tähytysleikkauksina. (Sane 2013.) Mahalaukun kavennusleikkaus on kuvattu kuvassa 1. kohdassa b. Leikkausmenetelmät ovat nähtävissä kuvasta 1.



Kuva 1. Lihavuuden leikkaushoito (Lihavuuden leikkaushoito - kuvat 2009)

Näistä leikkausmenetelmistä Kymenlaakson keskussairaala käyttää pääsääntöisesti mahalaukun ohitusleikkausta. Toisena menetelmänä käytössä on mahalaukun kavennusleikkaus.

#### 4 SEURANTA TOIMENPITEEN JÄLKEEN

Toimenpiteen lopussa testataan tehty suolisauma, käyttäen apuna paksua suu-mahaletkua ja varjoainetta. Jos sauma on pitävä, potilas saa aloittaa nesteiden nauttimisen. Ennen osastolle siirtoa heräämössä tehdään juomatesti. Jos testi ei aiheuta potilaalle kipua ja nieleminen sujuu, potilas siirtyy vuodeosastolle. Muussa tapauksessa otetaan yhteyttä kirurgiin. Huomioitavaa on, että lihavuusleikatulle potilaalle ei saa laittaa nenä-mahaletkua. (Ilola ym. 2013, 427.)

Leikkauspäivänä kaksi tunti leikkauksen jälkeen potilaalle ohjataan ylös nousu sekä PEP-pulloonpuhallukset. Jos potilaalla on ollut käytössä CPAP-laite, käyttävät he sitä neljä kertaa päivällä ja koko yön leikkauksen jälkeen. Jos potilas on diabeetikko, mitataan verensokeri 4–6 kertaa vuorokaudessa, ei-diabeetikoilta kerran aamuisin. Verenpaine, pulssi ja lämpö mitataan kahdesti työvuoron aikana. Virtsaus pitää myös huomioida, mutta virtsamääriä tai residuaalivirtsaa ei tarvitse seurata. Laskimopumput ovat käytössä siihen asti, kunnes potilas lähtee liikkeelle ensimmäisen kerran. Leikkauspäivänä potilas saa nauttia vettä tai mehua enintään 600 ml. Nestelistan täyttäminen ohjeistetaan potilaalle. (Carea hoitotyön toimintaohje 2013.)

Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilaasta otetaan verikokeita: PVK+T (perusverenkuva ja trombosyytit), CRP (tulehdusarvo) ja NTP (nestetasapainoa kuvaavia arvoja). Nesteitä potilas saa laskimonsisäisesti sekä suunkautta yhteensä 2000 ml vuorokaudessa. Potilas saa syödä niukkaenergistä ruokaa sen mukaan, mikä tuntuu hyvältä. Verenpaine ja pulssi mitataan kaksi kertaa työvuoron aikana. Vuorokaudessa mitataan verensokeri neljästi insuliinidiabeetikoilta, kahdesti tablettidiabeetikoilta ja kerran ei-diabeetikoilta. Sisätautien poliklinikalta tulee hoitaja tapaamaan diabeetikoi- ta ja varmistaa diabeteslääkityksen jatkamisen. Potilaita kannustetaan aktiiviseen mobilisaatioon, ja he saavat ja heidän täytyy liikkua osastolla itsenäisesti ja pitää kirjaa liikkumisestaan. PEP-pulloonpuhallukset jatkuvat. CPAP-laitetta käytetään samalla ohjeella kuin leikkauspäivänä leikkauksen jälkeen: neljä kertaa päivällä ja koko yön. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä potilaalle aloitetaan kalkkilääke, jossa on D-vitamiinia (Calsichew D3 Forte), ja monivitamiinivalmiste Multivita Plus. Nämä lääkkeet ovat käytössä koko loppuelämän ajan. Lisäksi ohjeistetaan Klexanen pistäminen kotiutusta ajatellen. Potilaan on myös mahdollista ottaa yhteyttä tukihenkilöön. (Carea 2013a.)

Toisena ja kolmantena postoperatiivisena päivänä potilaasta otetaan uudestaan samat verikokeet (PVK+T, CRP, NTP) kuin ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Ruokaa ja juomaa pitäisi tässä vaiheessa pystyä nauttimaan vähintään 2000 ml/vrk, jotta potilas voi kotiutua. Verenpainetta ja pulssia seurataan edelleen kahdesti työvuoron aikana ja verensokeria mitataan neljästi insuliinidiabeetikoilta, kahdesti tabletti-diabeetikoilta ja kerran ei-diabeetikoilta. Tässä vaiheessa kivunhoitoon ei enää käytetä opiaatteja. Potilas liikkuu osastolla, tekee PEP-pulloonpuhalluksia ja käyttää CPAP-laitetta sekä pitää päiväkirjaa näistä asioista. (Carea 2013a.)

Potilas kotiutuu 2. tai 3. postoperatiivisena päivänä. Mukaan hän saa reseptit, potilasohjeen ja sairaslomatoimistuksen. Lisäksi hänelle varataan kirurgian poliklinikalle aika, joka on noin kuukauden kuluttua. Potilas saa myös sisätautipoliklinikalta kortin, johon on kirjattu leikkauksen nimi ja kriittiset tiedot mahdollisten ongelmien varalta. (Carea 2013a.)

## 5 MAHDOLLISET KOMPLIKAATIOT

Leikkauksiin liittyy aina komplikaatoriski ja kaikki mahdollinen on tehtävä niiden estämiseksi. Komplikaatioita voi ilmaantua leikkauksen aikana sekä sen jälkeen. (Vaitinen 1996, 41.) Leikkausten haitoista, komplikaatioista ja niiden hoidoista on oltava kattavasti tietoa turvallisuuden saavuttamiseksi. (Victorzon, Mustajoki, Gylling, Anttila, Ikonen, Malmivaara & Koivukangas 2009.)

Lihavalla potilaalla komplikaatoriskit ovat suuremmat kuin normaalipainoisella potilaalla ja noin 10 prosentilla lihavuusleikatuista leikkaustulos jää huonoksi liian vähäisen laihtumisen tai komplikaatioiden takia. Leikatuista 10 prosentilla ilmenee myös välittömiä ja toipumisaikaa pidentäviä kirurgisia komplikaatioita. Noin 3 prosentille potilaista joudutaan tekemään välitön uusintaleikkaus verenvuodon tai sauman pettämisen vuoksi. Myöhemmin kirurgisia toimenpiteitä tarvitsee noin 10 prosenttia leikatuista potilaista. (Sane 2013.)

Lihavuusleikkauksen jälkeen suolisauman paranemisen häiriö, suolen puhkeama ja verenvuoto ovat tavallisimpia varhaisia komplikaatioita (Victorzon ym. 2009). Melko usein leikkauksen jälkeen potilailla esiintyy erilaisia vatsaoireita, mutta osa niistä kuuluu normaaliin leikkauksen jälkitilaan. Myös oksentelua ja ruoan takaisinvirtausta ruokatorveen saattaa esiintyä, jos ruoan nauttii liian nopeasti. Mahalaukun ohitusleik-

kauksen jälkeen myöhäiskomplikaatioista tavallisimpia ovat suoliston tukokset, jotka syntyvät kiinnikkeiden tai sisäisten tyrien vuoksi. Oireina ovat tavallisimmin pitkäaikainen suoliston toiminnan hidastuminen ja ajoittainen oksentelu. (Koivukangas & Puustola 2010.) Leikkauskomplikaatioina voi ilmetä myös verenvuotoa, nestetasapainon häiriöitä, sydämen rytmihäiriöitä, sokki, haavainfektio, laskimotukos, keuhkoveritulppa, sydämen toiminnanvajausta, sydänpysähdys, sydäninfarkti, keuhkokuume, atelektaasi, suolen lamaaneminen, ommelsauman peittäminen, virtsaumpi, suolentukkeuma, virtsatietulehdus, anafylaktinen reaktio tai psyykkinen häiriötila (Vaitinen 1996, 42).

## 6 RAVITSEMUS JA LIIKUNTA LIHAVUUSLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Tärkein asia uudistuneessa ruokavaliossa leikkauksen jälkeen on pienet ruokaannokset. Leikkauksen jälkeen voi syödä noin puoli desilitraa nestemäisiä ruokia kerrallaan eli erittäin vähän. Syömisen jälkeen täyttymisen tunne voi olla voimakasta, mutta annoskoko kasvaa hieman ajan myötä. Päivässä tulee syödä vähintään kuusi kertaa. Juomat nautitaan syömiskertojen välillä, jotta mahalaukku ei täyty ainoastaan juomista. Leikkauksen jälkeen syömisessä tulee kiinnittää huomiota myös ruoan huolelliseen pureskeluun ja rauhalliseen syömiseen. Leikkauksen jälkeen vältetään ruoansulatuskanavaa mahdollisesti tukkivia ruoka-aineita, kuten siemeniä, kuoria, jyviä, leseitä, sitrushedelmien kalvoja ja sitkeää lihaa. Myös sokerin kanssa kannattaa olla tarkkana, sillä etenkin mahalaukun ohitusleikkauksen jälkeen sokeri voi aiheuttaa dumping-oireita. Monille potilaille syntyy muuttuneesta ruoansulatuskanavan toiminnasta ja imeytymishäiriöistä johtuen vitamiinien ja kivennäisaineiden puutoksia, joten tarvitaan lisäksi monivitamiinivalmistetta koko elämän ajaksi. Puutoksia voi olla raudasta, folaatista, B12-vitamiinista, kalsiumista ja D-vitamiinista. Vitamiinien saannista, tarkkailusta ja ohjauksesta huolehtivat lääkäri sekä ravitsemusterapeutti. (Arffman ym. 2009, 133, 211.)

Dumping-oireet alkavat yleensä yllättäen. Dumping-oireita ovat huonovointisuus, oksentelu, röyhtäily, ripuli, kuumotus, hikoilu, heikotus, vapina ja sydämentykytys. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 127). Dumping-oireiden estämiseksi ruokailun on tapahduttava maltillisesti ja ruoka pureskeltava huolellisesti sekä lopettaa syöminen, kun tuntee olevansa täysi. Oireet syntyvät, kun syöty ruoka imee suoleen nestettä elimistöstä ja verensokeri laskee liian matalaksi. (Arffman ym 2009, 210.) Sydämenty-

kytykset johtuvat siitä, kun neste verenkierrossa vähenee. Ripuli aiheutuu suoliston venymisestä ja sen liikkeiden lisääntymisestä, jonka sulamaton ruoka saa aikaan. Äkillinen ohimenevä verensokerin lasku johtuu siitä, kun sokerin imeytyminen kiihtyy ja insuliinin erityis lisääntyy, koska mahan sisältö tyhjenee nopeasti. Yleensä verensokerin laskun oireet tulevat 1 – 2 tunnin kuluttua ateriasta ja huonovointisuus sekä ripuli ilmaantuvat yleensä 10 – 20 minuutin kuluttua ateriasta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 128.)

Leikkauksen jälkeen riittävä nesteytys on erittäin tärkeää. Se muun muassa ehkäisee suoliston tukkeutumista ja edistää paranemista. Potilailla onkin oltava leikkauksen jälkeen käytössään nestelista, jota potilas itse täyttää. Nestelistasta seurataan, että potilas saa riittävästi nestettä pienistä annoskooista huolimatta. Kotiutumisen jälkeen nestettä tulee juoda vähintään kaksi litraa vuorokaudessa. Leikkauksen jälkeen ensimmäisen kahden viikon ajan ruoan on oltava nestemäistä ja seuraavana kahtena viikkona sosemaista, eli kiinteää ruokaa voi alkaa varovasti kokeilemaan neljän viikon kuluttua leikkauksesta. (Affrman ym. 2009 133.)

Jo leikkauspäivänä potilas ohjataan nousemaan ylös ja kävelemään. Toipuminen on sitä nopeampaa, mitä enemmän ja aktiivisemmin potilas osastolla liikkuu. Leikkauksen jälkeen raskaampaa ponnistelua ja yli kolme kiloa painavien esineiden nostelua tulee välttää 2 – 3 viikon ajan. (Carea 2013b.)

Liikunnalla on tärkeä osa pysyvässä painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksessa. Oikeanlaisen ruokavalion kanssa liikunnan lisäämisellä on suuri merkitys painonpudotuksessa. Lihavuusleikkauksen läpi käyneet potilaat eivät ole välttämättä aikaisemmin harrastaneet aktiivisesti liikuntaa, joka on vaikeaa jo runsaan ylipainonkin takia. Painonpudotuksen kannalta liikunnan lisäämisellä onkin suuri hyöty etenkin silloin, jos liikuntaa on aikaisemmin harrastettu vain vähän tai kohtuudella. Parhaiten painonpudotukseen vaikuttavat edistävästi liikuntalajit, jotka kuluttavat paljon energiaa ja joissa suuret lihasryhmät joutuvat työskentelemään pitkään ilman taukoja. Tällaisia liikuntalajeja ovat esimerkiksi uinti, hiihto, aerobic ja hölkkä. Energiankulutusta voi lisätä harjoittelukertoja ja tehoa lisäämällä sekä pidentämällä harjoitusten kestoja. Jos peruskunto on huono, energiankulutusta kannattaa tehostaa tehon lisäämisen sijasta pidentämällä rauhallisen harjoittelun kestoja. (Ilander, Borg, Laaksonen, Mursu, Ray, Pethman & Marniemi 2006, 353 – 356.)



Liikunta tuo elämään säännöllisyyttä, rutiinia ja hyvänolontunnetta, jotka vaikuttavat myönteisesti myös ruokavalioon ja syömisenhallintaan. Liikuntaa ei saa jättää pois missään vaiheessa, koska painonpudotuksen jälkeen uudelleen lihomisen riski on erittäin suuri. Lihavuuden hoidon suurimpana haasteena pidetäänkin laihdutuksen jälkeistä painonhallintaa. Jos painonpudotuksen jälkeen palataan laihdutusta edeltäneeseen ruokavalioon, paino todennäköisesti nousee uudelleen. Siksi ravinnonsaantia on lisättävä harkiten ja varovasti, kun tavoitepaino on saavutettu. Jotta painon uudelleennousun riski olisi mahdollisimman pieni, painonhallintaruokavalion tulisi koostua ravitsemussuositusten mukaisesti. Liikunnan merkitys on suurempi painonhallintavaiheessa kuin painonpudotusvaiheessa, siksi sen jatkuva harrastaminen onkin tärkeää myös laihdutuksen jälkeen. (Ilander ym 2006, 359.) Kun potilaan lihavuuden liittännäissairaudet vähenevät, elämänlaatu paranee, työ- ja toimintakyky lisääntyy sekä potilas onnistuu pysyvässä laihtumisessa, voidaan sanoa, että leikkaushoidon tavoitteet ovat saavutettu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 165).

## 7 LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN

Jokaiseen toimenpiteeseen ja tutkimukseen liittyy omanlaisensa ohjaus. Tyypillisiä ohjauksen aiheita toimenpiteeseen tai leikkaukseen tulevalle ovat kipu, lääkitys, ravitsemus, erittäminen, liikunta, mobilisaatio, peseytyminen ja toimenpidealueen kasteleminen, mahdolliset komplikaatiot, toimintakykyisyys ja työkykyisyys, immobilisaatio, autolla ajaminen toimenpiteen jälkeen, jatkohoito ja lääkärin tai hoitajan tavoittaminen sekä yhteystiedot. Potilaan ohjaaminen on yksi keskeisimmistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Se on prosessi, joka tukee potilaan selviytymistä. Kyse on vuorovaikutuksesta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 241; Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 33.)

Kirurgisen potilaan kohdalla ohjauksen tarve korostuu, koska leikkaus tai toimenpide on usein pelottava ja fyysisesti rasittava kokemus. Ohjauksessa tulee muistaa huomioida myös potilaan läheiset. Ohjauksen ansiosta pelko ja ahdistus vähenevät, postoperatiiviset komplikaatiot vähenevät, potilas sopeutuu hoitoon paremmin, toipumisaika lyhenee, kivut vähenevät, leikkaukseen valmistautuminen paranee, potilas kykenee valmistautumaan leikkauksesta aiheutuviin muutoksiin ja palaaminen normaaliin päivittäiseen toimintaan käy nopeammin ja helpommin sekä perheen tuki lisääntyy. (Lukkari ym. 2010, 33.)

Ylipainoisen potilaan kanssa työskentelee moneen ammattiryhmään kuuluvia henkilöitä, ja kaikki ovat vastuussa potilaan ohjaamisesta. Potilaan kanssa työskentelee laihdutusohjaaja, lääkäri, ravitsemusterapeutti, psykologi, liikunnan ohjaaja tai fysioterapeutti sekä tietysti hoitohenkilökunta. Potilaan ohjaaminen antaa lihavuuden hoidolle pohjan. Tarkoitus on ohjata potilaita pysyviin muutoksiin elintavoissa. Sen avulla saavutetaan pysyvä hoitotulos. Lihavuuden hoidossa käytettäviä ohjausmenetelmiä on viisi: alustukset ja luennot, ohjeet ja neuvot, palaute käyttäytymisestä ja terveydestä, tekeminen, toiminta ja harjoittelu sekä kielellisen käyttäytymisen muuttaminen. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa 2006, 273–274, 276.)

Tuen tarve lihavuuskirurgisella potilaalla on erittäin suuri. Careassa lihavuuskirurginen potilas saa tukea monelta eri ammattiryhmän edustajalta. Psykiatrinen sairaanhoitaja vastaa psykososiaalisesta tuesta, endokrinologinen hoitaja somaattisesta tuesta ja ravitsemusterapeutti tuesta liittyen ruokavalioon ja sen muutoksiin. (Koskenheimo 2014.) Lisäksi lihavuuskirurgisia potilaita ohjataan hakemaan vertaistukea. Suomen lihavuusleikatut LILE ry on perustettu vuonna 2011 valvomaan ja edistämään lihavuusleikkattujen ja lihavuusleikkausta tarvitsevien etuja. LILE ry on vertaistukiyhdistys lihavuusleikatuille. LILE ry:n tarkoitus on edistää valtakunnallisella tasolla tasa-arvon ja hoidon toteutumista lihavuuskirurgista prosessia kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä. Lisäksi yhdistyksen tarkoitus on lisätä tietoisuutta lihavuusleikkauksista. (Suomen lihavuusleikatut LILE ry.)

## 8 LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN HOITOPOLKU CAREASSA

Lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolku on pitkä ja siihen osallistuu suuri joukko asiantuntijoita. Koko lihavuusleikkausprosessi kestää yli 2 vuotta ja potilas sitoutuu elinikäiseen seurantaan. (Carea 2012.)

Lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolku alkaa, kun endokrinologinen sairaanhoitaja, endokrinologi ja ravitsemusterapeutti selvittävät perusterveydenhuollon asiakkaana olevan liikalihavan henkilön leikkaushoidon edellytykset. Leikkaushoidon edellytyksien selvittämiseen kuuluvat muun muassa lähetteen käsittely, haastattelut ja tutkimukset. Leikkauksen harkinta-aika on vähintään 6 kuukautta, jonka aikana potilaan täytyy muuttaa terveystottumuksiaan ja laihduttaa ene-ruokavalion avulla 3 – 4 prosenttia kehonsa painosta sekä valmistautua leikkauspäätökseen ja leikkauksen jälkeiseen elämäntapamuutokseen. Terveystottumuksien muuttamisessa potilasta auttavat,

ohjaavat ja hänen tukena ovat ravitsemusterapeutti sekä tukihenkilö tai tukiryhmä. (Carea 2012.)

Leikkauksen harkinta-aikana kirurgi tekee potilaalle gastrokopian eli mahalaukun tähystyksen. Gastroskopia tehdään, jotta varmistutaan siitä, että potilaalla ei ole helicobakteeria. Jos helicobakteeri löytyy, se hoidetaan ennen leikkausta. Samalla kirurgi näkee, minkä kokoinen potilaan mahalaukku on. (Carea 2012.)

Endokrinologi arvioi valmisteluvaiheen ja sen täytyvätkö leikkaushoidon kriteerit. Jos kriteerit eivät täyty, siitä kerrotaan potilaalle niin, että hän ymmärtää, miksi hän ei pääse leikkaukseen ja siirtyy takaisin perusterveydenhuollon seurantaan. Jos leikkaushoidon kriteerit täyttyvät, kirurgi arvioi leikkauksekelpoisuuden ja päättää leikkausmenetelmästä. Potilaalle ilmoitetaan leikkauspäätöksestä viimeistään viisi viikkoa ennen leikkausta. Leikkauspäätöksen saatuaan potilas toteuttaa ravitsemusterapeutin ohjauksessa preoperatiivista enene-ruokavaliota 4 – 8 viikkoa ennen leikkausta, minkä avulla hän laihtuu leikkaushoitoon pääsyyn vaadittavan määrän. Potilas on sitoutunut myös leikkauksen jälkeisen ruokavalion ja lääkityksen noudattamiseen. (Carea 2012.)

Kirurgi suorittaa leikkauksen, johon potilas saapuu leiko-yksikön kautta. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämön kautta vuodeosastolle, jossa vuodeosaston henkilökunta vastaa potilaan ravitsemus-, lääkehoidon ja kuntoutuksen toteuttamisesta. Vuodeosastolta potilas kotiutuu 1.–3. leikkauksen jälkeisenä päivänä. Kotiutumisen jälkeen potilaan polikliinisestä jälkiseurannasta vastaa kirurgi kolme kuukautta leikkauksesta. Kolmen kuukauden jälkeen vastuu polikliinisestä jälkiseurannasta siirtyy endokrinologille, joka vastaa jälkiseurannasta siihen asti, kunnes leikkauksesta on kulunut kaksi vuotta. Potilas tapaa ravitsemusterapeuttia ohjaus- ja seurantakäynneillä 1, 3, 6, 12 ja 24 kuukautta leikkauksesta. Kun leikkauksesta on kulunut kaksi vuotta, potilas siirtyy takaisin perusterveydenhuollon seurantaan. (Carea 2012.)

## 9 POTILASOPAS

Potilasohjeet ja -oppaat antavat opastusta ja neuvontaa potilaille. Potilasoppaan tarkoitus on ohjata potilasta suullisen ohjauksen lisäksi sekä huomioida potilaiden tarpeet saada tietoa. Potilasopasta tehtäessä on aina huomioitava se, millaiselle potilasryhmälle opasta tehdään ja sisällyttää siihen tälle potilasryhmälle kuuluvia asioita. Tekstin potilasoppaassa pitää olla asiallista ja selkokielistä. Selkeiden ohjeiden lisäksi poti-

lasoppaaseen on hyvä kirjoittaa perusteluja. Hyvien perustelujen avulla potilas pystyy toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan, koska tietää tarkalleen, mikä menettelytapa on hyväksi ja mikä ei. Lisäksi perusteluilla ja selityksillä varmistetaan sitä, että potilas varmasti ymmärtää saamansa opastuksen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–36, 38.)

## 9.1 Kirjoitusasu

Lukijan pitää ymmärtää heti ensimmäisellä vilkaisulla, että opas on tarkoitettu juuri hänelle. Oppaan ensimmäisestä otsikosta sekä virkkeestä tulee selvitä, mistä oppaassa on kysymys. Käskymuotoon kirjoitettuja ohjeita tulee välttää, koska käskymuoto saa lukijan tuntemaan olonsa mitään ymmärtämättömäksi ja tyhmäksi. Se ei edistä hyvää hoitosuhdetta. Ohjeen ja oppaan luonne voi olla käskevä, mutta ohjeet siinä eivät saa olla käskymuotoon kirjoitettuja. (Torkkola ym. 2002, 36–37.)

Puhuttelu tavan tulee olla mietittynä etukäteen, ennen kuin varsinaisia ohjeita alkaa kirjoittaa. On mietittävä sinutteleeko, teititteleeko vai käyttäkö passiivimuotoa. Teitittely on aina parempi vaihtoehto kuin sinuttelu, varsinkin jos on yhtään epävarma siitä, miten potilaat sinutteluun suhtautuvat. Passiivimuodon käyttäminen ei välttämättä ole hyvä tapa, koska se ei puhuttele suoraan potilasta eikä saa potilasta tuntemaan sitä, että oppaan ohjeet ovat juuri häntä varten tehtyjä. (Torkkola ym. 2002, 37.)

Potilasohjeiden ja oppaiden tekemisessä on hyvä kirjoittaa asioita tärkeysjärjestyksessä aloittaen tärkeimmästä asiasta. Kun tärkein asia on kerrottu heti oppaan alussa, potilas saa kuvan, että tekstin tekijä arvostaa häntä lukijana. Kun teksti saa heti alussa lukijan huomion, opas tulee luettua loppuun asti. Tekstin voi myös kirjoittaa aikajärjestyksessä. (Torkkola ym. 2002, 39, 42.)

## 9.2 Otsikot ja teksti

Otsikot ja väliotsikot ovat tekstin luettavuuden kannalta oppaan tärkeimpiä osia. Hyvä potilasopas alkaa otsikolla, joka kertoo oppaan aiheen. Väliotsikot puolestaan jakavat tekstiä sopiviin lukupaloihin. Väliotsikko kertoo myös lukijalle alakohdan olennaisimman asian. Ohjeissa ei tarvitse käyttää pitkiä sanakoukeroita vaan pitää muistaa, että myös yksinkertainen on kaunista. Yksittäinen sana tai sanapari toimii väliotsikkona erittäin hyvin. Väliotsikot ohjaavat lukijaa eteenpäin. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Oppaan varsinaisen tekstiosan pitää olla siis kirjoitettu havainnollisella yleiskielellä, joka on potilaalle ymmärrettävää. Ymmärrettävä kieli tarkoittaa myös hyvää suomea. Vieraskieliset ammattisanat pitää suomentaa. Kappalejako on myös tärkeä asia muistaa opasta tehdessä. Yhteen kappaleeseen sisällytetään vain yksi asiakokonaisuus. Virkkeiden pitää olla lyhyitä, koska pitkät virkkeet ovat vaikeampia ymmärtää kuin lyhyet. Opas ei kuitenkaan saa olla täynnä pelkkiä lyhyitä päälauseita, koska se tekee tekstistä huonoa. Tekstiä kirjoitettaessa, potilasta ei saa pitää liian yksinkertaisena. Yksinkertaisia asioita ei tarvitse selittää liian yksityiskohtaisesti. Oppaan loppuun on erittäin hyvä kerätä kaikki olennaiset yhteystiedot. (Torkkola ym. 2002, 42–52.)

### 9.3 Ulkoasu

Oppaan hyvä ja siisti ulkoasu palvelee oppaan sisältöä. Taitto eli tekstin ja kuvien asettelu on hyvän oppaan lähtökohta. Hyvin taitettu opas houkuttelee lukemaan sitä ja parantaa omalta osaltaan myös oppaan luettavuutta. Oppaassa voi olla myös tyhjää tilaa, koska se luo ilmavuutta oppaalle, mikä vaikuttaa myös luettavuuteen. Oppaan taittaminen alkaa asettelumallista. Sen avulla oppaaseen tulevat elementit, otsikot, kuvat, ja tekstit asetellaan paikoilleen. Tavallisesti potilasoppaat tehdään A4-arkeille joko vaak- tai pystyasennossa. Asettelussa pitää myös miettiä miten leveitä marginaaleja käyttää, monelle palstalle teksti asetellaan, mitä riviväliä käyttää jne. Kirjasintyyppiin eli fonttiin kannattaa myös kiinnittää huomioita, koska kirjainten pitää erottua selkeästi toisistaan. Jos joitakin kohtia oppaassa pitää korostaa, on lihavointi paras korostuskeino. (Torkkola ym. 2002, 53–59.)

### 9.4 Potilasoppaan laadinta lihavuuskirurgisille potilaille

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia A5-kokoinen potilasopas, joka tullaan antamaan kaikille Careassa hoidettaville lihavuuskirurgisille potilaille. Oppaassa teksti on tarkoitus kirjoittaa vaakatasoon, käyttäen kirjasintyyppinä Arial-fonttia. Fonttikoko tulee olemaan 12. Potilasoppaan kannesta tulee väriltään tummansininen. Oppaan kanteen ei tule mitään kuvaa, ainoastaan potilasoppaan otsikko, joka on Tietoa lihavuusleikkauksesta ja Carean logo. Oppaan tekstiä tullaan selkeyttämään otsikoin ja väliotsikoin. Pyrimme laatimaan oppaan niin, että se on selkeä, helppolukuinen ja informatiivinen. Aineisto potilasoppaaseen saadaan tiivistämällä teoriapohja sisällönanalyysin avulla, sekä huomioimalla Carean henkilökunnan mielipiteet.

## 10 SISÄLLÖN ANALYYSI

Sisällön analyysi on menettelytapa, jota voidaan käyttää työkaluna dokumenttien systemaattiseen ja objektiiviseen analysointiin. Dokumenteilla tarkoitetaan esimerkiksi kirjoja, lehtiä, dialogeja, raportteja, artikkeleja, puheita, keskusteluita, kirjeitä ja lähes mitä tahansa kirjallista materiaalia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Sisällön analyysillä saadaan tutkittavasta asiasta yleisessä ja tiivistetyssä muodossa oleva kuvaus kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Tutkituista tuloksista pitäisi pystyä muodostamaan johtopäätöksiä, mutta sisällön analyysillä kerätty aineisto saadaan kuitenkin vain järjestetty ja johtopäätöksiä ei välttämättä voi tehdä. Sisällön analyysissä etsitään tekstin merkityksiä ja sillä pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–106.)

Kun käytetään sisällön analyysiä, aineisto on käytävä läpi sekä eroteltava ja etsiä itseä kiinnostavat asiat aineistosta. Aineiston läpikäymisen jälkeen tutkimuskysymyksiin vastaavat ja mielenkiintoiset asiat tulee merkitä, erottaa muusta materiaalista ja luokitella sekä teemoittaa. Näistä asioista kirjoitetaan lopuksi yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Sisällön analyysi voidaan jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen sisällön analyysiin ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen sisällön analyysiin. Aineistolähtöinen sisällön analyysi jaetaan kolmivaiheiseksi prosessiksi, jossa ensimmäiseksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan, toiseksi aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan ja kolmanneksi luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan. Aineistolähtöisellä sisällön analyysillä saadaan tutkimustehtävään vastauksia yhdistelemällä käsitteitä. Teorialähtöisessä sisällön analyysissä aineiston luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen. Aikaisempi viitekehys voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Analyysiä ohjaa tässä tilanteessa jokin teema tai käsitekartta. Teorialähtöisessä sisällön analyysissä muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle luokitellaan tai kategorioidaan aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Tässä työssä on käytetty deduktiivista eli teorialähtöistä sisällön analyysiä. Aloitimme kokoamalla ja käymällä läpi suuren määrän mahdollisimman uutta lihavuuskirurgiaa ja potilasoppaan laadintaa käsittelevää materiaalia. Sen jälkeen valitsimme materiaaleista mielenkiintoisimmat ja oppaan kannalta tärkeimmät asiat. Aloitimme käymällä läpi perusasioita, kuten: mitä on lihavuus, kuinka yleistä on lihavuus ja leikkausmene-

telmät. Selvensimme myös yhdessä Kymenlaakson keskussairaalan henkilökunnan kanssa Carean lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolun. Syvensimme tietoaamme käymällä lisää kirjallisuutta läpi ja perehdyimme mm. leikkauskriteereihin, komplikaatioihin, seurantaan, ruokavaliohoitoon sekä elämään leikkauksen jälkeen. Tämän kaiken materiaalin läpikäymisen avulla syntyi lopulta opinnäytetyön runko ja sisältö. Opinnäytetyön teoriapohja on kirjoitettu luotettavaa ja aihetta käsittelevää kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia käyttäen. Lopuksi on tarkoitus tiivistää kirjoittamamme teorian pohjalta tiivis ja selkeä potilasopas lihavuuskirurgisille potilaille hyödyntäen aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, joissa on selvitetty, että millaisissa asioissa lihavuuskirurgiset potilaat tarvitsevat ohjausta ja mistä asioista he tarvitsevat tietoa.

## 11 POHDINTA

Valmiista oppaasta tuli A5-kokoinen ja kirjasintyyppinä käytettiin Arial 12:a. Oppaan nimeksi tuli lopulta Tietoa lihavuusleikkauksesta. Alun perin potilasopas oli nimetty opinnäytetyön nimen mukaan. Kansilehti on väriltään tummansininen, ja siinä lukee otsikko ja sivun alareunassa on Carean logo. Takasivulla lukee tekijöiden nimet. Sisällöllisesti oppaasta tuli selkeä. Käytimme otsikoita, jotka olivat tummennettuja. Lisäksi oppaassa on sisällysluettelo. Oppaan sivumääräksi tuli 6. Ulkonäöllisesti opas on hyvin yksinkertainen ja pelkistetty.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa ja opettavaista. Olimme tekemisissä lihavuuskirurgian ja siihen liittyvien asioiden kanssa ensimmäistä kertaa. Tiedon etsiminen oli mielekästä ja mielenkiintoista, koska aihe on melko tuore, vaikka lihavuus on ollut maailmanlaajuinen ongelma jo pitkään. Opinnäytetyötä tehdessä opimme erittäin paljon koko prosessin aikana. Tieto, jota haimme työtä varten oli täysin uutta myös meille. Tästä on hyötyä myös työelämässä, jos lihavuuskirurgisia potilaita tulemme kohtaamaan. Meitä yllätti, kuinka tarkka, pitkä ja vaativa lihavuuskirurgisen potilaan hoitoprosessi on niin potilaalle kuin myös hoitohenkilökunnalle. Lihavuuskirurgisten potilaiden parissa työskentelevän henkilön on oltava työssään vilpittömästi mukana. Halu auttaa ja ohjata lihavuuskirurgisia potilaita suuressa elämänmuutoksessa on avain asemassa.

## 11.1 Luotettavuus

Käytimme lähteenä luotettavaa ja mahdollisimman uutta alan kirjallisuutta, jota sisällyksen analyysin avulla tarkastelimme ja tiivistimme oppaaseen. Lisäksi olimme yhteydessä Kymenlaakson keskussairaalan henkilökuntaan ja kyselimme heiltä, mitä he oppaaseen toivoisivat laitettavan. Käytimme myös apuna lihavuuskirurgisen potilaan ohjaamiseen liittyviä tutkimuksia, joista kävi ilmi, että tiedontarve liittyy leikkausta edeltäviin tapahtumiin ja leikkaukseen liittyviin käytännön asioihin, leikkaukseen ja sen riskeihin ja erityisesti leikkauksen jälkeiseen elämään ja suuriin elämän muutoksiin leikkauksen jälkeen.

Kun saimme oppaan ensimmäisen version valmiiksi, lähetimme sen sähköpostilla Kymenlaakson keskussairaalan henkilökunnalle, jotka osallistuvat lihavuusleikkausprosessiin. Ensin sen tarkastivat sairaanhoitajat sekä ravitsemusterapeutit, jotka lähettivät meille korjausehdotukset ja palautteen. Teimme tarvittavat muutokset, ja sen jälkeen opas lähti tarkastukseen endokrinologille ja kirurgeille. Myös heidän mielestään oppaaseen piti vielä tehdä muutoksia. Teimme tarvittavat muutokset ja lähetimme valmiin version potilasoppaasta ja opinnäytetyöstä Kymenlaakson keskussairaalan henkilökunnalle sekä johtajaylihoitajalle. Opasta ei testattu potilailla ennen julkaisua.

## 11.2 Hyödynnettävyys

Tästä potilasoppaasta on suuri hyöty potilaalle. Ammattitaitoisen henkilökunnan antaman ohjauksen ja neuvonnan lisäksi potilaalla on nyt myös käytössään kirjallinen tietopaketti. Vaikka opas on pääasiassa suunnattu potilaalle, myös omaiset voivat hyötyä siitä saamalla luotettavaa tietoa lihavuusleikkauksesta ja siihen liittyvistä asioista.

Jatkossa voisi tutkia oppaan toimivuutta, koska sitä ei nyt testattu. Voisi mahdollisesti selvittää, toteuttavatko oppaan saaneet potilaat hoitoaan paremmin kuin ne, jotka eivät ole saaneet opasta.



## LÄHTEET

- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. 1. Painos. Helsinki: Edita.
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2005. Ravitsemustiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Carea. 2012. Lihavuusleikkauspotilas.
- Carea. 2013a. Lihavuuskirurgia. Hoitotyön toimintaohje.
- Carea. 2013b. Lihavuuskirurgia. Potilasohje.
- Dudek, S. 1994. Nutrition handbook for nursing practice. 1994. Philadelphia: Lippincott.
- Fleisher, L. 2013. Evidence-Based practice of anesthesiology. 3. painos. Philadelphia: Elsevier saunders.
- Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. 2013. Gastroenterologia ja hepatologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.–5. painos. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, T., Anttila, H., Gylling, H., Isojärvi, J., Koivukangas, V., Kumpulainen, T., Mustajoki, P., Mäklin, S., Saarni, S.I., Saarni, S.E., Sintonen, H., Victorzon, M. & Malmivaara, A. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino
- Ilander, O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. 2006. Liikuntaravitseminen. Lahti: VK-Kustannus Oy.
- Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Koivukangas, V. & Pustola, U. 2010. Keski-ikäisen naisen antibioottihoitoon reagoimaton vatsaonteloinfektio. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98736](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98736) [viitattu 10.2.2014].

Koskenheimo, J. Sähköpostitiedoksianto 7.2.2014. Kotka: Carea.

Larmila, M. 2010. Hengitysmekaniikka. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Terveystieteen internetsivut. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00017&p\\_haku=komplianssi](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00017&p_haku=komplianssi) [viitattu 22.1.2014].

Lihavuuden leikkaushoito - kuvat. 2009. Lääkärikirja Duodecim -internetsivut. Päivitetty 10.12.2009. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00237](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=ldk00237) [viitattu 13.2.2014].

Lihavuusleikkausten nykytilanne Suomessa. 2014. Lihavuus- ja metaboliakirurgian yhdistyksen internetsivut. Saatavissa: <http://www.limery.fi/index.php?mid=8&pid=31> [viitattu 14.5.2014].

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1-2. painos. Helsinki: WSOY.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino: tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P. 2013. Lihavuus. Duodecimin Terveyskirjaston internetsivut. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00042](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042) [viitattu 27.1.2014].

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus: Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.Y. 2006. Ravitseminen ja ruokavaliot. 6. uudistettu painos. Vammala: Dieettimedia Oy.

Sane, T. 2013. Lihavuuden leikkaushoito. Terveysportin internetsivut. Päivitetty 18.3.2013. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01408&p\\_haku=lihavuuskirurgia](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01408&p_haku=lihavuuskirurgia) [viitattu 31.1.2014].

Suomen lihavuusleikatut LILE ry. Saatavissa: <http://www.lile.fi/yhdistys#lileRy> [viitattu 10.2.2014].

THL. Lihavuus heikentää terveyttä. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen\\_lihavuusohjelma\\_2012\\_2015/luvut/heikentaa\\_terveytta](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/luvut/heikentaa_terveytta) [viitattu 11.2.2014].

THL. Lihavuus tulee kalliiksi. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen\\_lihavuusohjelma\\_2012\\_2015/luvut/tulee\\_kalliiksi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/luvut/tulee_kalliiksi) [viitattu 11.2.2014].

THL. Lihavuuden yleisyys Suomessa. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivut. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen\\_lihavuusohjelma\\_2012\\_2015/luvut/yleisyys\\_suomessa](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/luvut/yleisyys_suomessa)[viitattu 11.2.2014].

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Vaittinen, E. 1996. Kirurgia. Helsinki: WSOY

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2012. Ravitsemushoito suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Victorzon, M. 2008. Lihavuuskirurgia yleistyy Suomessa. Lääkärilehden internetsivut. Saatavissa:  
[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=5432/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=5432/type=1) [viitattu 11.2.2014].

Victorzon, M., Mustajoki P., Gylling, H., Anttila, H., Ikonen, T., Malmivaara, A. & Koivukangas, V. 2009. Lihavuuskirurgian vaikuttavuus ja turvallisuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavissa:  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98377](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98377) [viitattu 10.2.2014].

## Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijät, työn nimi ja vuosi	Tarkoitus	Aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Piia Kokko, Jaana Kortelainen</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen, opinnäytetyö 2012</p>	<p>Tuoda esille lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen. Työ on osa Peijaksen sairaalan pehmytkudoskirurgisen klinikan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämishanketta.</p>	<p>Aineistona käytettiin hanketta varten aikaisemmin tehtyjä opinnäytetöitä sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tieteellisiä artikkeleita. Lisäksi Bariatric Centerin toiminnanjohtaja antoi tietoja yksityispuolen lihavuuskirurgiasta.</p>	<p>Suurin ohjauksen puute oli tuen tarve arjen toimintoihin, kuten juomiseen ja syömiseen. Ohjausta tarvitaan myös tunteisiin ja kehonkuvaan liittyvissä asioissa. Internetin kautta tapahtuvan ohjauksen on todettu olevan yhtä tehokasta kuin kasvotusten annettu ohjaus.</p>
<p>Fortelius Hanne, Penna Marja.</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi: Terveystuottohenkilökunnan kuvaamana Peijaksen sairaalassa. Opinnäytetyö 2012</p>	<p>Kuvata lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi Peijaksen sairaalassa terveydenhuoltohenkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyö on osa Peijaksen sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeen tavoitteena on luoda toimintamalli, joka sisältää ohjausprosessin eri vaiheet.</p>	<p>Aineisto kerättiin haastattelemalla Peijaksen sairaalan terveydenhuoltohenkilökuntaa. Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelurunko koostui teoreettisesta viitekehystä, johon kuuluivat leikkauspäätöksen saanti, preoperatiivinen ohjaus, postoperatiivinen hoito, kotiutuksen jälkeinen ohjaus sekä ohjauksen ja tiedonannon kehittämisen. Aineisto pelkistettiin ja analysoitiin sisälönanalyysillä. Tuloksista luotiin posterin, jonka avulla saatiin kokonaiskuva lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessista.</p>	<p>Aineistosta nousi esiin potilaiden löyhä suhtautuminen vaativaan leikkausprosessiin sekä terveydenhuoltohenkilökunnan huoli potilaiden motivaation riittävydestä. Terveystuottohenkilökunta korosti riittävän nesteiden saannin, varhaisen liikkumisen ja hengitysharjoitteiden teon tärkeyttä sekä kipujen hallintaa koko ohjausprosessin aikana. Terveystuottohenkilökunnan työn päällekkäisyyttä oli jokaisessa ohjausprosessin vaiheessa.</p>

<p>Anteroine Niina, Hämäläinen Maria</p> <p>Lihavuuskirurgisen potilaan psykososiaalisen tuen ja ohjauksen tarve: paranusehdotuksia ohjauksen ja tuen antamiseen lihavuusleikkattujen ohjauskokemusten pohjalta. Opinnäytetyö 2013</p>	<p>Tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, millaista psykososiaalista tukea ja neuvoa potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat. Opinnäytetyö on osa hanketta, jossa kehitetään uutta neuvontamallia lihavuusleikkaukselle potilaille ja heidän perheilleen Peijaksen sairaalassa.</p>	<p>Aineistona käytettiin lihavuusleikkauksen käyneiden ihmisten ohjauskokemuksia, joita kerättiin Suomen lihavuusleikatut (LILE) ry:n ja laihdutusleikkauksen sivujen keskustelufoorumeilta. Kerätyt vastaukset käsiteltiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen.</p>	<p>Lihavuusleikkattujen psykososiaalisen tuen saanti terveydenhuollossa ei ole ollut riittävä. Kaikki kyselyyn vastanneet lihavuusleikkauspotilaat kokivat saaneensa suurimman tukensa elämäntapamuutoksen käsittelyyn vertaistukiryhmiltä ja vertaistukifoorumeilta. Psykkinen tuki ja oma perehtyminen lihavuusleikkausprosessiin koettiin edellytyksiksi jaksaa uuden elämäntavan opettelussa ja mahdollisten leikkauskomplikaatioiden kanssa. Lihavuusleikkauspotilaiden läheisten ja omaisten saama tuki oli koettu vain osittain riittäväksi. Vastaajat toivoivat, että heidän läheisiään oltaisi ohjattu varautumaan paremmin. Vastanneet toivovat saavansa enemmän tietoa esimerkiksi leikkausta edeltävistä tutkimuksista, leikkauksen haittavaikutuksista sekä lihavuusleikkauspotilaan hoitopolusta. Leikkauksen jälkeinen tuki koettiin paremmaksi sairaalassa, jossa leikkaus suoritettiin kuin työ- tai perusterveydenhuollossa.</p>
--	---	--	--

<p>Aho Tuukka, Kinnunen Irinja, Kylmä Juha</p> <p>Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta. Opinnäytetyö 2013</p>	<p>Selvittää lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta ennen ja jälkeen leikkauksen</p>	<p>Tutkimus toteutettiin havainnoimalla Suomen lihavuusleikatut ry:n vertaistukiryhmän toimintaa ja haastatteleamalla sen jäseniä neljässä ryhmässä teemahaastatteluna. Kuvassimme vertaistukiryhmän dynamiikkaa, puheenaiheita ja tapaamispaikkaa. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin ja vertasimme tuloksia aiemmista tutkimuksista poimimiimme lihavuuskirurgisten potilaiden tuen tarpeisiin.</p>	<p>Lihavuuskirurginen potilas tarvitsee vertaistukea. Haastatelluista käy ilmi, että lihavuuskirurginen potilas saa psykologista tukea ainoastaan vertaistuen kautta. Kannustus ja tuki nousevat tärkeimmiksi preoperatiivisen vertaistuen muodoiksi. Haastateltavat pitävät postoperatiivisesti tärkeimpinä kokemusten jakamista, uskon vahvistumista ja tiedon saantia lääkehoidosta</p>
<p>Parviainen Annamari, Riepula Riku.</p> <p>Liikunta lihavuuden leikkaushoidon tukena: liikuntaopas lihavuusleikatuille. Opinnäytetyö 2013</p>	<p>Tuottaa opas, joka tukee lihavuusleikatun liikunnan harrastamista ja motivoi aktiiviseen elämään.</p>	<p>Aineistona käytettiin luotettavaa kirjallisuutta sekä internetin lähteitä.</p>	<p>Opas, joka on motivoiva. Se sisältää kuvia ja vinkkejä ja tietysti myös teoretieto.</p>
<p>Henriksson Krista, Hieta-koivisto Elina.</p> <p>Laihdutusleikkauspotilaan anestesian erityispiirteet intraoperatiivisessa vaiheessa. Opinnäytetyö 2011</p>	<p>Tehdä oppimateriaalia powerpoit-muodossa Tampereen ammattikorkeakoulun perioperatiiviseen hoitotyöhön suuntautuville sairaanhoidon opiskelijoille.</p>	<p>Koostuu kolmesta osasta: Raportti, Teoria, Oppimateriaali.</p> <p>Menetelmänä tuotokseen painottuva opinnäytetyö.</p>	<p>Hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille uutta ja ajankohtaista tietoa laihdutusleikkauksista ja siihen liittyvästä anestesiasta. Tavoitteena hoitotyön laadun parantaminen.</p>

<p>Vitikainen Kirsi.</p> <p>Lihavuuden tehokas hoito: mahapantaleikkaus vai konservatiivinen hoito. Pro Gradu 2003</p>	<p>Tarkoitus selvittää mahapantaleikkauksen ja lihavuuden konservatiivisen hoidon kustannukset sekä vaikutukset potilaiden painon kehitykseen.</p>	<p>Tutkimuksessa seurattiin KYS:ssa 73 mahapantaleikkattua ja 68 konservatiivisesti hoidettua lihavaa potilasta eri pituisia aikoja, riippuen hoitojaksoista. Kyseessä oli retrospektiivinen seuranta tutkimus, aineisto analysoitiin SPSS – tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Mahapantaleikkauksella potilas laihtui keskimäärin 15,7 kg eli 11,2% ruumiinpainosta. Konservatiivisessa hoidossa potilas laihtui keskimäärin 10,5 kg eli 7,4 % ruumiinpainosta. Mahapantaleikkauksen kustannukset olivat keskimäärin 13 069€ ja konservatiivisen hoidon 1433 €. Mahapantaleikkauksien komplikaatioiden suuren määrän takia kustannukset nousevat ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella sitä ei pidetä tehokkaana hoitomuotona.</p>
<p>Lusenius-Luttjohann Virpi.</p> <p>Lihavuusleikkaus potilaan näkökulmasta: tiedontarpeet ja muutokset elämään. Pro Gradu 2012</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata lihavuusleikkaukseen liittyviä tiedontarpeita ja muutoksia elämään potilaiden kokemusten kautta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen tueksi lihavuusleikkauksen yhteydessä ja siten kehittää potilasohjausta potilaiden tarpeita vastaavaksi.</p>	<p>Aineisto kerättiin kahdelta suomalaiselta internetin keskustelupalstalta syksyn 2011 aikana. Aineisto muodostui vapaamuotoisista viesteistä (N=298). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että lihavuusleikkaukseen liittyviä tiedontarpeita on runsaasti, mikä johtuu leikkauksen luonteesta. Lihavuusleikkaus muuttaa elämää kokonaisvaltaisesti.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää, kun kehitetään potilaan ohjausta lihavuusleikkauksen yhteydessä potilaiden tarpeita vastaavaksi</p>



<p>Mari Räsänen ja Kaisa Tanskanen.</p> <p>Painonhallintakuntoutuksen vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Pro gradu 2008.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin tuki- ja liikuntaelinsairaiden painonhallintakuntoutuksen vaikutusta fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Kuntoutuksen aikana tapahtuneita muutoksia tutkittavien painossa, painoindeksissä, vyötärön ympäryksessä, elämänlaatu-tekijöissä ja masennustuntemuksissa tarkasteltiin kolmessa kuntoutusjaksossa noin vuoden aikana. Lisäksi selvitettiin, löytyykö tekijöitä, jotka ovat yhteydessä painonpudotustulokseen.</p>	<p>Aineisto perustui Espoolaisen kuntoutuslaitoksen työntekijöiden vuosina 2006–2007 keräämään kuntoutujien arviointiin tarkoitettuun aineistoon. Tutkittavat (N= 97) olivat keskimäärin 51-vuotiaita ja naisia heistä oli 82,5 %.</p>	<p>Tulosten mukaan painonhallintakuntoutus vaikutti edistävasti kuntoutujien fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkittavien paino putosi vuoden aikana 6,1%, jonka lisäksi masennustuntemukset vähenivät ja elämänlaatu koheni. Tutkimuksessa havaittiin myös, että psyykkiset muutokset tapahtuivat riippumatta painonpudotuksen määrästä.</p>
<p>Susanna Kautiainen.</p> <p>Owerweight and obesity in Adolescence. Väitöskirja 2008</p>	<p>Tavoitteena kuvata suomalaisnuorten ylipainoisuuden, lihavuuden ja painonkokemisen pitkän aikavälin kehitystä, tutkia sosiodemografisia eroja ylipainoisuuden esiintyvyyden ajallisissa muutoksissa, arvioida ylipainoisuuden ja lihavuuden yhteyttä informaatio- ja kommunikatioteknologian eri muotojen käyttöön.</p>	<p>Aineisto kerättiin osana Nuorten terveystapatutkimusta kyselylomakkeella, joka lähetettiin vuodesta 1977 vuoteen 2005 saakka joka toinen vuosi otoksella 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaita nuoria. Vuosittain kyselyyn vastasi 2832–8390 nuorta.</p>	<p>Päätulos oli, että ylipainoisuus oli yleisempää erityisesti tytöillä, jotka katsoivat paljon tv:tä tai käyttivät tietokoneita. Digitaalisten pelien pelaamiseen käytetty aika ei ollut yhteydessä ylipainoisuuteen.</p>

Potilasopas

TIETOA

LIHAVUUSLEIKKAUKSESTA

**Carea** 

Vastuu saa välittämään.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja  
sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Meiju Lahtinen ja Paula Pieninkeroinen

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu 2014

## SISÄLTÖ

HOITOPOLKU	1
LEIKKAUSKRITEERIT	2
LEIKKAUSMENETELMÄT	2
SEURANTA LEIKKAUKSEN JÄLKEEN	3
RUOKAVALIO JA LIIKUNTA LEIKKAUKSEN JÄLKEEN	4
SEURANTA	5
TUKI	6

Tämä potilasopas kertoo lihavuuskirurgisesta toimenpiteestä, potilaan hoitopolusta sekä ajasta leikkauksen jälkeen. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa tulevasta prosessista.

## **HOITOPOLKU**

Lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolku on pitkä ja siihen osallistuu suuri joukko asiantuntijoita. Lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolku alkaa sairaalassa, kun endokrinologi seuloa lähetteen perusteella lihavuusleikkaukseen soveltuvat potilaat. Tämän jälkeen endokrinologinen sairaanhoitaja, endokrinologi ja ravitsemusterapeutti selvittävät leikkaushoidon edellytykset.

Jokaisella lihavuuskirurgisella potilaalla on leikkauksen harkinta-aika, joka määritetään yksilöllisesti. Leikkauksen harkinta-aikana potilaan täytyy toteuttaa lihavuuskirurgisen potilaan hoitoprosessiin osallistuvien ammattilaisten ohjeita.

Mikäli potilas täyttää leikkauskriteerit, arvioidaan leikkauskelpoisuus ja päätetään leikkausmenetelmä. Leikkauspäätöksen saatuaan, potilas on edelleen velvoitettu laihduttamaan ja sitoutumaan leikkauksen jälkeiseen ruokavalioon ja lääkitykseen. Ennen leikkausta noudatetaan vähintään 4 viikon ajan erittäin niukkaenergistä ruokavaliota (ENE).

## **LEIKKAUSKRITEERIT**

Lihavuusleikkauskriteerit ovat:

- Vähintään viisi vuotta kestänyt lihavuus
- Ennen leikkausta tuloksellisesti läpi käyty terveydenhuollon painonhallintahoido
- Painoindeksi eli BMI yli 40 tai

- BMI yli 35 ja potilaalla on lihavuuteen liittyvä oheissairaus, kuten CPAP-hoitoa edellyttävä uniapnea tai vaikea tuki- ja liikuntaelinsairaus
- Kyky muuttaa syömistottumukset leikkausta edellyttävällä tavalla sekä sopeutua henkisesti suureen elämän muutokseen

2

## **LEIKKAUSMENETELMÄT**

Kymenlaakson keskussairaalassa käytetyt lihavuuskirurgiset leikkausmenetelmät ovat mahalaukun ohitusleikkaus ja mahalaukun kavennusleikkaus.

Mahalaukun ohitusleikkauksessa mahalaukun yläosasta muotoillaan pieni, 20–50 ml vetoinen mahalaukkusäiliö, johon ohutsuoli yhdistetään. Pienestä mahalaukkupussista ruoka menee suoraan ohutsuolen keskiosaan ja ohittaa näin ohutsuolen alkuosan. Sappi- ja haimanesteet liittyvät ravintovirtaan 120-150 cm:n päässä pienennetystä mahalaukusta.

Mahalaukun kavennusleikkauksessa mahalaukusta poistetaan suurin osa tekemällä pystysauma.

Ohitusleikkauksessa kerralla syötävän ruoan määrä vähenee sekä ruoan imeytyminen heikkenee. Kavennusleikkaus vaikuttaa ensisijaisesti syötävän ruoan määrään.

3

## **SEURANTA LEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

Leikkaussalista siirrytään toimenpiteen jälkeen heräämään ja siitä vuodeosastolle. Seuranta vuodeosastolla kestää noin 1–3 vuorokautta. Vitaalielintoimintoja seurataan ja lisäksi otetaan verikokeita sekä seurataan virtsan tuloa. Leikkauspäivänä autetaan jalkeille ja ohjataan pulloon puhallus –harjoitukset. Leikkauspäivänä saa nauttia vettä tai mehua. Lisäksi ohjeistetaan nestelistan täyttäminen. Vuodeosastolla nesteytyksestä huolehditaan myös suonensisäisesti. Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä saa alkaa syömään nes

temäistä ruokaa sen mukaan, mikä tuntuu hyvältä. Kotiutumisen edellytyksenä on kyetä nauttimaan riittävästi nesteitä ja ravintoa (1500-2000ml/vrk).

Lihavuuskirurgiaan liittyvien vakavien komplikaatioiden riski on pieni. Tärkeää on tunnistaa komplikaatiot mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja mikäli voinnissanne tapahtuu muutosta (esim. oksentelu, ruokailuongelmat, kuumeilu, poikkeavan voimakkaat kivut, suoliston toimintahäiriöt tai yleisvoiminnan ongelmat), ottakaa herkästi yhteyttä Kymenlaakson keskussairaalaan.

Osasto 5 B 020 633 2342

Ensiapu 05 2205 000

## **RUOKAVALIO JA LIIKUNTA LEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

Tärkein asia uudistuneessa ruokavaliossa leikkauksen jälkeen on pienet ruoka-annokset. Leikkauksen jälkeen ruokailu aloitetaan varovasti nestemäisellä ruoalla ja vähitellen siirrytään soseutettuun tai muuten pehmeärakenteiseen ruokaan.

Aluksi ruoka-annokset ovat pieniä, noin ½-1 dl, osastolla ruokalusikallisia. Vähitellen annoskoko kasvaa, jääden kuitenkin alle 2 dl. Ruokavalio noudattaa laadullisesti ravitsemussuosituksia, mutta erityistä huomiota kiinnitetään riittävään proteiinin ja pehmeän rasvan saantiin Juomat nautitaan syömiskertojen välillä.

Leikkauksen jälkeen syömisessä kiinnitetään huomiota ruoan huolelliseen pureske- luun ja rauhalliseen syömiseen.

Leikkauksen jälkeen noin kuukauden ajan vältetään ruoansulatuskanavaa mahdollisesti tukkivia ruoka-aineita, kuten siemeniä, kuoria, jyviä, leseitä, sit

rushedelmien kalvoja ja sitkeää lihaa. Liian rasvainen tai sokerinen ruoka, liian suuri tai liian nopeaan syöty annos voi aiheuttaa dumping-oireita, joita ovat huonovointisuus, oksentelu, röyhtäily, ripuli, kuumotus, hikoilu, heikotus, vapina ja sydämentykytytys. Ruokavaliota täydennetään elinikäisesti päivittäin otettavilla monivitamiini- ja kivennäisainevalmisteella sekä kalsium- ja D-vitamiinilisällä.

4

Liikunnalla on tärkeä osa pysyvässä painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksessa. Oikeanlaisen ruokavalion kanssa liikunnan lisäämisellä on suuri merkitys painonpudotuksessa.

Liikunta tuo elämään säännöllisyyttä, rutiinia ja hyvinolontunnetta, jotka vaikuttavat myönteisesti myös ruokavalioon ja syömisenhallintaan. Liikunnan merkitys on suurempi painonhallintavaiheessa kuin painonpudotusvaiheessa, siksi sen jatkuva harrastaminen onkin tärkeää myös laihdutuksen jälkeen.

## **SEURANTA**

Leikkauksen jälkeen seuranta järjestetään aluksi sairaalassa ja tämän jälkeen seuranta siirtyy perusterveydenhuoltoon.

Kuukauden kuluttua kotiutumisesta on kirurgin jälkikontrolli. Seurantakäynnejä on myös endokrinologille sekä ravitsemusterapeutille.

Seurantakäynneillä tarkastellaan painoa, verenpainetta, ateriakertoja, annoskokoja, nesteiden saantia, vitamiinivalmisteiden käyttöä, riittävää ravintoaineiden saantia, henkistä sopeutumista ja tyytyväisyyttä leikkauksen jälkeiseen tilaan sekä lääkitystä.

5

Liite 2/8



## **TUKI**

Kymenlaakson keskussairaalassa lihavuuskirurginen potilas saa tukea monelta eri ammattiryhmän edustajalta. Psykiatrinen sairaanhoitaja antaa psykososiaalista tukea, endokrinologinen hoitaja vastaa somaattisesta tuesta ja ravitsemusterapeutti vastaa ruokavalioon ja sen muutokseen liittyvästä tuesta. Lisäksi lihavuuskirurgisia potilaita ohjataan hakemaan vertaistukea Suomen lihavuusleikatut LILE ry:stä. LILE ry on perustettu vuonna 2011 valvomaan ja edistämään lihavuusleikattujen ja lihavuusleikkausta tarvitsevien etuja. LILE ry on vertaistukiyhdistys lihavuusleikatuille.

Psykiatrinen sairaanhoitaja 020 6332903

Sisätautien poliklinikka 020 6336012

Ravitsemusterapeutti 020 633 3332

[www.lile.fi](http://www.lile.fi) / 044 543 4349