

LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN  
TUEN JA OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN  
SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ

Helena Katajisto

Opinnäytetyö, syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Sosiaali- ja terveystieteiden

ylempi amk-tutkinto

Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

## TIIVISTELMÄ

Katajisto, Helena. Lihavuuskirurgisen potilaan tuen ja ohjauksen kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Diak, syksy 2014, 69 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Terveyden edistämisen koulutusohjelma, Sosiaali- ja terveysalan ylempi amk-tutkinto, sairaanhoitaja (ylempi AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lihavuuskirurgisen potilaan tiedon- ja ohjauksen tarpeita voimavaraistavan potilasohjauksen teoreettisen tietoperustan osa-alueilla leikkauksen jälkeen Satakunnan keskussairaalassa. Tavoitteena oli saada tietoa aiheista, joihin lihavuuskirurginen potilas tarvitsi tukea ja ohjausta leikkauksen jälkeen ja täten kehittää tuen antamista ja potilasohjausta tunnistamalla lihavuuskirurgisen potilaan leikkauksen jälkeisiä tuen ja ohjauksen kehittämistarpeita.

Aineisto kerättiin Sairaalapotilaan tiedontarve -mittarin (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) teema-alueiden avulla, yksilöhaastatteluna Satakunnan alueen lihavuuskirurgisilta potilailta. Haastatteluun osallistui yhdeksän potilasta heinäkuun ja syyskuun 2014 välisenä aikana. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Leikkauksia on suoritettu vuoden 2008 huhtikuusta alkaen 250 potilaalle.

Tulosten mukaan tiedontarpeita esiintyi lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen biofyysilogisella -, toiminnallisella -, kokemuksellisella -, sosiaaliyhteisöllisellä - ja taloudellisella osa-alueilla. Tiedontarpeena toiminnallisella osa-alueella ilmeni ravitsemukseen ja liikuntaan liittyviä kysymyksiä. Potilaiden suurin tiedontarve leikkauksen jälkeen liittyi kokemuksellisella osa-alueella psyykkiseen hyvinvointiin, jolloin tarvittiin lisääntyvästi tietoa ja tukea ulkoisen olemuksen ja psyyken muuttuessa. Haastatellut potilaat olivat tyytyväisiä leikkaukseen. He kokivat siitä olleen hyötyä.

Tässä tutkimuksessa lihavuuskirurgisen potilaan tuen ja ohjauksen kehittämistarpeet tunnistettiin toiminnallisella ja kokemuksellisilla osa-alueilla. Potilasohjauksessa tulee korostaa ateriointiin ja liikkumiseen liittyviä tietoja. Psykkinen hyvinvointi tarvitsee lisääntyvästi tukea lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen.

Asiasanat: lihavuus, lihavuuskirurgia, leikkaushoito, potilasohjaus, terveyden edistäminen, voimaantuminen, laadullinen tutkimus

## ABSTRACT

Katajisto, Helena.

Improving the needed support and guidance for patients of bariatric surgery in the Satakunta hospital district.

69 p., 2 appendices. Language: Finnish. Pori, Autumn 2014.

Diakonia- University of Applied Sciences, Degree Programme in Health Promotion. Degree: Master of Health Care.

The aim of this thesis was to find the needed support and guidance for patients of the bariatric surgery in the Satakunta central hospital. This need for help was studied through the empowering patient counseling in the knowledge base sectors. The goal was to gain knowledge of the matters in which the patient needs support and guidance after surgery. Thus, by acknowledging the areas needed to be improved, the given assistance can be further developed.

The data was gathered with the help of the Hospital Patient's Knowledge Expectations -Scale (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) with the help of the thematic areas, through individual interviews with the patients of bariatric surgery. Nine patients participated in the interview from July to September 2014 and all interviews were recorded. The data was then analyzed by inductive content analysis. Surgeries have been carried out for 250 patients starting from April 2008.

According to the results, needs for information after bariatric surgery occurred in the biophysiological, operational, experiential, social and communal and economical sectors. In the operational sector the need for information occurred as questions concerning diet and exercise. The patients' greatest need for information after surgery in the experiential sector was associated with one's mental well-being. The needed care and knowledge increased as a consequence of the change in one's physical appearance and psyche. The interviewed patients were satisfied with the surgery. They felt it had been beneficial.

In this study, the methods for improving the support and guidance given for the patients of the bariatric surgery were recognized on the operational and experiential sectors. In patient counseling, particularly material concerning diet and exercise is to be emphasized. One's mental well-being needs further support after bariatric surgery.

Keywords: obesity, bariatric surgery, surgery, patient counseling, health promotion, empowerment, qualitative research

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN ON YHTEINEN ASIA .....	8
2.1 Terveyden edistämisen käsite, yksilöllinen ja yhteisöllinen vastuu ...	8
2.2 Kunnat terveyden edistäjinä .....	9
2.3 Terveyttä edistävän työn kehittäminen.....	11
3 LIHAVUUSKIRURGIA HOITOMAHDOLLISUUTENA .....	14
3.1 Leikkaushoidon indikaatiot .....	14
3.2 Leikkaushoito toimenpiteenä ja komplikaatiot.....	15
3.3 Lihavuuskirurgisen leikkauksen vaikutus painoon.....	16
3.4 Ravitsemustila .....	16
4 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ .....	17
4.1 Potilasohjauksen toteuttaminen .....	18
4.2 Dialoginen vuorovaikutus .....	19
4.3 Voimavaraistava potilasohjaus .....	19
4.3.1 Mitä on voimaantuminen .....	21
4.3.2 Voimaantumisen ulottuvuudet .....	23
4.4 Tuen ja ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen.....	24
4.5 Toivo ylläpitää ja vahvistaa psyykkisiä voimavaroja.....	26
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	27
6 TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ .....	28
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUKSEN VAIHEITA .....	31
7.1 Tutkimusmenetelmä .....	31
7.2 Aineisto ja aineiston keruu .....	32
7.3 Aineiston analyysi .....	35

8 TUTKIMUSTULOKSET.....	37
8.1 Potilaan lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeinen tiedontarve.....	37
8.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja .....	39
8.1.2 Tiedonsaanti ennen lihavuuskirurgista leikkausta ...	39
8.1.3 Tiedontarve biofysiologisella osa-alueella .....	40
8.1.4 Tiedontarve toiminnallisella osa-alueella .....	42
8.1.5 Tiedontarve kokemuksellisella osa-alueella .....	44
8.1.6 Tiedontarve eettisellä osa-alueella.....	46
8.1.7 Tiedontarve sosiaaliyhteisöllisellä osa-alueella.....	47
8.1.8 Tiedontarve taloudellisella osa-alueella.....	48
8.2 Potilaalle voimantunnetta antava ohjaustapa.....	49
8.3 Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeiset kokemukset .....	50
8.4 Tuen ja ohjauksen kehittämistarpeet .....	50
9 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA .....	52
9.1 Tulosten tarkastelu.....	52
9.2 Tutkimuseettiset kysymykset .....	55
9.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	58
9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet.....	60
LÄHTEET .....	62
LIITTEET.....	67

LIITE 1: Tiedote potilaalle

LIITE 2: Teemahaastattelu

## 1 JOHDANTO

Lihavuuskirurgisen potilaan tiedon ja ohjauksen tarpeita on Suomessa tutkittu vähän postoperatiivisesti, hoitotyön näkökulmasta. Satakunnan keskussairaalassa lihavuuskirurgisia leikkauksia on suoritettu vuoden 2008 huhtikuusta alkaen 250 potilaalle (Hainkonen 2014), eikä potilaan tiedontarpeita leikkauksen jälkeen ole kartoitettu. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lihavuuskirurgisen potilaan tiedon- ja ohjauksen tarpeita leikkauksen jälkeen laadullisena tutkimuksena. Tavoitteena oli saada tietoa aiheista, joihin lihavuuskirurginen potilas tarvitsi tukea ja ohjausta leikkauksen jälkeen ja täten kehittää tuen antamista ja potilasohjausta tunnistamalla lihavuuskirurgisen potilaan leikkauksen jälkeisiä tuen ja ohjauksen kehittämistarpeita. Haastattelun osallistui yhdeksän potilasta heinäkuun ja syyskuun 2014 välisenä aikana.

Tiedon tarpeen kartoittamiseksi haastattelurungon pohjana oli käytetty voimavaraistavan potilasohjauksen tietoperustaa, (Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003). Voimaantunut lihavuusleikattu potilas voi vapauttaa terveydenhuollon fyysisiä ja taloudellisia voimavaroja muuhun käyttöön. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa 2006, 22.) Sisäisen voimantunteen saavuttaneista ihmisistä heijastuu positiivinen lataus ja myönteisyys, lisäksi sisäisen voimantunteen saavuttaneella ihmisellä on halu yrittää parhaansa. (Siitonen 1999, 83.)

Lihavuuskirurginen leikkaus voi olla viimeinen hoitomahdollisuus monelle sairaalloisesti lihavalle henkilölle. Käypä hoito -suosituksen mukaan leikkaushoidon edellytys on asianmukainen edeltävä konservatiivinen hoito, esimerkiksi terveydenhuollon toimintayksikön toteuttama laihdutusryhmähoito tai noin kuuden kuukauden yksilöllinen hoito, joka on johtanut elämäntapamuutoksiin ja vähintään 7 %:n laihtumiseen, mutta tulos ei ole ollut riittävä terveyden kannalta tai paino on noussut uudestaan. Konservatiivisesta hoidosta ei saisi olla kulunut yli viittä vuotta. Suomessa tavallisin leikkausmenetelmä on mahalaukun ohitus, joka vaikuttaa kerralla syötävän ruoan määrään ja vähentää ruokahalua. (Käypä hoito suositus 2013.)

Joka neljäs suomalainen aikuinen on lihava ja merkittävää vyötärölihavuutta on 40 prosentilla väestöstä. Vain 30 prosenttia miehistä ja 40 prosenttia naisista on norma-

lipainoisia. Kansainvälisessä vertailussa lihavuus on Suomessa erittäin yleistä. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 65.) Ylipaino aiheuttaa sairauksia pääasiassa aineenvaihdunnan kautta. Tyypin 2 diabetes liittyy voimakkaasti lihavuuteen, kuten myös kohonnut verenpaine ja metabolinen oireyhtymä. (Mustajoki 2008, 92, 95, 97.)

Virpi Lusenius-Lüttjohannin pro gradu -työssä (2012) ilmeni eniten potilaita askarruttavan leikkauksen jälkeinen elämä. Siinä kysymyksiä herättävät muun muassa toipuminen sekä mahdolliset kivut ja vaivat. Monet pohtivat myös sitä, kuinka painon putoaminen leikkauksen jälkeen vaikuttaa lihavuuden liittännäissairauksiin. Sekin mietityttää, mitä tehdä ylimääräiselle iholle, kun paino putoaa ja iho löystyy.

Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemana on tutkittu postoperatiivista ohjausta ja tulosten mukaan toivottiin enemmän tietoa leikkaukseen liittyviin riskeihin ja komplikaatioihin sekä leikkauksen jälkeiseen elämään liittyviin ongelmiin. Tukea kaivattiin henkiseen jaksamiseen ja leikkauksen aiheuttamien komplikaatioiden kanssa elämiseen. Tuloksista nousi esiin tarve psyykkisiin muutoksiin ja sopeutumiseen liittyvälle ohjaukselle sekä ajan antaminen rauhalliselle keskustelulle. Toiveena oli myös kuntoutusryhmien ja ohjauksen järjestäminen. (Kvist & Stenmark 2013.)

Potilaan vastuu korostuu leikkauksen jälkeen ja siksi hän tarvitsee täsmällistä tukea ja ohjausta painonhallintaan ja terveyden edistämiseksi. Myös leikkauksen jälkeinen tiedontarve on suuri ja tuen antamista ja potilasohjausta haastaa lyhyt sairaalassaoloaika. Kyngäs ym. (2007, 5) teoksesta ilmenee myös ohjauksen merkityksen terveydenhuollossa korostuvan hoitoaikojen lyhentyessä ja ohjaukselle jäävän yhä vähemmän aikaa. Toisaalta hoitoaikojen lyhentymisen vaatii ohjauksen tehostamista ja samalla oletetaan asiakkaiden selviytyvän toipumisajasta kotona, muuttavan elintapojaan toivotulla tavalla ja ottavan vastuuta oman terveytensä hoidosta. Tällöin keskeiseksi nousevat näyttöön perustuvat ohjaustavat.

Opinnäytetyössä käsitellään aluksi terveyden edistämiseen liittyviä aiheita. Lihavuuskirurgiaan liittyvinä oleellisina asioina kerrotaan esimerkiksi leikkaushoidon indikaatioista, toimenpiteestä ja lihavuuskirurgisen leikkauksen vaikutuksesta painoon ja ravitsemustilaan. Teoriaosuutta täydentää kerronta potilasohjauksen toteuttamisesta ja dialogisuudesta avaten lisäksi voimavaraistavan potilasohjauksen tarkoitusta ja merkitystä. Tutkimustulokset esitellään voimavaraistavan potilasohjauksen tietoperustan pohjalta olevien teema-alueiden mukaisessa järjestyksessä.

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN ON YHTEINEN ASIA

Terveyden edistämisen lähtökohtia ilmentäviä avainsisältöalueita ovat näkemys terveydestä ja terveyden edistämisestä, terveyden edistämisen arvot ja terveyden edistämisen rakenne. Nämä avainsisällöt ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja muodostavat kaikelle terveyden edistämisen toiminnalle perustan, jolle muu terveyden edistämisen osaaminen nähdään rakentuvan. Terveyden edistämisestä puhuttaessa on muodostettava käsitys terveydestä, jota pyritään edistämään. Terveyden edistämisen lähtökohdat, sisällöt ja painopistealueet perustuvat ihmis- ja terveystieteisiin. (Tuominen, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13.)

Terveyden puolesta puhuminen on yksi keskeisimmistä terveyden edistämisen toiminnoista, jota voidaan toteuttaa median, suoran poliittisen vaikuttamisen tai yhteisöihin vaikuttamisen kautta. Terveystieteiden ammattilaisilla on päävastuu toimia terveyden puolesta puhujina kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan keinojen puolesta puhumisen ja markkinoinnin välittöminä tuloksina ovat yhteiskunta- ja terveystieteiden ja siihen liittyvien toimintojen muutokset organisaatioissa. Terveyden edistämisen asiantuntijoiden tulee osallistua ja olla aktiivisia terveystieteiden kehittämisenä niin, että ne edistävät entistä enemmän väestön ja yksilön terveyttä. Tarvitaan taitoa perustella omia näkökantojaan ja taidot lukea ja ymmärtää tieteellistä kirjallisuutta sekä taitoa vaikuttaa muihin. (Tuominen ym. 2005, 27.)

### 2.1 Terveyden edistämisen käsite, yksilöllinen ja yhteisöllinen vastuu

Terveyden edistäminen on kooste toimintoja parantaen sekä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä että edistäen kansalaisten terveyttä. Terveyden edistämiseen kuuluvat täten yksilöiden terveystietoisuuteen liittyvät toiminnat ja sellaiset toiminnat, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön



liittyviä olosuhteita terveyttä edistäviksi. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 19.)

Terveyden edistämisessä on kaksi keskeistä strategiaa: väestöstrategia ja korkean riskin strategia. Väestöstrategia tarkoittaa koko väestöön kohdistuvaa toimenpidettä sääntäen riskijakauman mediaanin siirtymän väestössä, esimerkiksi kolesterolitason tai verenpaineen alenemaa väestössä. Korkean riskin strategia tarkoittaa valittujen toimenpiteiden kohdentamista siihen osaan väestöstä, jolla on korkea riski sairastua. (Kiiskinen ym. 2008, 19.)

Elintapojen muuttamisesta puhuttaessa, esiin nousee usein kysymys vastuusta, onko vastuu yksilöllä vai yhteiskunnalla. Yksilön vastuuta ei voi kieltää ja sitä on korostetukin. Toisaalta ihmisten elintavat ovat voimakkaasti sidoksissa hänen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöönsä. Yhteiskunnalla on oma vastuunsa ja ympäristömuutokset ovat usein tehokkaimpia terveyden edistämisen keinoja. Ympäristöön eli yhteisöön vaikuttaminen oli myös Pohjois-Karjala -projektin keskeinen ja alkuperäinen periaate ja tulosten tärkeä taustatekijä. (Ståhl & Rimpelä 2011, 62.)

Yhteisön vastuu terveyttä tukevan ympäristön edistämisestä merkitsee eri tasolla tapahtuvien poliittisten päätösten korostamista. Poliittisilla päätöksillä ja elinkeinoelämän toiminnalla on erittäin merkittävä rooli kroonisten tautien ehkäisyssä. Suomen hyvät tulokset ovat paljolti seurausta näissä asioissa tapahtuneista muutoksista. (Ståhl & Rimpelä 2011, 62.)

## 2.2 Kunnat terveyden edistäjinä

Terveyden edistäminen on perustavaa laatua oleva julkisen vallan tehtävä. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Terveyden edistäminen tuli perustuslakiin uudistusvaiheessa vuonna 2000. (Ståhl & Rimpelä 2011, 45.)

Satakunnan sairaanhoitopiiri kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry:n (STESOn). STESOn jäsenorganisaatiot toimivat verkostotyössä vahvistaen

terveyttä edistävää toimintakulttuuria terveydenhuollossa. Satakunnan sairaanhoitopiirissä terveyden edistäminen on huomioitu esimerkiksi tekeillä olevissa hoito- ja kuntoutusketjuissa. Tupakasta vieroituskoulutuksia on järjestetty ja Terveyden edistäminen -työryhmä (TE) ja Työhyvinvoinnin -työryhmä (TYHY), toteuttivat yhdessä henkilökunnalle kartoittavan kyselyn ehdotuksista terveyden ja työhyvinvoinnin edistämiseksi. Näiden ehdotusten pohjalta on työstetty työhyvinvointiteemaan liittyviä julisteita. TE- ja TYHY -ryhmien keskinäistä yhteistyötä on lisätty ja kaikilla Satakunnan sairaanhoitopiirin toimialueilla on myös tehty yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Lisäksi terveyden edistämiseen ovat kuuluneet ravintohuollon teema- viikot henkilöstöravintolassa. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry 2013.)

Kunnat ovat olleet useimmiten kiinnostuneita vain sairaanhoidosta, kun 1950-luvulta alkaen terveystalitiikan painopiste siirtyi erikoissairaanhoidon. Vastuu väestön terveyden edistämisestä on siirtynyt terveydenhuollon ulkopuolelle, kun ehkäisevään työhön painottuvan lasten ja äitien terveydenhuollon kokemuksia ei lähdetty samoin hyödyntämään muissa ikäryhmissä. Kuuluuko väestön terveyden edistäminen terveydenhuollon ydintehtäviin? Kuntien oman terveydenhuollon tulee perussairaanhoidon ohella vastata väestön terveyden edistämisen asiantuntijuudesta ja sen paikallisesta soveltamisesta. Väestön terveyden edistämisen välttämättömänä edellytyksenä on erityinen toimeenpanorakenne liittyen kiinteästi terveydenhuoltoon ja toimien tehokkaassa yhteistyössä kaikkien muiden keskeisten toimijoiden kanssa. Toimeenpanorakenneessa tarvitaan väestön terveyden edistämiseen erikoistunutta ammattihenkilöstöä, jolla on riittävää osaamista myös vaativissa johtamis- ja kehittämishaasteissa. (Ståhl & Rimpelä 2011, 31, 47.)

### 2.3 Terveyttä edistävän työn kehittäminen

#### *Asiakkaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen huomioiminen*

Terveyden edistämisessä tulisi entistä paremmin huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Tarvitaan osaamista, aikaa ja halua huomioida asiakkaan yksilölliset tarpeet sekä taitoa pysähtyä asiakkaan esille tuoman huolen edessä. Tarvitaan siis asiakkaan todellista kuulemistä. (Pietilä 2010, 265.)

Vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu terveydenedistämisoaamisessa. Keskustelutaidot ja siinä harjaantuminen sekä taitojen syventäminen ovat merkittävä osa terveydenhuollon asiantuntijoiden osaamista. Olennainen lähtökohta asiakkaan ohjauksessa ja motivoinnissa ovat hänen yksilölliset käytettävissä olevat voimavaransa. Olennaista on myös asiakkaan osallistaminen ja sitouttaminen terveyttä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. (Pietilä 2010, 265.)

#### *Yhteisöjen huomioiminen terveyden edistämisen voimavarana*

Terveyden edistämisen voimavarana korostuu yhteisöjen merkitys terveydenhuollon eri toimintakentillä, kuten lastenneuvoloissa, kouluterveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa. Koska terveyden edistäminen on yhteinen asia, työntekijöiltä edellytetään keinoja vahvistaa koko yhteisöä ja pitää välittämisen ja vastuun ajatusta yllä. Yhteisöllisyyden lisääminen tarkoittaa terveydenhuollon toimijoilta vaadittavan aktiivista yhteistyön vahvistamista muiden toimijoiden, muun muassa järjestöjen ja yhdistysten kanssa ja vastuunottoa kehittämistyön eteenpäin viemiseksi. Menestyksellinen terveyden edistäminen edellyttää potilaskohtaisten menetelmien ohella yhteisöllisten menetelmien käyttöä. (Pietilä 2010, 266.)

Omaisten ohjauksen kehittäminen on myös keskeinen kehittämiskohde. Olisi tärkeää ohjata omaisia toimimaan kuntouttavasti, he voisivat olla entistä vahvemmin mukana vanhusten hoidossa. Olisi hyvä järjestää omaisten iltoja, jolloin omaiset saisivat vertaistukea toisiltaan. Tavoitteena olisi omaisten oppiminen tukemaan läheistensä oma-toimisuutta hänen terveyttään edistävällä tavalla. Tarvitaan työmenetelmiä omaisten ohjaamiseen ja heidän sitouttamistaan läheisensä terveyttä edistävään tukemiseen. (Pietilä 2010, 266.)

### *Ehkäisevän työotteen vahvistaminen*

Terveyttä edistävässä työssä tarvitaan entistä enemmän taitoa ja rohkeutta puheeksi ottoon ja varhaiseen puuttumiseen. Tämä on hyvä huomioida suunniteltaessa henkilöstön täydennyskoulutusta. Ehkäisevän työn osaaminen vahvistuu työkokemuksen ja työvuosien myötä, mutta myös määrätietoisen koulutuksen avulla. Työn arviointiin tulisi myös kiinnittää enemmän huomiota. (Pietilä 2010, 267.)

Vaikuttavuuden osoittaminen on haaste ehkäisevässä työssä. Tärkeää on osoittaa lyhyen aikavälin tuloksia, ne motivoivat asiakkaita ja työntekijöitä. Tunnistettaessa lyhyen aikavälin tuloksia, tehdään näkyväksi terveyden edistämistä ja terveyttä edistävää työtä. (Pietilä 2010, 267.)

Terveydenhuollon priorisointikysymykset voivat liittyä terveyttä edistävän työn kohdentamiseen ja yksittäisen ammattilaisen työn järkevöittämiseen. Resurssien rajallisuus, yksilöiden moninaiset terveystarpeet ja väestön ikääntyminen vaativat terveyden edistämistyön priorisointia yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Meidän tulisi osata jättää turhat käynnit ja kontrollit pois. Ihmisten kanssa pitäisi tässä saada vuorovaikutus toimimaan ja keskustella järkevistä toiminnasta. (Pietilä 2010, 267.)

### *Omien toimintatapojen arvioiminen*

Terveyttä edistävän työn käytäntöjen kehittämisessä ja toimintatapojen uudistamisessa tarvitaan valmiutta asiantuntijoiden henkilökohtaisten ja työyhteisön toimintatapojen tarkasteluun. Oman työn arvostaminen on tärkeää. Työn kehittämisessä tulisi hyödyntää asiantuntijoilla jo olemassa olevaa osaamista. Aina ei ole kysymys uuden luomisesta, olennaista on vahvistaa jo hyväksi todettuja käytäntöjä ja rakenteita. Perinteisiä rakenteita vahvistamalla ja henkilöstön osaamista lisäämällä luultavasti saisimme parempaa vaikuttavuutta kuin hakemalla uusia koalitioita kaiken vanhan ympärille. Lisäksi tulisi hankkia tietoa uusien terveyden edistämisen työmenetelmien ja toimintamallien vaikuttavuudesta ennen käyttöönottamista ja perehtyä huolellisesti jo muualla aiemmin saatuihin kokemuksiin. Tärkeää on myös pohtia, mihin terveyden edistämässä sitoudutaan ja millaista tulevaisuutta sen avulla rakennetaan. (Pietilä 2010, 268.)

Jokaisen terveyden edistämisen asiantuntijan on tärkeää arvioida, mihin suuntaan terveyden edistämisen tavoitteita tulisi kehittää ja mitä se merkitsee omassa työssä. Fyysisen ympäristön terveyshaittojen rinnalle on olennaista nostaa sosiaalisen vahingolli-

suuden vähentäminen. Lisäksi on tärkeää pitää yllä luottamusta huolenpidon kestävydestä. Tuottavuutta on aiheellista parantaa, mutta sen rinnalla on huolehdittava ihmillisyyden arvon säilyttämisestä ja erityisesti terveydenhuollossa. (Pietilä 2010, 268.)

Lihavuuskirurgiset potilaat ovat ottaneet merkittävän haasteen terveytensä edistämiseksi sitoutumalla muuttamaan ruokailutottumuksiaan. Muutos vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti, mutta ennen kaikkea muutos vaikuttaa painon putoamiseen ja siten esimerkiksi sairastumisriskin pienenemiseen, diabeteslääkityksen lopettamiseen ja sairauden oireiden poistumiseen. Terveysthuollon ammattilaisten tulee käytettävissä olevin tiedoin ja voimavaroin tukea ja vahvistaa lihavuuskirurgisten potilaiden voimaantumista myönteisen painonhallintakäyttäytymisen saavuttamisessa, ylläpitämisessä ja terveyden edistämässä.

### 3 LIHAVUUSKIRURGIA HOITOMAHDOLLISUUTENA

Lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa terveydenhuollon toimintaa samoin kuin muiden pitkäaikaissairauksien kuten diabeteksen ja kohonneen verenpaineen hoito. Terveydenhuollossa lihavuuden aktiivinen hoito kohdennetaan erityisesti potilaisiin, joilla on esimerkiksi tyypin 2 diabetes tai sen esiaste, kohonnut verenpaine tai kantavien nivelten nivelrikko. Hoidon tavoitteena on lihavuuteen liittyvien sairauksien hoito ja ehkäisy. Hoidon tavoitteena on myös toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen ja paraneminen pysyvän laihtumisen myötä. (Käypä hoito 2013.)

Ensisijainen hoitomuoto on suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla annettava elintapaohjaus sisältäen ajatuksiin, asenteisiin, liikuntaan ja ruokavalioon painottuvaa ohjausta. Elintapahoitoa tukevia menetelmiä ovat erittäin niukkaenerginen (ENE) ruokavalio, lääkitys ja leikkaushoito. Lihavuuden leikkaushoito keskitetään yliopistosairaaloihin tai muihin suuriin sairaaloihin. (Käypä hoito 2013.)

#### 3.1 Leikkaushoidon indikaatiot

Leikkaushoidon edellytys on asianmukainen edeltävä konservatiivinen hoito. Leikkaushoitoa pidetään aiheellisena, kun painoindeksi on yli  $40 \text{ kg/m}^2$  tai yli  $35 \text{ kg/m}^2$  ja potilaalla on lihavuuden liittännäissairaus tai sen vaaratekijöitä kuten tyypin 2 diabetes, johon on lääkehoito, lääkehoidollinen kohonnut verenpaine, uniapnea tai kantavien nivelten nivelrikko. (Käypä hoito 2013.)

Potilaan ikä voi olla 18–60-(65)-vuotta. Leikkaukseen liittyvä kuolleisuus on iäkkäimmillä potilailla vähän suurempi kuin muilla. Lihavuuskirurgiasta on eniten kokemuksia alle 65-vuotiailla potilailla. (Käypä hoito 2013.)

Potilaalla ei saa olla merkittävää päihdeongelmaa ja vakavissa syömishäiriöissä tai mielenterveysongelmissa pitää konsultoida psykiatria. Onnistumisen kannalta on kes-

keistä potilaan perinpohjainen harkinta ja valmius terveelliseen ruokavalioon ja huomattavasti aikaisempaa pienempään ateriakokoon sekä ruumiinkuvan huomattavaan muutokseen. Lihavuuden kirurgista hoitoa arvioidaan aina yksilöllisesti. (Käypä hoito 2013.)

### 3.2 Leikkaushoito toimenpiteenä ja komplikaatiot

Leikkaushoito on tehokkain tapa saavuttaa pysyvä laihtuminen. Suomessa käytetyin ja tuloksiltaan paras leikkausmenetelmä on mahalaukun ohitusleikkaus (gastric bypass, Roux-en-Y), jossa mahalaukku katkaistaan yläosastaan ja siitä osasta muotoillaan 20 - 30 ml suuruinen pussi, johon ravinto pääsee. Suurin osa mahalaukku, duodenum ja jejunumin alkuosa jäävät ravintovirran ulkopuolelle. Mahalaukkupussi liittyy ohutsuoleen. Sappi- ja haimanesteet liittyvät ravintoon alempana sijaitsevan suoliliitoksen kautta. Leikkaus vaikuttaa vähentämällä ruokahalua ja kerralla syötävän ruoan määrää. (Mustajoki ym. 2006, 253; Käypä hoito 2013.)

Muita leikkausmenetelmiä ovat mm. mahalaukun kavennus- ja pantaleikkaus. Kavennusleikkaus vaikuttaa ensisijaisesti kerralla syötävän ruoan määrään. Pitkäaikaistulosten epävarmuus on huomioitava harkittaessa kavennusleikkausta. Pantaleikkaukseen liittyy usein mekaanisia ongelmia pitkällä aikavälillä lisäten uusintaleikkausten tarvetta. (Käypä hoito 2013.)

Leikkauskuolleisuus on ollut meta-analyyysien mukaan 0,3-0,5 % ja komplikaatioiden esiintyvyys 13 %. Mahdollisia haittavaikutuksia lihavuusleikkauksen jälkeen ovat suoliston kiinniketukokset, jäännösmahalaukun haavat (noin 4 %), saumojen ahtaumat (noin 3 %) ja sisäisten tyrien aiheuttamat suoliston kiertymät (tukokset yhteensä 2 - 8 %). Yleisimmät leikkauskomplikaatiot olivat syvät tulehdukset, keuhko-ongelmat, haavakomplikaatiot, vuoto-ongelmat ja laskimotukos tai keuhkoembolia. (Käypä hoito 2013.)

### 3.3 Lihavuuskirurgisen leikkauksen vaikutus painoon

Lihavuuskirurgia aikaansaa yleensä ilmeisesti runsaamman laihtumisen kuin konservatiivinen hoito vaikeasti ja sairaalloisesti lihavilla potilailla. Kaksi vuotta lihavuusleikkauksen jälkeen paino pyrkii usein nousemaan, ja suuressa ruotsalaisessa satunnaistamattomassa hoitotutkimuksessa (SOS-tutkimus) paino on ollut kymmenen vuoden kuluttua 14–25 % pienempi kuin leikkausta edeltänyt. (Käypä hoito 2013.)

Mahalaukun ohitusleikkaus pienensi painoa keskimäärin 18 % ja pantaleikkaus 14 %. Painonlasku oli riittämätön (alle 5 % alkuperäisestä painosta) ohitusleikkausryhmässä 9 %:lla ja pantaleikkausryhmässä 25 %:lla. Meta-analyysien mukaan mahalaukun ohitusleikkaus on pienentänyt painoa keskimäärin 41 kg ja pantaleikkaus 32 kg 36 kuukauden tai sitä pidemmän seurannan ajaksi. (Käypä hoito 2013.)

### 3.4 Ravitsemustila

Leikkauksen jälkeinen ravitsemushoito etenee vaiheittain nestemäisestä ja pehmeästä ravinnosta normaalirakenteiseen, terveelliseen ruokavalioon. Erityistä huomiota ravitsemusneuvonnassa tulee kiinnittää ruoan ravintoainesisällön riittävyteen, koska ruokamäärät ovat pieniä ja niiden tuleekin olla pieniä.

Kaikille leikatuille suositellaan käytettäväksi pysyvästi vitamiinilisiä: monivitamiini, kalsium- ja D-vitamiinilisiä sekä B12-vitamiinia. Lihavuusleikatuiden ravitsemustilaa pitää seurata säännöllisesti ja hoitaa mahdolliset havaitut puutostilat niistä aiheutuvien vakavien komplikaatioiden ehkäisemiseksi. (Käypä hoito 2013.)



#### 4 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Terveysteen ja elintapoihin liittyvä ohjaus on haasteellista. Elintapamuutosten toteuttaminen ja niiden ylläpitäminen ei ole helppo tehtävä. Uuden käyttäytymisen omaksuminen edellyttää pitkienkin aikojen kuluessa syntyneiden käyttäytymismallien muuttamista. Käyttäytymisen muutosta voidaan edistää vahvistamalla uskoa uuden käyttäytymisen positiivisiin vaikutuksiin ja henkilön omiin kykyihin muutoksen toteuttajana. Tämä ei tapahdu vain antamalla riskitekijöihin perustuvaa tietoa. Ohjaustilanne, jossa haluttua muutosta käsitellään monipuolisesti, vahvistaa ohjattavan kykyä tarvittavien muutosten toteuttamiseen. Tällainen ohjaus helpottaa realististen tavoitteiden asettamista tukien sisäisen hallinnan saavuttamista ja siten muutosten haltuun ottamista. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 17–18.)

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo tietää, mitä hän haluaa ja mitä hänen täytyy tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjaustarpeen selvittämiseksi asiakasta voi pyytää kertomaan terveysongelmastaan ja sen syistä, mitä hän odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Viime kädessä asiakas pystyy itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi, kun hänellä on riittävästi tietoa. Kun ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Onnistunut ohjaus voi rakentua vain riittävien taustatietojen varaan. Ohjaajan on tunnistettava asiakkaan taustatiedot, mutta hänen tulee olla myös tietoinen omista taustatekijöistään, jotka vaikuttavat ohjaussuhteen syntymiseen ja sen etenemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

#### 4.1 Potilasohjauksen toteuttaminen

Lipposen (2014, 17, 58) väitöskirjan mukaan potilasohjaus on hoitotyön keskeinen auttamiskeino ja sen kehittäminen on tärkeää ohjaustarpeen lisääntyessä ja potilaiden ollessa entistä tietoisempia oikeuksistaan ja sairaudestaan sekä sen hoidosta. Osaamista tarvitaan erityisesti potilaan lähellä ja ohjaustaitojen ylläpito onkin tärkeää, jotta potilaat saisivat kaikissa hoitokontakteissaan laadukasta ohjausta. Se on myös taloudellisesti merkitsevää ohjausosaamisen säästäessä kuluja kaikilla tasoilla potilaan hoitoprosessissa. Hoitohenkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa tietojen päivittämistä. Ohjaustaitoja voidaan vahvistaa henkilökunnan koulutuksilla, toimivalla yhteistyöllä, hoito-ohjeilla ja hoitosuosituksilla.

Potilaan ohjaaminen on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin muut kohtaamiset ja ohjauksessa potilas on asioiden ratkaisijana aktiivinen hoitohenkilöstön tukiessa häntä päätöksenteossa ja pidättäytyen esittämästä valmiita ratkaisuja. Hyvä potilasohjaus edellyttää myös asianmukaisia resursseja ohjausajan, tilojen, hoitohenkilöstön ja materiaalin suhteen potilasohjauksen onnistumiseksi. Olosuhdetekijät ovat myös yhteydessä ohjauksen laatuun. Erityisesti riittämätön ohjausajan käyttö aiheuttaa potilaissa tyytymättömyyttä ja huonontaa ohjauksen laatua ilmenee Lipposen (2014, 17–20) väitöskirjasta.

Ohjauksen toteutuksessa merkityksellistä on vuorovaikutteisuus ja potilaslähtöisyys toteuttaen sitä suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti huomioiden potilaiden yksilölliset tarpeet ja taustatekijät. Potilaan ohjausodotukset ovat erilaisia iän ja sukupuolen mukaan. Potilaan itsensä lisäksi on huomioitava perhe, vertaisryhmät ja monipuoliset ohjausmenetelmät. (Lipponen 2014, 21.)

Lipponen (2014, 21–22) tuo väitöskirjassaan esiin myös tunneulottuvuuden, joka muodostuu ohjaussuhdetta ylläpitävistä tekijöistä, kuten ongelmien ja tunteiden huomioimisesta sekä palautteen antamisesta. Potilaan ohjauksen tulisi sisältää sosiaalista ja emotionaalista apua ja tukea tunteiden käsittelyssä. Tärkeitä ovat hyvät vuorovaikutustaidot. Kun ohjattava saa myönteistä palautetta ja hänen ongelmistaan ja tunteistaan ollaan kiinnostuneita, hän kokee turvallisuutta ja arvostusta pystyen hyödyntämään saamaansa ohjausta hoitoaan koskevassa päätöksenteossa.

## 4.2 Dialoginen vuorovaikutus

Dialogisen vuorovaikutuksen orientaatioissa ohjaaja ja ohjattava pyrkivät tasapainoiseen ja vastavuoroiseen työskentelyyn ja riittävän yhteisen ymmärryksen rakentamiseen. Dialogista vuorovaikutusta voidaan pitää potilaan osallistumisen kannalta tavoiteltavimpana. Dialoginen ohjaus perustuu molemminpuoliselle kunnioittamiselle, huomioon ottamiselle ja kuuntelulle. Tilanne on mukanaolijoiden yhteinen prosessi ja edellytyksenä on ohjattavan ja ohjaajan tasapainoinen osallistumisen mahdollisuus ohjaustapahtuman kulkuun. (Vänskä ym. 2011, 58.)

Dialogiselle keskustelulle on luotava suotuisat olosuhteet. Burbulesin (1993) mukaan dialogisen keskustelun tulee täyttää kolme ehtoa. Ensimmäinen ehto liittyy osallistumiseen eli dialoginen keskustelu vaatii jokaisen siinä mukana olijan aktiivista, mutta vapaaehtoista osallistumista. Jokaisella on oikeus erilaisten näkökulmien esittämiselle. Molemminpuolinen sitoutuminen kuuluu dialogiseen keskusteluun eli halua ymmärtää toisen ilmaisemia näkökulmia, ajatuksia ja tunteita. Kolmantena ehtona on vastavuoroisuus, joka tarkoittaa osallistujien toisistaan huolehtimista ja keskinäistä kunnioitusta. Dialoginen keskustelu on dynaaminen ja uudistava prosessi, jonka päämääränä on osapuolten erilaisten näkemysten jakaminen tai yhdistäminen. (Junnila, Koskinen, Stolt & Salminen 2011, 6–7.)

## 4.3 Voimavaraistava potilasohjaus

Potilasohjausta säätelevät lait, muun muassa Suomen perustuslaki, kuntalaki, ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö ja muut asiakkaan tai potilaan ohjausta sivuavat lait. Suosituksia ohjaukseen antaa mm. kansainväliset terveys- ja hyvinvointiohjelmat ja toimintaa ohjaavat yleiset suositukset, Käypä hoito- ja laatusuositukset sekä yleiset periaatteet ja hyvät tavat. Hengeltään nämä kaikki ovat sellaisia, että niiden noudattaminen vaatii asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, tasa-arvoista asemaa ja yhteistyötä. (Vänskä ym. 2011, 16, 17.)

Voimavaraisuutta on, että potilas tietää omasta hoidostaan ja tilanteestaan riittävästi, ymmärtää tämän tiedon sekä pystyy tämän tiedon avulla toiminaan omassa tilanteessaan ja hoidossaan. Voimavaraisuutta ei voi antaa toiselle, mutta potilaan voimavarojen löytämistä ja niiden vahvistumista voidaan tukea ohjauksen avulla. Potilaalla itsellä on keskeinen osuus oppimisprosessissa. Hänen oma tietämys ja tiedontarpeet arvioidaan ja niihin vastataan. Potilaita autetaan tiedonvalikoinnissa. Tärkeää on myös tasavertainen potilas-hoitohenkilökuntasuhde. (Johansson ym. 2007.)

Aikaisempien tulosten mukaan voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa potilas on kokenut olleensa keskeisessä asemassa oppimisessaan (Pellino ym.1998). Potilas on kokenut tietäneensä hoitoonsa liittyvät asiat varmemmin ja osanneensa toimia varmemmin tämän tiedon avulla. (Anderson ym. 1995, Pellino ym. 1998, Krouse 2001, Tsay & Hung 2004, Wong ym. 2004.) Potilas on kokenut olleensa aktiivisessa roolissa päätöksenteossaan. (Johansson ym. 2007.)

Heikkisen (2011, 5) väitöskirjasta ilmenee ortopedisilla päiväkirurgisilla potilailla olevan hyvät mahdollisuudet voimavaraistua tiedollisesti, voimavaraistumista tukevalla Internet -perustaisen potilasohjausmenetelmän avulla. Internet -perustainen ohjaus sisältää monipuolista tietoa, vaikka hyväksyttävyyys koettiin osittain heikommaksi kuin sairaanhoitajan välittämän ohjauksen. Potilaat arvioivat Internet -perustaisen ohjauksen helppokäyttöiseksi ja he käyttivät nettisivustoa ongelmitta. Kustannuksista organisaatiolle voitiin puolittaa sairaanhoitajan ohjaukseen käyttämä aika Internet -perustaisen ohjauksen avulla. Ohjausmuotoon osallistuneiden potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät enemmän kuin sairaanhoitajan potilasohjaukseen osallistuneiden potilaiden tiedot. Ohjausmuoto ei vaikuttanut potilaiden kokemien tunteiden ja oireiden voimakkuuteen.

Lipposen (2014, 19–20) väitöskirjan välittämä tieto on samansuuntaista kuin Heikkisen (2011) väitöskirjan. Potilasohjauksen vaikutusten vahvistamiseksi hoitohenkilöstön tulisi hallita monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö. Audiovisuaalista ohjausta äänikasettien, videoiden, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä käytetään vielä vähän ja käyttö hallitaan vain tyydyttävästi. Potilaat ovat aktiivisia hakemaan tietoa itse Internetistä. Silti hoitohenkilöstöltä saatu ohjaus on ensisijainen tiedonlähde potilaalle. Suullinen ohjaus hallitaan hyvin ja kirjallista ohjausta pidetään merkittävänä suullisen ohjauksen tukena edistämään hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. Audiovi-

suaalisen ohjauksen osuus on kasvussa ja siitä on osoitettu olevan hyötyä tiedon lisäämisessä ja jäsentämisessä, pitkäaikaissairaiden hoidon tukemisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Audiovisuaalisen ohjauksen kehittäminen on terveystalouden järjestelmän kannalta tärkeää, sillä esimerkiksi hoitohenkilöstön antama puhelinneuvonta vähentää kuormitusta lääkäreiden vastaanotoilla ja laitoshoidossa.

#### 4.3.1 Mitä on voimaantuminen

Siitosen (1999, 82) väitöskirjasta ilmenee empowermentin eli voimaantumisen käsitettä lähestyttävän monista eri lähtökohdista ja kirjallisuuden perusteella johtopäätösten tekemisen olevan ongelmallista. Perehdyttyään kansainvälisiin julkaisuihinkin Siitonen (1999, 6, 14, 61, 83) kuvaa tutkimuksensa ydinkäsitteeksi nousseen sisäisen voimantunteen, joka on englanninkielisen empowerment -käsitteen synonyymi ja voimaantuminen vastaa parhaiten empowerment -käsitteeseen keskeisesti sisältyvää ihmisestä itsestään lähtevää voimaantumisprosessin luonnetta. Voimaantumiskysymyksen tekee haasteelliseksi ja ongelmalliseksi se, että voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään, voimaa ei voi antaa toiselle. Toisaalta mahdollisuus ja haasteellisuus on toimintaympäristön olosuhteiden merkityksellisyydessä, koska voimaantuminen voi olla tietyssä ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa. Voimaantumista jäsentävien osaprosessien tiedostamisella, tilanteen arvioimisella ja voimaantumista edistävillä hienovaraisilla ratkaisuilla voidaan yrittää edistää ihmisten hyvinvoinnin rakentumista. Kategoriat vapaus, arvostus, vastuu, luottamus, konteksti, ilmapiiri ja myönteisyys ovat merkityksellisiä voimaantumisprosessissa. Sisäinen voimantunne on omia voimavaroja ja vastuullista luovuutta vapauttavaa tunnetta. Sisäisen voimantunteen saavuttaneista heijastuu positiivinen lataus ja myönteisyys ja yhdistyy hyväksyvään, luottamukselliseen ilmapiiriin ja arvostuksen kokemiseen. Sisäisen voimantunteen saavuttaneella ihmisellä on halu yrittää parhaansa.

Mattilankin (2008, 27) väitöskirja kertoo empowermentin olevan vaikeasti määriteltävä käsite ja se ymmärretäänkin usein helpommin sen puuttumisen kautta. Mattila (2008, 32–33) kirjoittaa, terveyttä on olla voimaantunut määrittelemään, etsimään ja

löytämään edellytykset, toimintatavat ja voimavarat toimia tehokkaasti yksilön eteen tulevilla merkittävissä asioissa. Terveys on voimaantumista yksilöiden kyetessä voimaan hyvin ja olemaan kokonaisia, kehittämään potentiaansa, lisäämään laatua elämäänsä tai luopumaan elämästä. Kokonaisen ihmisen vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa terveys ja voimaantuminen ovat vahvasti yhteydessä sekä sisäisiin että ulkoisiin voimavaroihin.

Mattila (2008, 132–133) toteaa vielä, jos ajatellaan voimaantumisen kuuluvan ilmiönä hoitamisen ja ihmisen auttamisen tapahtumaan, käsitteen selkiyttäminen on edelleen tarpeen. Tutkimus antoi selviä viitteitä siitä, että asiakkaan voimaantuminen ymmärretään hyvin usein hänelle antamisen tai hänen puolestaan tekemisen automaattiseksi seuraamukseksi.

Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999, 138, 139, 143) kirjoittavat artikkelissaan voimaantumisen käsitettä käytettävän monissa yhteyksissä ja tieteenaloilla. Se voidaan määritellä kokonaisuutena ajattelulle ja toiminnalle, jolla henkilö, organisaatio tai yhteisö kokevat kontrollia elämään ja asioihin liittyvään olotilaan. Voimaantuneena elämä on tasapainossa ja pystytään toimimaan tarkoituksenmukaisesti ongelmatilanteissa.

Leino-Kilpi ym. (1999, 139, 143) kirjoittavat vielä voimaantumisen tarkoittavan toiminnallista kokonaisuutta, jonka kautta potilaat kokevat valvontaa heidän terveysongelmistaan ja niiden seurauksista. Potilaiden terveydentilan analysointia tulisi tukea laadukkaalla hoidon edistämiseksi. Lisäksi sairaanhoitajien pitäisi tuntea potilaat hyvin ja olla ainutlaatuisesti kiinnostunut merkityksistä, osoittaa sairaus ja keinot tilanteen hallitsemiseksi. Tämä yksilöidysti on hoitotyön ydintä ja myös hoitotyön laatua. Tarvitaan koulutusta sairaanhoitajille ja selvitystä koulutustarpeesta eri potilasryhmille.

#### 4.3.2 Voimaantumisen ulottuvuudet

Leino-Kilpi ym. (1999, 139) ovat tutkimuksessaan jakaneet voimaantumisen seitsemään mittaan: bio-fysiologiseen, toiminnalliseen, kognitiiviseen, sosiaaliseen, kokemukselliseen, eettiseen ja taloudelliseen ulottuvuuteen, (Taulukko 1.) Biofysiologisessa ulottuvuudessa voimaantuminen perustuu potilaiden riittävään tietoon fysiologisista oireistaan ja he voivat kontrolloida ongelmien aiheuttamia oireita. Toiminnallisessa ulottuvuudessa voimaantuminen koostuu toiminnallisen tilanteen hallinnan tunteesta, jolloin heillä on vahvuus tehdä ja toimia haluamallaan tavalla poistaen tai halliten ongelmaa. Kognitiivisessa ulottuvuudessa voimaantumisen muodostuu tunne riittävästä tiedosta terveysongelmassa ymmärtäen tiedon ja mahdollisuuden saada uutta tietoa ja arvioida tiedon hyödyllisyyttä itselle.

Sosiaalisessa ulottuvuudessa voimaantumiseen liittyy tunne kuulua ja pysyä sosiaalisen yhteisön jäsenenä terveysongelmasta huolimatta. Lisäksi siihen liittyy tunne hoitoympäristöön ja sosiaalisiin kontakteihin sisältyvästä tuesta terveysongelmaan. Kokemuksellisessa ulottuvuudessa voimaantuminen tarkoittaa kykyä käyttää aikaisempia kokemuksia hyödyksi auttaen hallitsemaan terveysongelmaa. Eettiseen ulottuvuuteen voimaantumisen tarkoitetaan itsensä kokemista niin ainutlaatuisena ja kunnioitettavana yksilönä, että motivoitutaan hoitamaan ja varmistetaan heidän hyvinvointinsa. Taloudellisessa ulottuvuudessa voimaantuminen tarkoittaa potilaiden voivan tulla toimeen taloudellisesti terveysongelmansa kanssa ja huomioiden hoitotavan, joka rassittaa heitä myös taloudellisesti. (Leino-Kilpi ym. 1999, 139.)

TAULUKKO 1. Voimaantumisen ulottuvuudet

<b>Ulottuvuus</b>	<b>Voimaantuminen</b>
Biofysiologinen	Riittävä tieto fysiologisista oireista, voi kontrolloida ongelmien aiheuttamia oireita
Toiminnallinen	Toiminnallisen tilanteen hallinnan tunne, vahvuus tehdä ja toimia haluamallaan tavalla poistaen tai halliten ongelmaa
Kognitiivinen	Tunne riittävästä tiedosta terveysongelmaan ymmärtäen tiedon, mahdollisuus arvioida tiedon hyödyllisyyttä itselle
Sosiaalinen	Tunne kuulua ja pysyä sosiaalisen yhteisön jäsenenä
Kokemuksellinen	Kyky käyttää aikaisempia kokemuksia hyödyksi
Eettinen	Itsensä kokeminen ainutlaatuisena ja kunnioitettavana yksilönä
Taloudellinen	Toimeentuloa terveysongelman kanssa taloudellisesti

#### 4.4 Tuen ja ohjauksen tarve ennen ja jälkeen leikkauksen

HYKS Peijaksen sairaalassa on vuonna 2011 tehty tutkimus lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksista: lihavuuden vaikutuksesta elämään ja leikkaukseen liittyvistä ohjauksen ja tuen tarpeista ennen ja jälkeen leikkauksen. Tulosten perusteella kaikilla lihavuuskirurgisilla potilailla lihavuus oli vaikuttanut elämään heikentävästi. 68 % koki sen vaikuttaneen elämään paljon ja heikentävät vaikutukset kohdistuivat fyysiseen kuntoon, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin ja ulkonäköön. (Rekola ym. 2013, 33, 35.)



Lihavuus aiheutti fyysisessä kunnossa huonoa jaksamista, vireystilan laskua ja liikumisvaikeutta. Myös työssäkäynti, harrastukset ja lasten kanssa oleminen aiheutti jaksamisongelmia. Huono yleiskunto, nivel- ja selkäsäryt olivat johtaneet monet sairaus- tai osa-aikaeläkkeelle. Lihavuuden koettiin aiheuttaneen psyykkiseen hyvinvointiin häpeän ja alemmuuden tunteita. Sosiaalsiin suhteisiin liittyen lihavuuden koettiin vaikeuttavan työnsaantia, koettiin syrjimistä, vähättelyä ja työpaikkakiusaamista. (Rekola ym. 2013, 35.)

Ennen leikkausta toivottiin tietoa kivun laadusta ja normaalista kivusta. Syömiseen ja juomiseen liittyi paljon tiedon ja ohjauksen tarpeita, mm. ravintoaineiden ja vitamiinien riittävästä saannista, annoskoosta ja sopivasta ruoan laadusta. Leikkauksen jälkeen tuen tarvetta lisäsivät pelko ja epävarmuus leikkauksesta ja laihtumisen onnistumisesta, ruokailutottumusten suuresta muutoksesta, kehon muutoksista, omasta sitoutumisesta ja ympäristön reagoinnista. Lihavuuskirurgiset potilaat tarvitsevat yksityiskohtaista ja konkreettista ohjausta ja tukea monella elämän alueella. Myös läheiset ja perhe tarvitsevat ohjausta ja tukea. (Rekola ym. 2013, 35–36, 40, 42.)

Collesin, Dixonin ja O'Brienin (2007) artikkelin tutkimuksen mukaan lihavuusleikkauksen jälkeisellä käyttäytymisen muutoksella on merkittävä vaikutus merkittävään laihtumiseen. Nälän valvonta ja säännöllinen liikunta edistävät laihtumista ja kuuluvat käyttäytymisen muutokseen. Leikkauksen jälkeisessä tarkastelussa ja neuvonnassa tärkeänä näkökohtana pitäisi olla myönteisen käyttäytymisen saavuttaminen ja ylläpitäminen. Hallintaan on sisällytettävä riittävät toimenpiteet säädellä nälkää, optimoida fyysistä toimintakykyä ja aktiivisuutta ja vahvistaa strategioita energian saannin vähentämiseksi.

#### 4.5 Toivo ylläpitää ja vahvistaa psyykkisiä voimavaroja

Toivon keskeistä merkitystä korostetaan erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä. Toivo on ihmisen elämän peruselementti, onnistuneen mukautumisen edellytys, hyvinvointia edistävä parantava voima ja elämän perusvoimavara. Sekä potilaat että hoitajat ovat korostaneet toivon ylläpitämistä ja vahvistamista psyyken tukemiseksi, psykiatrisessa hoitotyössä. (Kylmä 2012, 31.)

Toivon määrittelyissä korostuvat positiivinen tulevaisuuden perspektiivi ja toivo on uskoa, että asiat menevät parempaan suuntaan henkilökohtaisesti. Toivo on myös positiivinen motivoitunut tila perustuen kokemukseen, että toivovalla ihmisellä on tahto ja keinot saavuttaa tavoitteensa. Lisäksi toivoa on kuvattu voimaannuttavana tekijänä, joka tunnustaa ja vahvistaa yksilön ainutlaatuisuutta, rikastuttaa perspektiivejä ja elämää tukien nykyisyyttä ja odottaen parempaa tulevaisuutta. (Kylmä 2012, 31.)

Psyykkisten voimavarojen tukemisen tutkimuksissa on tunnistettu psykiatrisen hoitotyön kuormittavuus ja erityistä huomiota on kiinnitettävä hoitajienkin terveyteen ja työhyvinvointiin. Toivo on myös positiivisesti yhteydessä työtyytyväisyyteen ja työsuoritukseen. Toivo suojaa hoitajaa hoitamiseen liittyviltä negatiivisilta vaikutuksilta, koska korkean toivon tasoon liittyvät myönteiset tunteet ja optimistisuus. Toivon on myös todettu olevan yhteydessä hoitajan joustavuuteen mukautumista vaativissa hoitotilanteissa. (Kylmä 2012, 32.)

Hoitajan toivo on tärkeä hänen itsensä kannalta, mutta myös hoidettavina olevien potilaiden ja heidän läheistensä kannalta. Hoitajan toivo kannattelee häntä itseään ja hänen työtään, mutta hoitaja voi joutua myös "lainaamaan" omaa toivoaan potilaille ja omaisille vaikeissa tilanteissa. (Kylmä 2012, 32.)

Lihavuuskirurgiset potilaat ovat toiveikkaita tulevaisuuden suhteen, terveyden edistymiseen. Heidän toivoaan vahvistetaan toivoa herättävällä vuorovaikutuksella kunnioittaen ja arvostaen potilasta. Lisäksi toivoa antaa lihavuuskirurgisen potilaan tukeminen parhaansa tekemiseen kannustaen ja rohkaisten. Onnistuminen herättää lisää uutta toivoa jatkaa valitsemallaan tiellä terveempää tulevaisuutta kohden.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

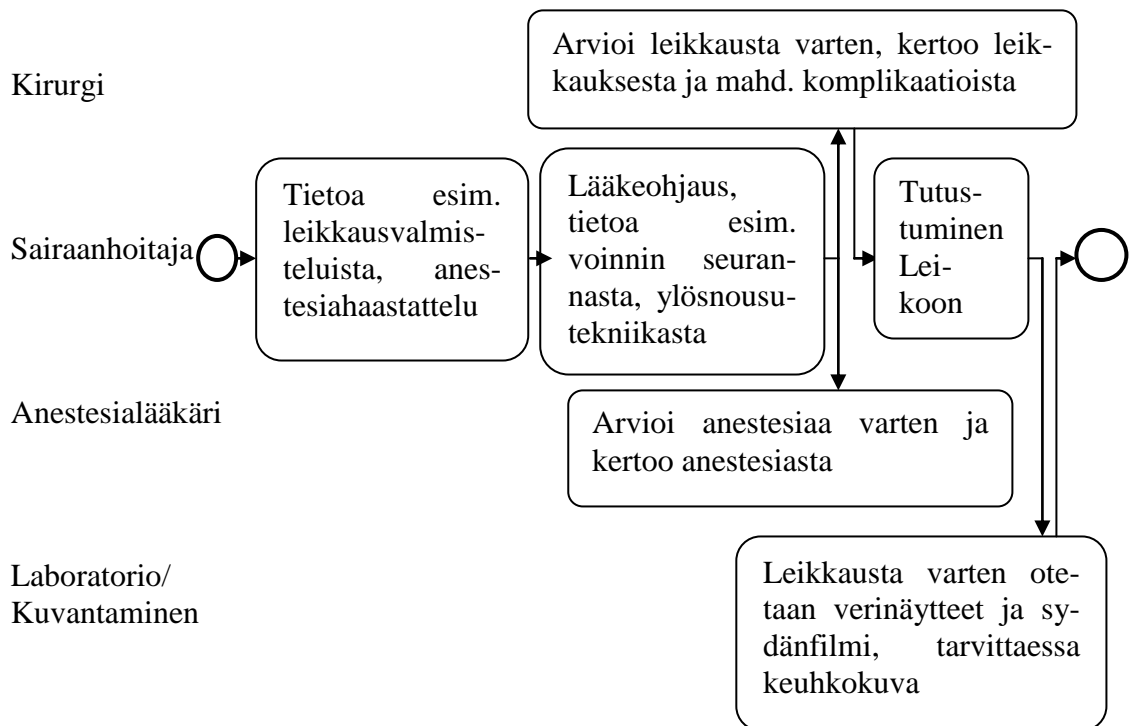
Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lihavuuskirurgisen potilaan tiedon- ja ohjauksen tarpeita leikkauksen jälkeen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena oli saada tietoa aiheista, joihin lihavuuskirurginen potilas tarvitsi tukea ja ohjausta leikkauksen jälkeen ja täten kehittää tuen antamista ja potilasohjausta tunnistamalla lihavuuskirurgisen potilaan leikkauksen jälkeisiä tuen ja ohjauksen kehittämistarpeita.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia tiedontarpeita potilaalla on lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen?
2. Minkälainen ohjaustapa tukee potilaan sisäisen voimantunteen vahvistumista lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen?

## 6 TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

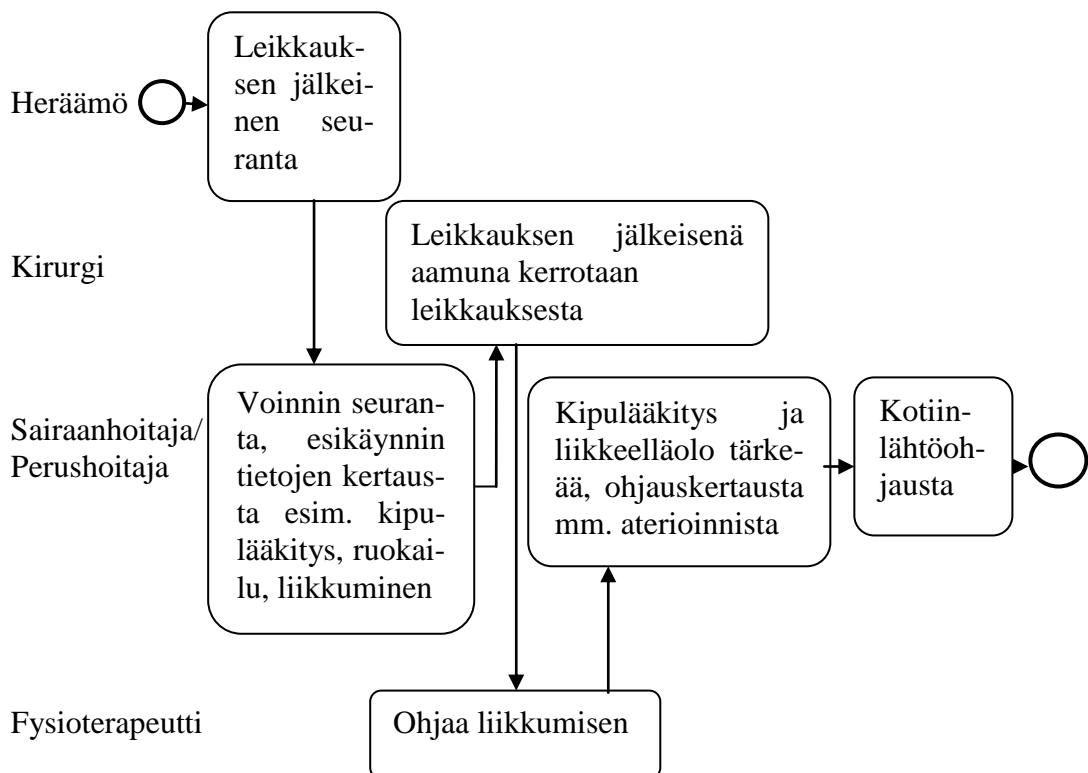
Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen kuuluu leikkauksen arviointikäyntien lisäksi potilaan esikäynti Satakunnan sairaanhoitopiirin keskussairaalaissa, gastroenterologiseen kirurgiaan erikoistuneella vuodeosastolla, (Kuvio 1.) Potilas saa tällöin kokonaisvaltaista tietoa ja ohjausta sairaanhoitajalta, sisältäen esimerkiksi leikkausvalmistelutietoja, lääkeohjausta, tietoa leikkauksen jälkeisestä voinnin seurannasta ja ylösnousutekniikasta. Esikäynnillä tutustutaan myös Leiko (leikkaukseen kotoa) -yksikköön. Lisäksi kirurgi ja anestesia lääkäri tapaavat potilaan esikäynnin yhteydessä ja laboratorioissa otetaan tarvittavat näytteet leikkausta varten.



KUVIO 1. Lihavuuskirurgisen potilaan leikkauksen esikäynnin ohjausprosessi

Lihavuuskirurgisesti leikatun potilaan heräämön jälkeinen, välitön hoito ja ohjaus tapahtuvat gastroenterologiseen kirurgiaan erikoistuneella vuodeosastolla, (Kuvio 2.) Potilaan välittömään hoitoon ja ohjaukseen osallistuvat vuodeosastolla lääkärit, kertoen esimerkiksi leikkaustapahtumista. Sairaanhoitajat ja perushoitajat huomioivat potilaan leikkauksen jälkeistä vointia ja huolehtivat potilaan tarpeista. Fysioterapeutit osallistuvat potilaan aktivoimiseen ja ohjaavat liikkumisen. Ohjaustilanteet tapahtuvat muun työn ohessa, eikä potilasohjaukselle ole mitoitettu erillistä työaikaa, joten ohjauksen tulee olla tehokasta, täsmällistä ja vastata yksilöllisesti potilaan tarpeisiin.

Osastolla on 38 potilasvuodepaikkaa. Lihavuuskirurgisten lisäksi ja suurimpina potilasryhminä osastolla hoidetaan suolisto-, mahalaukku-, sappi- ja haimatauteihin sairastuneita ja leikattuja potilaita. Keskimääräinen hoitojakson pituus on neljä vuorokautta.



KUVIO 2. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi leikkauksen jälkeen osastolla

Ylipaino on tavallista suomalaisten keskuudessa ja se on lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana miehillä enemmän kuin naisilla. (Kiiskinen ym. 2008, 34). Ohjauksen merkitys onkin tärkeää erityisesti ravitsemukseen liittyen lihavuuskirurgisen leikkauksen yhteydessä. Erityisesti ateriakoon merkitystä on painotettava toistuvasti hoitojakson aikana, tukien samalla potilasta merkittävään muutokseen aterioinnissa. Kyngäs ja Hentisen (2009, 24) teoksen mukaan potilaan hoitoon sitoutumisen edistäminen osana omaa työtä merkitseekin yhteistyötä ja vastuunottamista koko hoitoprosessista hoidettavan kanssa, koska vastuu ulottuu välittömän hoidon lisäksi kokonaan tapahtuvaan hoitoon ja pitkäaikaissairauksissa mahdollisesti koko loppuelämään. Tämä voi edellyttääkin uudenlaista näkökulmaa ja suhtautumista omaan työhön, mahdollisesti myös uusia tietoja ja taitoja.

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUKSEN VAIHEITA

### 7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimus on tehty kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, koska haluttiin saada vastauksia todellisista ja alkuperäisistä kokemuksista ja tiedontarpeista lihavuusleikkauksen jälkeen. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 157) toteavatkin teoksessaan, että kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Ajatuksena siihen sisältyy, että todellisuus on moninainen ja voi saada pehmeitä, rikkaita, syvällisiä ja ilmiötä aidosti kuvaavia tutkimustuloksia. Tutkimuksessa on kuitenkin huomioitava, että todellisuutta ei voi pirstoa osiin. Lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita.

Kohdejoukko valikoituu tarkoituksenmukaisesti ja kohdetta tarkastellaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineisto tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160.) Myös tämän tutkimuksen kohdejoukko valikoitui täsmällisesti ja tarkoituksenmukaisesti, potilaiden suostumuksella haastateltaviksi. He olivat itse kokeneet lihavuuskirurgisen leikkauksen ja heillä oli ainutlaatuiset kokemuksensa.

Tutkimukseen osallistuneiden kokemukset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja ihmisten kokemukset asioista ovat aina yksilöllisiä, toisaalta tuntemukset voivat yhdistyä samansuuntaiseen kokemukseen. Tutkimuksen teon kannalta käsitteinä keskeisiä ovat merkitys, kokemus ja yhteisöllisyys. Tietokysymyksinä ovat esillä mm. ymmärtäminen ja tulkinta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34.)

Tutkimukseen sopii ymmärtävä tutkimus, jolloin ilmiötä voi joko ymmärtää tai selittää (Tuomi ja Sarajärvi, 2009, 28) ja toisaalta tulkinnallisen tutkimuksen ajatus, koska lihavuuskirurgisella potilaalla on oman perustan muodostama koettu elämä ja uuden tilanteen tuoma merkityksellinen kokemus, mistä etsitään kehittämistarpeita käytännön työelämään, lihavuuskirurgisesti leikatuiden potilaiden terveyden edistämiseksi.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 35) toteavatkin teoksessaan tulkinnan olevan sellaisen laadullisen tutkimuksen päämenetelmä, jossa tutkitaan yksittäisen ihmisen kokemusmaa-

ilmaa. Voidaan sanoa yksinkertaisesti kokemuksen tutkimisessa olevan oletuksen, että tutkittavat ilmiöt eivät avaudu käsitteellistämislle ja ymmärtämiselle suoraan. Tämä kokonainen maailma tutkijan on rajattava tulkinnan kautta. Hänellä on tulkittava aineisto ja tulkinnan avaimet tai periaatteet. Hermeneuttiset säännöt ovat, tutkimuskohteen autonomisuus, merkityksen koherenssi, ymmärtämisen aktuaalisuus ja aina uudelleen ymmärtäminen. Nämä ovat perustana sille tulkinnan menetelmälle, joka luodaan kulloistakin tutkimusta varten. Tässä opinnäytetyössä tulkintaa ohjaa tekijän ammatillinen kokemus aihealueeseen.

Jokaisen selityksen voi sanoa edistävän ymmärtämistä. Ymmärtämiseen liittyy psykologinen vivahdus. Ymmärtäminen on eräänlaista eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. Toisaalta ymmärtäminen voidaan erottaa selittämisestä muutoinkin kuin psykologisen sävyn perusteella. Ymmärtämiseen liittyy aikomuksellisuus, ymmärrämme jonkin asian merkityksen, esimerkiksi koulun tarkoituksen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28.)

## 7.2 Aineisto ja aineiston keruu

Aineisto muodostui satakuntalaisten lihavuuskirurgisesti leikattujen potilaiden kokemuksista ja tiedontarpeista leikkauksen jälkeen. Aineiston keräystä varten tutkimuksen tekijä laati teemahaastatteluun tukikysymykset (Liite 2), mikä oli myös oma, erillinen projektityö. Haastattelurungon pohjana, tutkimuksen tekijä käytti voimavaraistavan potilasohjauksen teoreettista tietoperustaa, jonka näkökulmasta on kehitetty aiemmin Sairaalapotilaan tiedontarve -mittari (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003), jossa teemat ovat jakautuneet biofysiologiseen-, toiminnalliseen-, kokemukselliseen-, eettiseen-, sosiaaliyhteisölliseen- ja ekonomiseen osa-alueeseen. Mittaria on käytetty modifioituna alkuperäisestä SPTT-mittarista tahdistinpotilaiden tiedontarpeen määrittämisessä (Helajärvi-Tirri 2012). Myös sydänpotilaiden tiedontarpeita on kartoitettu kyseisellä mittarilla sitä hieman muokaten (Raak 2013).

Teemahaastattelu (Liite 2), testattiin pilottihaastattelulla teemojen toimivuudesta, todettiin hyväksi ja voitiin ottaa mukaan tutkimusaineistoon. Pilottihaastattelu ja sen



käyttömahdollisuus olivat Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämissryhmän suosituksena.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on avoimuudessaan lähellä syvähaastattelua, joka on täysin strukturoimaton. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä sekä miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Aineisto kerättiin laadullisena aineistona Satakunnan keskussairaalassa lihavuuskirurgisesti leikatuilta potilailta. Aineiston keräystä varten haastateltiin yhdeksän potilasta, yksilöhaastatteluna heinäkuun ja syyskuun 2014 välisenä aikana. Tutkimuksen potilaat saivat kirjallisen tiedotteen haastatteluun osallistumisesta preoperatiivisella käynnillä sairaanhoitajan luona tai seurantapoliklinikakäynnillä ravitsemusterapeutin tai kirurgin luona. Kirjallisen tiedotteen haastatteluun osallistumisesta antoi potilaalle sairaanhoitaja, joka ei ollut osallisena tutkimukseen liittyen. Näin toimittiin eettisen toimikunnan päätöksestä varmentuen potilaiden ymmärrystä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Suostuessaan haastatteluun potilaat vahvistivat tiedotteen allekirjoituksellaan ja allekirjoitettu osa lähetettiin haastattelijalle.

Haastattelija otti ensin yhteyden puhelimitse potilaisiin, jotka olivat allekirjoittaneet suostumuksen ja sovittiin, miten ja milloin haastattelu tapahtuu. Yksi potilas perui sovitun haastatteluajankohdan eikä ilmoittanut annetuista vaihtoehdoista sopivaa päivää, ei ilmoittanut mitään. Haastattelu tulkittiin keskeytyneeksi.

Haastatteluista kolme toteutui henkilökohtaisesti ja kuusi toteutui puhelinhaastatteluina. Haastattelun apuvälineenä käytettiin nauhoitusta haastateltavan suostumuksella. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja haastattelujen pituudet vaihtelivat 15 minuutista 35 minuuttiin. Haastattelun aluksi potilaalla oli mahdollisuus vapaaseen kerrontaan tuntemuksistaan ja kokemuksistaan tiedontarpeista lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen. Haastattelussa käytettiin myös tukikysymyksiä teemoittain. Haastattelukysymystä numero kahdeksan, liittyen voimantunnetta tuovaan ohjaustapaan, voimantunnesanaa tarkennettiin. Nauhoituksen lisäksi haastattelun aikana tehtiin myös kirjallisia muistiinpanoja. Yksi henkilökohtaisen haastattelun nauhoitus epäonnistui, mutta kir-

jalliset muistiinpanot olivat tallennettuna ja haastattelun jälkeen oli mahdollisuus kerata ja tarkentaa vastauksia.

Henkilökohtaisten haastatteluiden määrä oli niukka matkaetäisyyksien vuoksi. Ruusuvuori ja Tiittula (2009, 267, 268) toteavat teoksessaan, että kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa haastateltavat voivat kielellisten ja muiden käyttäytymiseen liittyvien vihjeiden perusteella arvioida haastattelijan luotettavuutta vaikuttaen siihen, miten valmiita he ovat kertomaan yksityisiä asioita itsestään ja sosiaalisesta maailmastaan. Kun taas etähaastattelutilanteessa välimatkan ja anonyymisyyden vuoksi haastateltavien voi olla helpompi käsitellä arkaluonteisia asioita, esittää jyrkästikin vastakkaisia mielipiteitä ja olla kriittisiä. Etäisyys ja anonyymisyys voivat luoda siis avoimuutta. Toisaalta haastateltavan näkymättömyyden vuoksi haastattelijalla ei voi koskaan olla varmuutta, kuka on vastauksen takana ja miten vastaus on syntynyt.

Haastatteluissa haastateltavat potilaat kertoivat rohkeasti kokemuksistaan ennen ja jälkeen lihavuuskirurgisen leikkauksen. Ensimmäisessä henkilökohtaisessa haastattelutilanteessa saattoi aistia hetkellistä alkujännitystä, mutta se katosi haastattelijalta ja haastateltavalta saman tien leikkauksen jälkeisiä kokemuksia kuunnellessa ja potilaan niitä kertoessa. Puhelinhaastattelutilanteissa haastatteliija ei aistinut jännitystä. Puhelinkäyttäytyminen on tällä hetkellä ja yleensä ihmisille tavallinen, helppo ja nopea tapa hoitaa asioita, joten haastattelut sujuivat siten luontevasti. Haastattelijalle ei tullut epäilyksiä tietojen alkuperästä, lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeisistä kokemuksista haastateltavia kohtaan. Haastattelijana koki oppivansa ja haastatteluihin muodostui kokemuksen kautta rohkeammin tarkennuksia ja syvyyttä.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 73) kirjoittavat teoksessaan haastattelun etuna olevan nimenomaan joustavuus, koska haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaisua väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Joustavaa on myös mahdollisuus esittää kysymykset siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. Lisäksi haastattelun etuihin kuuluu haastattelijan voivan toimia samalla myös havainnoitsijana eli muistiin voidaan kirjoittaa ja nauhalle jää se, mitä sanotaan ja kuinka asia sanotaan.

Tutkimuksen haastattelutilanteissa toteutui juuri edellä kuvatut mahdollisuudet luontuen hyvin tämän opinnäytetyön tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Toisaalta

haastatteluiden lopuksi ja tutkimuksen analyysivaiheessa huomasi tilanteiden olleen kuitenkin rajallisia kysyä ja tarkentaa asioita loputtomiin.

Hirsjärvi ym. (2007, 201) tuo teoksessaan esiin haastattelun hyvinä puolina pidettyjen seikkojen sisältävän myös ongelmia. Haastattelu on kuin kolikko, jolla on kaksi puolta. Haastattelu vie aikaa ja haastattelujen teko edellyttää huolellista suunnittelua ja paneutumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin. Haastatteluun katsotaan sisältyvän myös monia virhelähteitä, jotka aiheutuvat niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin ja itse tilanteesta kokonaisuutena.

Tutkimuksessa jokainen haastattelutilanne oli erilainen, vaikka haastattelua ohjasi tarkoitus, teemahaastattelulomake ja säännöt. Tilanteet ovat inhimillisiä ja virhemahdollisuus on läsnä. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tietoisesti huomattu tapahtuneen virhettä. Haastateltava potilas oli ainutlaatuinen yksilö jakaen tietoaan ja kokemustaan. Haastattelija ei ollut tilanteessa haastattelun ammattilainen, mutta kaikki haastattelut sujuivat haastatteluina ongelmitta.

Ruusuvuori ja Tiittula (2009, 13) toteavatkin teoksessaan haastattelun perusajatuksena olevan, että se on haastattelijan ja haastateltavan välistä keskustelua ja vuorovaikutusta ja haastattelu syntyy osallistujien yhteistoiminnan tuloksena.

### 7.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä käyttäen sitä useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällön analyysin prosessista erotetaan eri vaiheita, analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.)

Sisällön analyysin tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä tai malleja. Sisällönanalyysiin liittyy useita vahvuuksia, muun muassa sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. Sisällönanalyysillä tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia ja

lisäksi sillä tavoitetaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se on induktiivista päättelyä, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Jos asiasta ei juuri tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista, on aiheellista käyttää induktiivista lähtökohtaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Nauhoittaminen mahdollistaa haastatteluvuorovaikutuksen kulun tarkastelun ja analysoinnin sekä tilanteeseen palaamisen uudelleen, jolloin nauhoitus on muistiapuna ja tulkintojen tarkistamisen välineenä. Uudelleen kuuntelu tuo esiin haastattelusta uusia sävyjä, joita ei ehkä ole ensikuulemalta ollenkaan pannut merkille. Nauhoituksen ansiosta haastattelusta voidaan myös raportoida tarkemmin. (Ruusuvuori & Tiittula 2009, 14–15.)

Haastattelun jälkeen kaikki nauhoitukset kuunneltiin ja kirjallisen dokumentoinnin yhdenmukaisuus tarkistettiin. Lisäksi nauhoitukset kirjoitettiin tekstiksi eli litteroitiin. Potilaiden nimiä ei kirjoitettu missään vaiheessa haastatteluihin, joten nimiä ja haastatteluita ei voitu kohdentaa. Nauhat kuunneltiin vielä uudestaan ja tarkistettiin haastattelujen kaikki puhe tulleen huomioiduiksi ja kirjoitetuiksi. Aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä valiten aineistoyksiköksi teemaan sisältyvä ajatuskokonaisuus. Aineistoon tutustuttiin litteroidessa. Aineistoa luokiteltiin ja tulkittiin teemojen avulla. Aineistoon ja sisältöön palattiin useasti koko analyysin ajan tarkistaen analyysin kirjoituksen ja tutkimustulosten yhdenmukaisuutta alkuperäisaineistoon.

Aineisto oli melko hyvin järjestyksessä, koska teemahaastattelurunko ohjasi osittain haastattelua ja tukikysymykset olivat valmiina teemoittain ja auttoivat siten analyysivaihetta. Potilaan vapaan kerronnan asiat luokiteltiin teemojen alle. Lisäksi aineiston muut aiheet järjesteltiin ja luokiteltiin omiksi aiheikseen. Analyysissä merkittävät tulokset kerrottiin numeroilla tai kaikki -sanalla ja merkittävästä taustatiedon vaikutuksesta tulokseen kerrottiin. Analyysin lopuksi alkuperäistä aineistoa verrattiin systemaattisesti kirjoitettuihin tutkimustuloksiin ja todettiin tutkimustulokset totuudenmukaisiksi.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksista ilmenee potilaiden tiedontarpeita lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen biofysiologisella -, toiminnallisella -, kokemuksellisella -, eettisellä -, sosiaaliyhteisöllisellä - ja taloudellisella osa-alueilla. Tuloksista ilmenee lisäksi tiedonsaantia ennen lihavuusleikkausta ja haastateltujen potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen. Haastatellut potilaat kuvasivat erillisenä myös voimantunnetta antavaa ohjaustapaa ja tuloksista tunnistettiin lihavuuskirurgisen potilaan tuen ja ohjauksen kehittämistarpeita.

### 8.1 Potilaan lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeinen tiedontarve

Potilaan lihavuusleikkauksen jälkeinen tiedontarve esiintyi biofysiologisella osa-alueella (Kuvio 3), liittyen oireisiin, tutkimukseen ja hoitoon, toiminnallisella osa-alueella liittyen jokapäiväisistä toiminnoista selviytymiseen, kokemuksellisella osa-alueella liittyen tunteisiin ja aikaisempaan kokemukseen, eettisellä osa-alueella liittyen oikeuksiin, vastuuseen ja luottamuksellisuuteen, sosiaaliyhteisöllisellä osa-alueella liittyen läheisten ja ystävien välittämään tietoon ja tukeen ja taloudellisella osa-alueella liittyen erilaisiin kustannuksiin.



KUVIO 3. Tiedontarve lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen

Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeisiä tiedontarpeiden tema-alueita on käytetty aiemmissakin tutkimuksissa, esimerkiksi tahdistinpotilaiden tiedontarpeen määrittämisessä (Helajärvi-Tirri 2012). Myös sydänpotilaiden tiedontarpeita on kartoitettu oheisilla osa-alueilla (Raak 2013). Kaikkien näiden tutkimusten pohjana on Sairaalapotiilaan tiedontarve -mittari (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003), jota on hie-man modifioitu kullekin tutkimukselle soveltuvaksi.

### 8.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja

Haastatteluun osallistuneet potilaat olivat iältään alle 44-vuotiaita. Heistä naisia oli neljä ja miehiä viisi. Haastatteluun osallistuneista kaksi kolmasosaa (n=9), olivat työelämässä. Haastatteluun osallistuneet kertoivat asuvansa perheen kanssa, yksin, lapsen kanssa tai avopuolison kanssa. He olivat saaneet tietoa leikkaushoidon mahdollisuudesta työterveyshuollosta, kuntoutuskeskuksesta, "puskaradiosta", mediasta ja julkisuudesta sekä katsomalla televisiosta leikkausdokumenteja. Leikkausajankohdasta haastattelu suoritettiin lyhyimmillään kahden viikon kuluttua ja pisimmillään leikkauksesta oli kulunut aikaa haastattelutilanteeseen vuosi ja kolme kuukautta.

### 8.1.2 Tiedonsaanti ennen lihavuuskirurgista leikkausta

Kaikki haastatellut potilaat olivat itse selvittäneet lihavuuskirurgiseen leikkaukseen liittyvää tietoa sosiaalisen median kautta ennen leikkausta. Selvitetyn tiedon kokemuksena oli, että tiedosta tarvitsee osata suodattaa tietyt asiat pois, koska kaikki tieto ei ole välttämättä totta, mitä siellä kerrotaan.

Yleistä tietoa leikkauksesta sai paljon ja virallisilta sivuilta sai tietoa. Lisäksi leikkaukseen liittyvää tietoa oli luettu kirjallisista lehdistä ja ohjeista. Myös lähipiiriin kuuluvia, lihavuusleikkauksen kokeneita henkilöitä, oli välittänyt kokemuksiaan ja tietoaan leikkaukseen aikoville. Haastatellut potilaat eivät tarkemmin eritelleet selvittämiään tietoja ennen leikkausta.

Sairaalassa ennen leikkausta, ravitsemustietoa antoi ravitsemusterapeutti. Kaikki haastatellut potilaat olivat tyytyväisiä ravitsemusterapeutin antamaan tietoon ravitsemukseen liittyen. Tiedot koettiin tarkoiksi ja ravitsemuksen havainnekuviin oltiin tyytyväisiä. Keittoruoan kuvaa toivottiin kotiin mukaan ruokamäärän malliksi, toisaalta koettiin kirjallinen ohje riittäväksi. Päihteiden käyttöön liittyvä tieto ja ohjaus koettiin hyväksi. Siinä yhteydessä oli kerrottu, miten alkoholi vaikuttaa leikkauksen jälkeen. Al-

koholin käytössä pitää olla tosi varovainen, mutta vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä.

Sairaanhoitaja tuki- ja ohjasi leikkausta varten esikäynnillä, (Kuvio 1.) Esikäynti koettiin merkitykselliseksi, kun sai nähdä Leiko -yksikön (leikkaukseen kotoa) ja sai nähdä niitä paikkoja ja sai vaikutelmaa, mihin oli menossa.

Kirurgi antoi tietoa toimenpiteestä (Kuvio 1), kuvat katsottiin ja lääkäri kertoi, mitä leikkauksessa tapahtuu. Lisäksi kerrottiin komplikaatioiden mahdollisuudesta. Lääkärikäyntien koettiin olevan nopeita:

*Lääkärin vastaanotolla, kun käy viisi minuuttia, ei pysty omaksumaan, vaikka lääkäri puhuisi koko aika faktaa, ei ne jää kaikki mieleen, murto-osa vaan, kun tulee niin paljon uutta.*

Toisaalta kerrottiin lääkärin antaneen mahdollisuuden kysymyksille. Sukupuolen ei todettu vaikuttaneen lääkärikäynnin nopealle kokemukselle.

### 8.1.3 Tiedontarve biofysiologisella osa-alueella

Biofysiologisella osa-alueella (Kuvio 4), tutkimukseen ja hoitoon liittyen, haastatellut potilaat kokivat saaneensa tietoa ja ohjausta leikkauksen jälkeen toimenpiteestä, mitä tehtiin ja miten leikkaus sujui. Hoitohenkilökunta ohjasi ja antoi tietoa. Ei koettu tarvitsevan enempää tietoa leikkauksen jälkeen sairaalassa. Kaikki haastatellut potilaat kokivat kipulääkityksen hyvin hoidetuksi leikkauksen jälkeen sairaalassa. Kotiutusvaiheessa kipulääkkeen saaminen koettiin kuitenkin olleen vaikeaa.

Kotiutusohjeet koettiin riittäväksi. Ne tiedot vastasivat ennen leikkausta saatuja tietoja esimerkiksi, miten ja mitä pitää syödä sekä milloin ompeleet poistetaan. Papereissa koettiin olevan riittävät yhteyden ottotiedot. Jatkohoitoon liittyen huolenaiheena ilmeni vatsanahka leikkaukseen pääseminen, sinne ei tahdo päästä. Kukaan haastatelluista potilaista ei kertonut kotona tulleen leikkauksen jälkeen mitään yllätyksellistä tiedontarvetta.



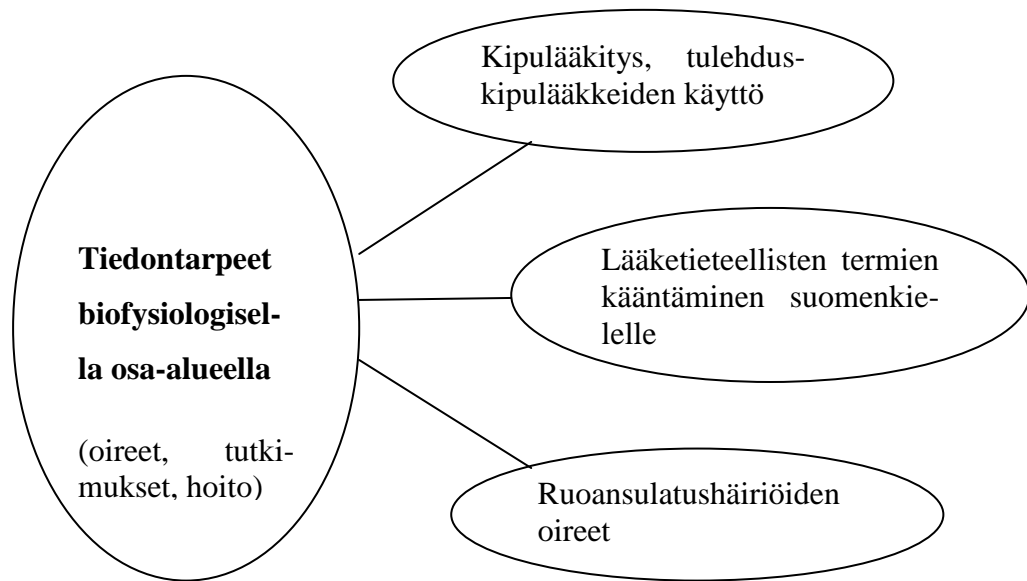
Tiedontarpeeksi biofysiologisella osa-alueella ilmeni kuitenkin kivun hoito kotona, mitä kipulääkkeitä voi ottaa ja miten. Erityisesti tulehduskipulääkkeen käyttö aiheutti epäselvyyttä, voiko käyttää vai ei. Muuten leikkauksen jälkeisestä, läpi elämän jatkuvasta lääkityksestä oltiin tiedotettu. Potilaat tiesivät kalsiumin ja vitamiinien, monivitaminin ja B-vitamiini-injektio, tarpeen säännöllisenä lääkityksenä. Myös vatsasuojälääkkeen käyttö määräaikaisena oli tiedossa.

Tiedontarpeena ilmeni myös kotiutusvaiheessa saatavien kirjallisten dokumenttien sisältämät tiedot diagnoosista ja toimenpiteestä, lääketieteellisten termien kääntäminen suomenkielelle:

*Lääketieteelliset termit eivät ole tuttuja, joutui hakemaan, mitä tää nyt tarkoittaa suomenkielellä, maallikkokielellä. Ne ei mulle aukea. Niiden selkokielelle kääntäminen on tarpeen.*

Toisaalta koettiin, että ei ollut ongelmaa etsiä pientä lisätietoa netistä. Samalla voi lukea ihmisten kokemuksia leikkauksesta. Lisäksi läheinen auttoi tiedon etsinnässä.

Komplikaatioista tiedottamiseen oltiin tyytyväisiä, tiedot olivat riittäviä. Kaikilta osin, toistamiseen kerrottuna, komplikaatioista tiedottamiseen ei oltu tyytyväisiä. Tiedottamisessa korostui ikävä tarina, miten kaikki voi leikkauksessa mennä pieleen, tulee keuhkokuume ja joutuu osastolle makaamaan. Komplikaatioihin liittyen tiedontarpeena ilmeni vielä ruoansulatushäiriöihin liittyvät oireet.



KUVIO 4. Tiedontarve biofysiologisella osa-alueella lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen

#### 8.1.4 Tiedontarve toiminnallisella osa-alueella

Toiminnallisen osa-alueen tiedontarve (Kuvio 5), liittyi ravitsemukseen ja liikuntaan. Toivottiin, että ravitsemusterapeutin käynti heti leikkauksen jälkeen sairaalassa olisi ollut tarpeen, vaikka tietoa oli hyvin saatu ennen leikkausta:

*Vaikka asioita oli ennen paljon kerrottu, tilanne oli kuitenkin uusi, olisi tullut käymään ja kysynyt, onko kysyttävää.*

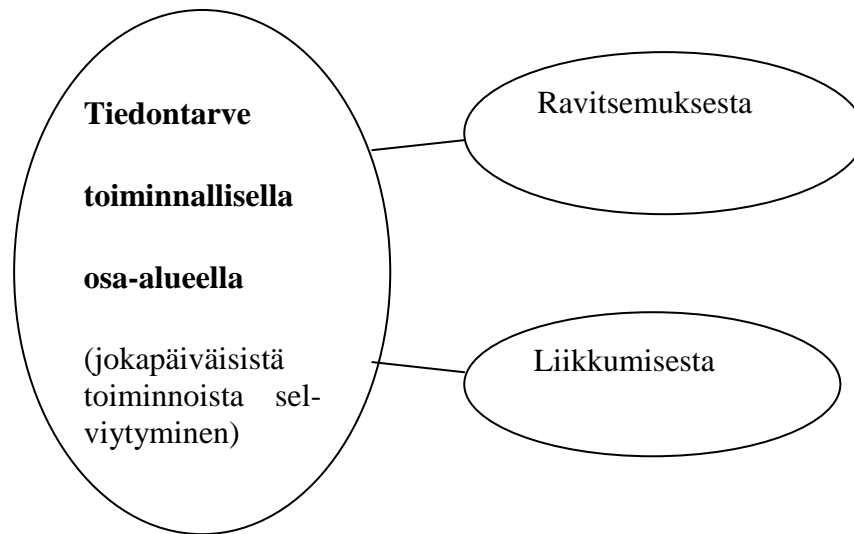
Ruokamäärien kerrottiin hämmästyttäneen vieläkin, vaikka tiedettiin niiden olevan pieniä, mutta niin pieniä. Se oli ollut yllätys. Lisäksi luultiin ateriamäärien olevan pieniä leikkauksen jälkeen vain yksi - kaksi - kolme viikkoa, mutta se on pieni edelleen. Ateriamääriä epäiltiin liian pieniksi ja mietittiin, että kaikki eivät voi syödä samaa määrää. Toisilla ateriamäärä on pienempi ja toiset voivat syödä vähän enemmän.

Ravitsemusterapeutin ryhmäohjaustilanne ja siinä oleva aihe, liittyen ravintoaineiden syöntijärjestykseen, mietitytti. Ovatko kaikki tietoisia, mitä ovat proteiinit ja hiilihydraatit ja mistä ruoista niitä saa. Ohjaustilanteessa kukaan ei tehnyt tarkentavia kysymyksiä.

Liikuntaan liittyvää tietoa ja ohjausta oli saatu ennen leikkausta, miten toimia leikkauksen jälkeen vatsaleikkattuna. Leikkauksen jälkeen fysioterapeutti oli antanut tietoa heräämössä, miksi pitää puhaltaa pulloon, miten pitää nousta sängystä ja miten pitää lähteä liikuntaa harrastamaan. Muutamilla pienillä käynneillä annettiin tietoa, nostorajoituksesta kerrottiin ja kolmen viikon varoajan jälkeen liikuntaa voi lisätä pikkuhiljaa ja paljonkin. Se auttaisi painonhallinnassa. Vuodeosastolla fysioterapeutin ohjaustilanne koettiin hyväksi ja silloin sai tärkeää ohjausta. Toisaalta toivottiin fysioterapeutin tapaamista ennen tai jälkeen leikkauksen:

*Liikunnasta olis kaivannu siihen tietysti jotain enemmän. No, kyllä se fysioterapeutti siellä osastolla, mutta kun oli viel vähä itte kipeä, en tiä kui hyvi omaksu niit ohjeit. Fysioterapeutin tapaaminen ennen leikkausta tai sen jälkeen, se ois voinut kyllä olla ihan paikallaan.*

Tiedontarpeena ilmeni, kuinka nopeasti voi alkaa harrastamaan erilaisia liikuntalajeja. Taistelulajeihin ja salilla käymiseen liittyvää tietoa olisi kaivattu enemmän. Asiaa oli yritetty kysellä, mutta vastaukset olivat olleet ympärilyöreitä, sitten kun tuntuu siltä, että voi turvallisesti aloittaa. Lisäksi tärkeäksi koettiin lihaskunnan vahvistamisen korostaminen, koska paino laskee paljon ja lihasmassakin pienenee.



KUVIO 5. Tiedontarve toiminnallisella osa-alueella lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen

### 8.1.5 Tiedontarve kokemuksellisella osa-alueella

Kokemuksellisella osa-alueella (Kuvio 6), henkistä tukea oli saatu hoitohenkilökunnalta. Lisäksi sukulaiset olivat tukeneet ja läheinen oli terveydenhuollon ammattilainen, jolta oli saatu henkistä tukea. Lihavuuskirurginen leikkaus koettiin kuitenkin isoksi asiaksi psykelle:

*Psykelle iso asia, mun isoin asia, oma pää ei välttämättä ymmärrä sitä, että kuinka paljon paino on PUDONNUT (painottaen). Kun sanoin ettei päänuppi ymmärrä, mimmosella vauhdilla se paino on pudonnut. Sen ymmärtäminen, että se on ihan tästä leikkauksesta johtuvaa. Vaikka peilistä näkee itse, että omasta mielestä vähän kasvot on kaventunut, sen nyt vasta ymmärsi, kun kokeili niitä viisi vuotta vanhoja vaatteita, että ne on isoja. Että nyt se realisoitu yhdellä kertaa.*

Kaksi kolmasosaa (n=9), haastatelluista potilaista koki lisääntyvää tiedon ja tuen tarvetta psykellisen hyvinvoinnin edistämiseksi lihavuusleikkauksen jälkeen, kun

*Kaikkein suurin mullistus tulee tapahtuu siellä korvien välissä, vaikka se mahalaukku operaatiokin mullistaa ja lisäksi*

*Se henkinen tuki on jäänyt puuttumaan tässä hommassa. On vaikuttanut korvien väliin tämä raju painon putoaminen. Monen kanssa keskustellut ja päällimmäisenä melkein ollut puute psyyken tukemisesta. Se on kyl semmone asia, että mun mielest siihen tarvis keskittyä vähän enemmän.*

Kokemuksena oli, että psyykkistä hyvinvointia ei tiedotuksessa ole huomioitu, eikä leikkauksen vaikutusta parisuhteeseen. Kerrottiin olleen avioeron, toisaalta koettiin, että ei leikkaus ehkä pelkästään vaikuttanut avioeroon. Läheisen kanssa yhteinen käynti psykiatriaan erikoistuneen ammattilaisen luona ennen leikkausta koettiin tarpeelliseksi, koska psyyke muuttuu, ulkoinen olemus muuttuu ja elämä voi muuttua paljonkin.

Toisaalta kerrottiin leikkauksen jälkeisen elämän olevan yksilöllistä ja senkin olevan yksilöllistä, miten leikkaus vaikuttaa esimerkiksi parisuhteessa ja muissa sosiaalisissa suhteissa. Koettiin olevan montaa monessa ja mietittiin, että kuinka moni osaa huomioida asioita, kaikkia ei ymmärrä edes ajatella. Koettiin olevan tärkeää kertoa, mitä leikkaus voi tuoda tullessaan, että sitten osaisi varautua siihen.

Psykiatrisista hoidoista kerrottiin olevan aiempaa kokemusta ja niistä lääkkeistä eroon päässeenä todettiin, että tässä tilanteessa psyyken tukemisesta ei olisi ollut apua.

Osastolla olleesta kiireestä kerrottiin ja koettiin tärkeäksi, että terveys ja turvallisuus taataan, mutta toivottiin hoitajan kysyvän voinnista ja jaksamisesta:

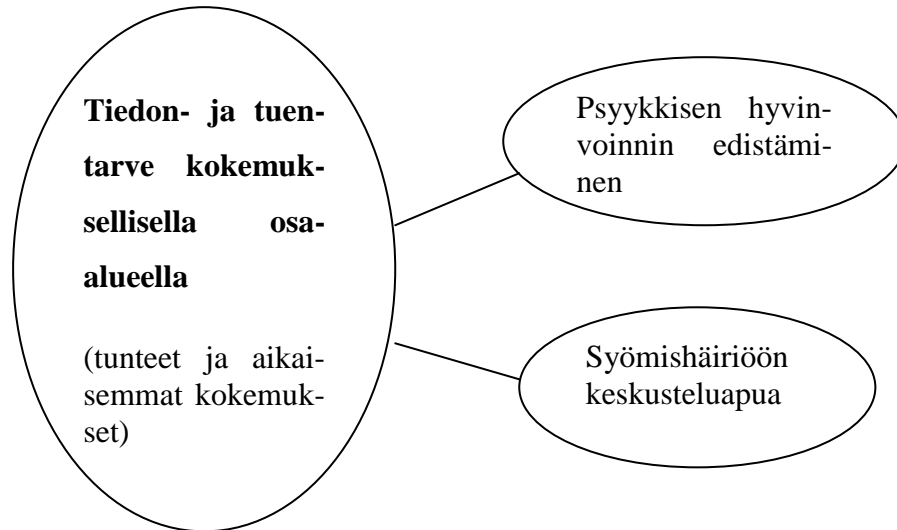
*Pelottaako sua ja jos pelottaa, niin mikä sua pelottaa, miltä susta nyt tuntuu tämä muutos ja mitä sää ajattelet siitä.*

Hyvä kokemus oli kuitenkin leikkauksen jälkeisestä yöstä:

*Yöhoitaja oli verenpainetta mitatessaan koskettanut olkapäähän ja se pieni kosketus oli tuntunut hyvältä.*

Lisäksi ensimmäisen sairaalakäynnin kokemuksena oli turvallinen oleminen siellä ja kysyessä oli saanut vastauksen, vaikka kiirettä oli.

Syömishäiriöön liittyen toivottiin keskusteluapua, mietittiin, mistä ylenpalttinen syöminen johtuu ja miten syöminen liittyy tunnepuoleen. Leikkauksen koettiin olevan iso muutos ja koko elämän olleen tavan syödä, jäävän vaikeasti taakse.



KUVIO 6. Tiedon- ja tuentarve kokemuksellisella osa-alueella lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen

### 8.1.6 Tiedontarve eettisellä osa-alueella

Eettisellä osa-alueella lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen ei esiintynyt tiedontarvetta. Henkilökunta koettiin osaavaksi, hoitohenkilökunta tiesi, mitä tekee. Henkilökuntaa kohtaan koettiin luottamusta, ei tunnettu pelkoa asioiden ja tietojen menosta väärään paikkaan ja keskustelut tapahtuivat suojatusti.

Oma vastuu leikkauksesta koettiin selväksi. Palvelu koettiin hyväksi ja asialliseksi. Potilasasiamiehen toiminnasta ei oltu tiedotettu, mutta ei esiintynyt tarvettakaan, ei ollut huonoa kokemusta. Toisaalta oli mietitty valittamismenettelyä. Hoitoon oltiin kuitenkin tyytyväisiä.

### 8.1.7 Tiedontarve sosiaaliyhteisöllisellä osa-alueella

Haastatellut potilaat kokivat vertaistuen erittäin tärkeäksi ennen ja jälkeen leikkauksen ja varsinkin lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen. Myös läheiset olivat tukeneet leikkauksen jälkeen. Ympäristön kerrottiin reagoineen positiivisesti, ei ole ollut epäilystä, etteivätkö he vilpittömästi ymmärtäisi. Ääneen ei oltu sanottu, että miksi olet leikkaukseen turvautunut. Tukea heiltä oli saatu. Toisaalta koettiin, että ihmisillä ei ole tietoisuutta tästä leikkauksesta ja ympärillä on vieläkin kaikkennäköistä, ympäristöön ja kaveripiiriin liittyen.

Vertaistuki koettiin isoksi jutuksi, kun voi kysyä tyhmiäkin kysymyksiä, esimerkiksi vatsan toiminnasta ja painon putoamisesta. Vertaistukea oli saatu läheisiltä, samana päivänä leikatulta ja sosiaalisesta mediasta. Sosiaalinen media koettiin mainitsemisen arvoiseksi asiaksi, koska siellä voi kirjoittaa anonyyminä, eikä tarvitse omalla nimellä kirjoittaa. Lisäksi sieltä sai vastauksia yksittäisiin kysymyksiin, kuulumisia vaihdettiin tasaisin väliajoin ja sai purkaa tunteuksiaan. Sosiaalisesta mediasta luettiin tietoa myös yhdessä läheisen kanssa. Koettiin, kun itse sai tietää mahdollisimman paljon, sitten voi jakaa lähimmilleen tietoa. Toisaalta ei kerrottu olevan läheisen kanssa yhteistä tiedon- ja ohjauksen tarvetta, mutta lihavuusleikkaus on

*..iso muutos puolisonkin kannalta, kyl siinä on totuttelemista, kun äijästä katoa kiloja.*

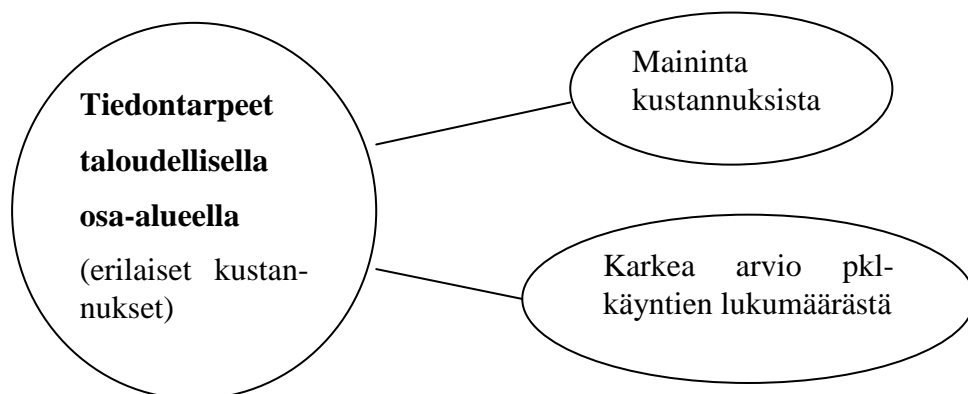
Hoitohenkilökunnan kerrottiin ohjanneen ja antaneen tietoa, olevan osaavia ja ammattitaitoisia. Lääkärit, sairaanhoitajat ja ravitsemusterapeutit olivat antaneet hyviä neuvoja. Erityisesti ravitsemusterapeutin vastaanotolla koettiin rauhallisuutta, kannustusta ja ymmärtäväisyyttä. Siellä juteltiin, sai kysyä ja sai tietoa.

### 8.1.8 Tiedontarve taloudellisella osa-alueella

Taloudellisella osa-alueella (Kuvio 7), ei työssäkävyyllä haastatelluilla potilailla ollut tiedontarvetta leikkauksen jälkeen. Kerrottiin, että tietoa ei aihealueesta erikseen annettu, mutta koettiin, että kustannuksista olisi voinut mainita ja tarvittaessa ohjata sosiaalitoimelle. Toisaalta kustannuksista oltiin tietoisia, eivät tulleet yllätyksenä, ne olivat olemattomat eikä lisämenoa tullut. Kerrottiin Kelalla olevan tietyt ehdot päivärahalle painoindeksiin liittyen. Koettiin, että lääkkeet eivät maltaita maksaneet. Kerrottiin, että vitamiinit maksoivat 20 euroa purkki, siinä on 200 pilleriä ja se riittää 200 päivää. Kokemuksena oli säästön tuleminen:

*Ei tässä oo muutako säästäny ruokakauppalaskussa, siinä sen huomaa. Ei tarvi laahata niin paljon ruokaa. Pelkkää säästöähän tässä on tullut rahallisesti. Niinkun odotinkin, kauppalaskut pienenee ja vaatekustannukset pienenee.*

Toisaalta opiskelijana taloudelliseen puoleen vaikuttaa poliklinikkakäyntien lukumäärä ennen ja jälkeen leikkauksen. Lisäksi matkakustannukset kauempaa kulkiessa tuovat lisämenoa. Tiedontarpeena toivottiin etukäteen karkeaa arviota poliklinikkakäyntien lukumäärästä ennen ja jälkeen leikkauksen.



KUVIO 7. Tiedontarve taloudellisella osa-alueella lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen



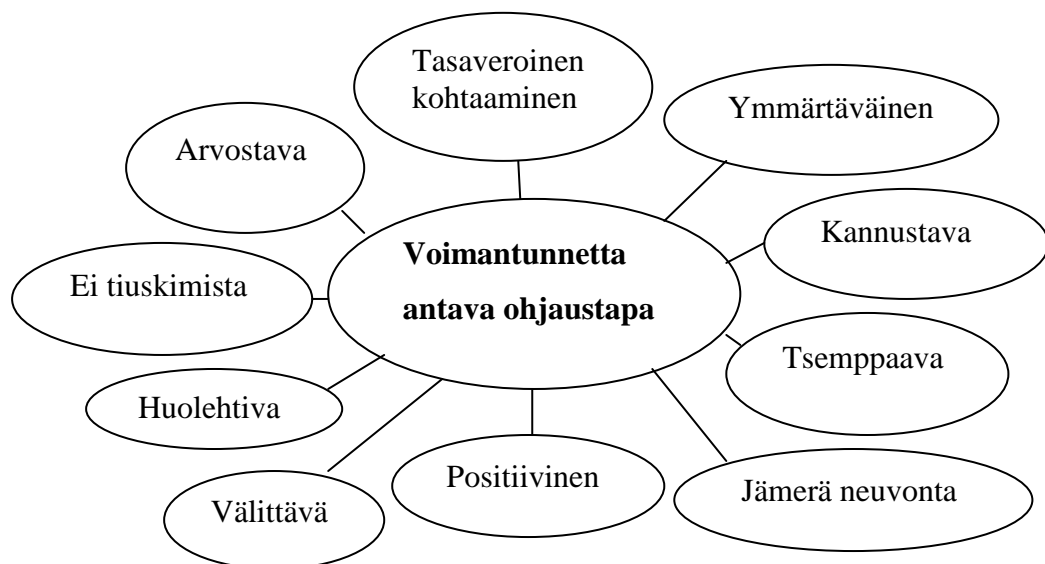
## 8.2 Potilaalle voimantunnetta antava ohjaustapa

Voimantunnetta antavassa ohjaustavassa (Kuvio 8), kerrottiin hoitajan olleen tavallinen. Tuntemuksena oli asiasta tehtävän tavallisen, kohtaaminen oli tasaveroista, ei käyty asia asiaa läpi, vaan kohtaaminen oli kohtaamista ihmisenä voiden esittää tyhmiäkin kysymyksiä ja siinä oli helppoa olla. Lisäksi koettiin hoitajan laskeutuvan sinne potilaan tasolle, kuulevan potilaan huolen ehdottaen pahalta tuntuvalle asialle vaihtoehdoisen tavan toimia.

*Tuli sellanen olo, että voin itekin vaikuttaa joihinkin asioihin, pieniinkin asioihin siinä prosessissa, kaksi tasaveroista ihmistä keskustelemassa.*

Voimantunnetta antavaa ohjaustapaa kuvattiin myös tsemppaavaksi, positiiviseksi, ymmärtäväiseksi, kannustavaksi ja arvostavaksi. Voimantunnetta kerrottiin tuovan, kun annettiin jämerää neuvontaa luuloja korjaten ja ilman tiuskimista. Koettiin, että negatiivinen puhetapa ei kannusta eikä anna sisäistä voimantunnetta.

Potilaalle voimantunnetta antava ohjaustapa luodaan henkilökohtaisella tapaamisella kahden kesken ystävällisesti, välittävästi ja huolehtivaisella tyylillä, tuntien aitoa kannustusta ja kertomalla hyviä kokemuksia käytännön kautta.



KUVIO 8. Potilaalle voimantunnetta antava ohjaustapa lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen

### 8.3 Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeiset kokemukset

Haastatellut potilaat olivat tyytyväisiä lihavuuskirurgiseen leikkaukseen. Leikkauksesta koettiin olleen selvän hyödyn, kun polvivaiva oli hävinnyt ja oli voitu jättää sokerialääkitys pois. Leikkaus koettiin kokonaisvaltaiseksi jutuksi. Ennen leikkausta olleesta jatkuvasta näläntunteesta, kun laihtui, kerrottiin epämiellyttävänä. Leikkauksen jälkeen oli hienoa huomata, että ei ollutkaan nälkää, eikä tarvinnut syödä niin paljon. Se oli helpottanut tosi paljon.

Lihavuusleikkauksen jälkeen sosiaalisen elämän oli koettu vilkastuneen ja olevan rohkeutta olla vapaammin myös toisen sukupuolen kanssa. Leikkauksen jälkeen oli koettu saavan paljon energiaa ja voimantunnetta. Päivääkään ei oltu kaduttu tätä leikkauksen päätöstä ja vaaka oli kääntynyt positiivisuuden puolelle kuitenkin. Oli myös naurettu toisen leikatun kanssa, kun hyvin oli mennyt, että oli tehty Plasebo -leikkaus. Parista komplikaatiosta huolimatta, kokemuksena oli ollut lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeinen tyytyväisyys.

### 8.4 Tuen ja ohjauksen kehittämistarpeet

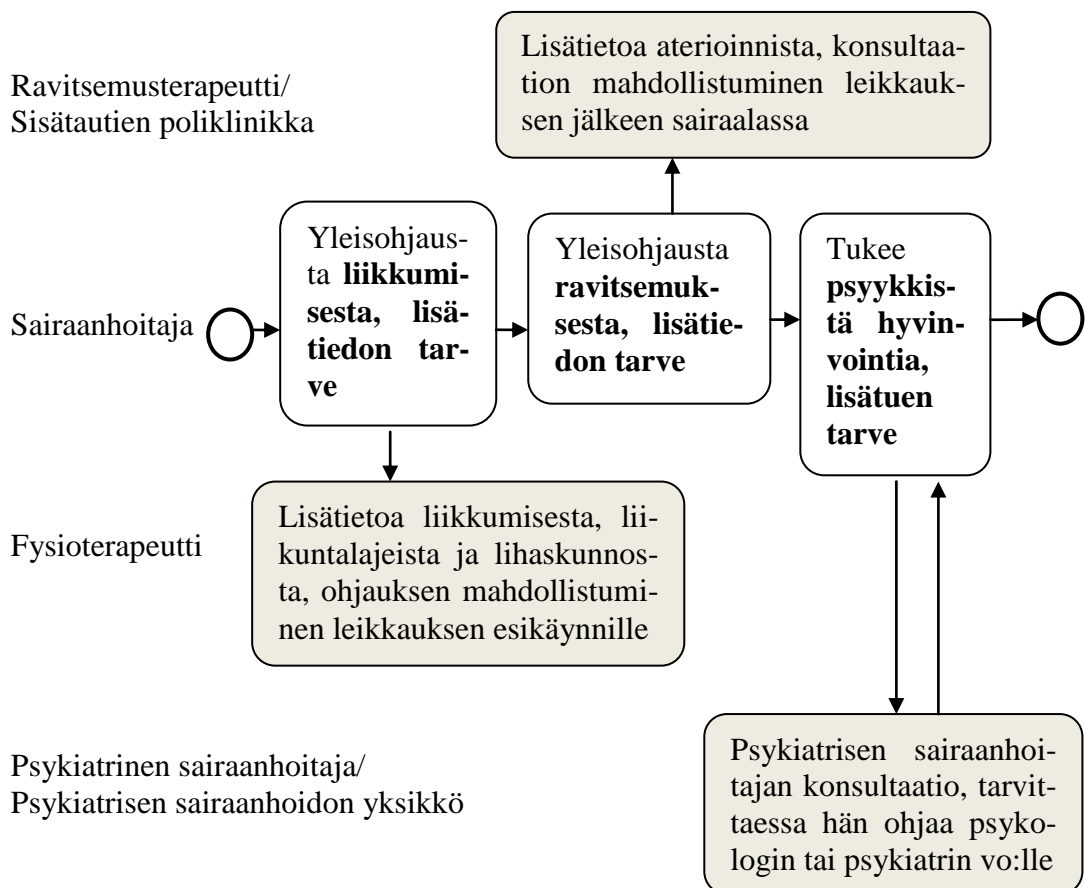
Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen haastatelluilla potilailla ilmeni tiedontarpeita lähes kaikilla voimavaraistavan potilasohjauksen tiedontarpeen teoreettisilla osa-alueilla. Eettisellä osa-alueella ei esiintynyt tiedontarvetta.

Toiminnallisella ja kokemuksellisella osa-alueilla tunnistettiin tuen- ja ohjauksen tarpeissa kehittämistarvetta. Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen, tuen ja ohjauksen kehittämistarpeita toimintaympäristön ohjausprosessissa ilmentää (Kuvio 9.)

Toiminnallisella osa-alueella korostui ravitsemukseen ja ateriointiin liittyvä lisääntyvä ohjauksen tarve, ateriakoon merkityksellisyyttä pitää toistaen korostaa. Lisäksi toivottiin ravitsemusterapeutin ohjausta uudessa tilanteessa sairaalassa leikkauksen jälkeen. Myös liikkumiseen, lihaskuntoon ja liikuntalajeihin liittyvää lisätietoa kaivattiin fy-

sioterapeutilta. Aterioinnin ja liikkumisen merkitykset ovat olennaisia tekijöitä painonhallinnassa.

Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen tulee kiinnittää enemmän huomiota lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen. Ennen ja jälkeen leikkauksen, psyykkiseen hyvinvointiin liittyvä ohjaus ja tukeminen koettiin jääneen lähes tiedottamatta ja huomioidimatta. Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvä tuen ja ohjauksen tarve tunnistettiin tutkimustuloksista merkittävimmäksi kehittämistarpeeksi.



KUVIO 9. Tuen ja ohjauksen kehittämistarpeet toimintaympäristön ohjausprosessissa lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen

## 9 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA

Tutkimuksen tulosten raportointi on keskeinen osa tutkimusprosessia ja se on tutkijan keskeinen velvollisuus. Tulosten raportoinnin peruspiirteinä ovat kommunikoitavuus ja julkisuus. Hoitotieteellisen tutkimuksen tulosten julkaisufoorumia arvioitaessa on tärkeä pohtia tutkimuksen kohderyhmä ja ketkä hyötyvät eniten tutkimustuloksista. Tutkimustyön perimmäinen tavoite on väestön terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen, joten luonteva kohderyhmä julkaisuille ovat hoitotyöntekijät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lihavuuskirurgisen potilaan tiedon- ja ohjauksen tarpeita voimavaraistavan potilasohjauksen teoreettisen tietoperustan osa-alueilla leikkauksen jälkeen Satakunnan keskussairaalassa. Tavoitteena oli saada tietoa aiheista, joihin lihavuuskirurginen potilas tarvitsi tukea ja ohjausta leikkauksen jälkeen, lisäksi tavoitteena oli tunnistaa kehittämistarpeita eri osa-alueilta potilasohjauksen kehittämiseksi.

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulosten mukaan haastatellut potilaat olivat saaneet paljon yleistä tietoa lihavuuskirurgisesta leikkauksesta sosiaalisesta mediasta ja kirjallisista lehdistä ja ohjeista oli myös luettu tietoa. Heikkisen (2011) väitöskirjan mukaan potilaat, (n=120, koeryhmä n=75, kontrolliryhmä n=75) arvioivat Internet -sivustojen ohjauksen helpokäyttöiseksi ja nettisivustojen käytön olevan ongelmattonta ortopedisessä päiväkirurgian potilasohjauksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää tiedollista voimavaraistumista tukeva Internet -perustainen potilasohjausohjelma sekä arvioida sitä. Lusenius-Lüttjohannin (2012) tutkimustulosten mukaan, jossa aineisto oli kerätty kahdelta suomalaiselta Internetin keskustelupalstalta (n=298) liittyen keskustelijoiden lihavuuskirurgisen leikkauksen tiedontarpeisiin ja elämänmuutoksiin, keskustelijat

tarvitsivat tietoa ennen leikkausta tapahtuvista tutkimuksista, vastaanotoista ja ruokavaliosta. Erityisesti ennen leikkausta toteutettava ruokavalio oli ollut keskustelunaiheena.

Rekola ym. (2013) artikkelin mukaan, jossa HYKS Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgian potilaita haastateltiin (n=37) vuonna 2011, ennen leikkausta toivottiin tietoa kivun laadusta ja normaalista kivusta. Ennen leikkausta haluttiin myös neuvoja leikkauksen jälkeiseen pahoinvointiin sekä nukkumiseen. Tietoa toivottiin oikeasta nukkumisasennosta ja uniapneasta. Tässä tutkimuksessa haastatellut potilaat eivät eritelleet lukemiaan tietoja ennen lihavuuskirurgista leikkausta, toisaalta he eivät luottaneetkaan kaikkeen tietoon, mitä sosiaalisesta mediasta oli luettavissa.

Tutkimuksen tulosten mukaan biofysiologisella osa-alueella, tutkimukseen ja hoitoon liittyen, leikkauksen jälkeen, ilmeni tulehduskipulääkkeen ja ruoansulatushäiriöiden oireisiin liittyvää tiedontarvetta. Lisäksi ilmeni lääketieteellisten termien kääntäminen suomenkielelle olevan tarpeen, koska se ei ole tuttua tekstiä. Rekola ym. (2013) artikkelin mukaan tiedontarve oli samansuuntaista liittyen kipulääkityksen käyttöön, johon haluttiin tietoa ja ohjausta.

Toiminnallisella osa-alueella tiedontarvetta ilmeni ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyen lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen. Vaikka ravitsemukseen ja ateriointiin liittyvää tietoa oli hyvin saatu ennen leikkausta, uudessa tilanteessa leikkauksen jälkeen tiedontarvetta ilmeni edelleen ja tietoa piti kerrata. Liikkumiseen liittyen tiedontarve liittyi lihaskuntoon ja liikuntalajeihin, kuinka nopeasti voi leikkauksen jälkeen aloittaa harjoittelua. Lusenius-Lüttjohannin (2012) tutkimuksen tulosten mukaan leikkauksen aiheuttamat muutokset ruokailutottumuksiin oli suuri muutos elämässä. Muutokset liittyivät muutoksiin syömisessä ja juomisessa. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset. Aterian koko ja määrä kerralla syötynä yllättivät, vaikka tiedettiin ateriakoon olevan pieni. Myös Rekola ym. (2013) artikkelista ilmenee lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeistä pelon ja epävarmuuden kokemista liittyen ruokailutottumusten suureen muutokseen, lisäksi haluttiin ohjausta liikuntaan liittyen.

Tutkimustulosten mukaan kokemuksellisella osa-alueella ilmeni suurin tiedon- ja tuen tarve psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta. Koettiin henkisen tuen puutetta koko leikkausprosessissa. Toisaalta kerrottiin leikkauksen jälkeisen elämän kokemisen olevan yksilöllistä. Lusenius-Lüttjohannin (2012) tutkimustulosten mukaan psyykkiset

muutokset liittyivät kehonkuvan muuttumiseen aiheuttaen haasteita. Itsensä hyväksyminen muuttuneena tai muutoksen ymmärtäminen koettiin vaikeaksi. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset, kuten Rekola ym. (2013) artikkelinkin mukaan.

Tutkimustulosten mukaan eettisellä osa-alueella ei esiintynyt tiedontarvetta. Henkilökuntaan luotettiin asioiden hoidossa ja hoitoon oltiin tyytyväisiä, ei ollut huonoa kokemusta.

Tutkimustulosten mukaan sosiaaliyhteisöllisellä osa-alueella vertaistuen merkitys oli suuri. Yhdessä voitiin jakaa kokemuksia samasta aiheesta ja kysyä tyhmiäkin kysymyksiä. Hoitohenkilökunnalta oli saatu tietoa ja ohjausta, he olivat osaavia ja ammattitaitoisia. Rekola ym. (2013) kuvaa artikkelissaan samansuuntaista tietoa. Lusenius-Lüttjohann (2012) tuo myös tutkimuksessaan esiin vertaistukiryhmien voivan toimia potilaan ohjauksena lihavuuskirurgisessa leikkausprosessissa.

Lipposen (2014) tutkimustulosten mukaan, jossa kuvattiin potilasohjauksen toimintaedellytyksiä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä (esh n=203 ja pth n=377), potilaan hyvinvoinnin edistämisen taidot, kuten taito ohjata potilasta vertaistuen käyttöön, kaipaavat kohennusta. Toisaalta vertaistuen käyttö ei välttämättä tule esille potilaalta sanallisesti sairaalahoitajakson aikana. Tämän tutkimuksen mukaan he olivat jo itsenäisesti etsineet ja hakeutuneet vertaistuen piiriin ennen leikkausta ja voimaantuneet tiedoista edistäen leikkauksesta toipumista.

Tutkimustulosten mukaan taloudelliselta osa-alueelta toivottiin mainintaa kustannuksista ja opiskelijana toivottiin karkeaa arviota poliklinikkakäyntien lukumäärästä. Lisäksi pidempi ajomatka kontrollikäynneille lisäsi kustannuksia. Työssäkäyville kustannukset olivat olemattomia ja lääkkeiden ostaminen ei paljonkaan tuonut lisäkustannuksia. Rekola ym. (2013) artikkelin mukaan tietoa haluttiin Kela -korvauksista liittyen matkakustannuksiin sekä sairausloman pituudesta ja riittävydestä. Lisäksi ohjausta haluttiin korjausleikkauksista ja niiden kustannuksista.

Tutkimustulosten mukaan voimantunnetta antavassa ohjaustavassa kohtaaminen on tasaveroista ja siinä on helppoa olla. Lisäksi voimantunnetta antava ohjaustapa on positiivista, ymmärtäväistä, kannustavaa ja arvostavaa. Lipposen (2014) tutkimustulos-

ten mukaan hoitohenkilöstö arvioi asennoitumisensa ohjaukseen myönteiseksi ilmentäen kykyä hyvään asiakaspalveluun. Myönteisen asennoitumisen ja yksittäisten väitämien suhteen oli kuitenkin ristiriitaa. Tutkimuksessa vastaajien mielestä ohjaus vie aikaa muiden potilaiden hoidosta, on työajan hukkaamista ja jopa turhauttavaa. Asennoitumisessa oli eroja sukupuolen, työtehtävän ja työkokemuksen suhteen. Tulos oli huolestuttava, koska potilas tai omainen ei siten tule kohdatuksi tasalaatuisesti kaikkien ohjausta toteuttavien terveydenhuollon ammattilaisten taholta. Myös aiemmat tutkimustulokset ovat yhteneviä tähän, jonka mukaan potilaiden mielestä hoitohenkilöstön ohjausasenteissa on korjaamisen varaa. Tässä tutkimuksessa haastatellut potilaat kokivat henkilökunnan asialliseksi ja ymmärtäväiseksi. Hoitoon oltiin tyytyväisiä.

## 9.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuseetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Lisäksi tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteutetaan tieteellisen tiedon luonteen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtiin kuuluu vielä tutkijan ottavan huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla kunnioittamalla heidän tekemää työtä ja viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Haastattelututkimukseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä, esimerkiksi haastattelijan ja haastateltavan välinen suhde, kuten luottamuksellisuus ja läheisyys. Haastattelussa informaation saannin edellytyksenä on luottamuksellisen suhteen muodostuminen haastateltavan ja haastattelijan välille. Luottamuksellisuus tarkoittaa muun muassa sitä, että haastattelija kertoo haastateltaville totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituk-

sesta, saamia tietoa on käsiteltävä ja säilytettävä luottamuksellisina ja haastateltavien anonymiteettia on varjeltava tutkimusraporttia kirjoitettaessa. (Ruusu vuori & Tiittula 2009, 17, 40.)

Haastattelijan ja haastateltavan läheisyys synnyttää luottamusta, mutta voi saada haastateltavan avautumaan ja kertomaan asioita, joiden paljastamista hän katu myöhemmin. Tällaista tilannetta voi välttää esimerkiksi kertomalla, että haastateltavalla on mahdollisuus ottaa tutkijan yhteyttä jälkikäteen, tarkentaa sanottavaansa tai vaikka perua osallistumisensa. Haastateltavien riittävä informointi on tärkeää, koska kaikki eivät ole selvillä tutkimushaastattelun tarkoituksesta ja minkälaista toimintaa se on. (Ruusu vuori & Tiittula 2009, 17.)

Potilaalle annettavassa tiedotekirjeessä (Liite 1) oli selvitetty, että tutkimus on vapaaehtoinen ja teillä on oikeus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa, eikä tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta mitenkään leikkauksen jälkeiseen normaaliin hoitoon. Lisäksi voitte tarvittaessa kysyä lisätietoja ja tarkentaa asioita tutkimukseen liittyen. Tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei millään tavalla vaikuta leikkauksen jälkeiseen normaaliin hoitoon -lause, lisättiin potilaan tiedotekirjeeseen Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämissuosituksesta.

Tutkimuksen potilaat saivat kirjallisen tiedotteen haastatteluun osallistumisesta preoperatiivisella käynnillä sairaanhoitajan luona tai seurantapoliklinikkakäynnillä ravitsemusterapeutin tai kirurgin luona. Kirjallisen tiedotteen haastatteluun osallistumisesta antoi potilaalle sairaanhoitaja, joka ei ollut osallisena tutkimukseen liittyen. Näin toimitettiin eettisen toimikunnan päätöksestä varmentuen potilaiden ymmärrystä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Haastattelija tiedotti sairaanhoitajia ja ravitsemusterapeutteja etukäteen haastattelutiedotteen antamisesta lihavuuskirurgiselle potilaalle ja potilaalle korostettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämissuosituksesta, että tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei millään tavalla vaikuta hänen normaaliin hoitoonsa leikkauksen jälkeen. (Sähköpostiviesti Koivunen 2014.)

Suostuessaan haastatteluun potilaat vahvistivat tiedotteen allekirjoituksellaan ja allekirjoitettu osa lähetettiin tutkijalle. Potilas sai alkuperäisen haastattelutiedotteen itsel-



leen, joka sisälsi tutkijan yhteystiedot mahdollista myöhempää yhteydenottoa varten. Halutessaan, potilas sai myös mahdollisuuden lähettää suostumuksensa haastatteluun osallistumisesta myöhemmin postitse, postimerkin ja tutkijan yhteystiedoin varustetussa kirjekuoressa.

Ruusuvuori ja Tiittula (2009, 69–70) kirjoittavat teoksessaan olevan tärkeää pitää huolta haastateltavan ennakkoasentoitumisesta niin, että epäedulliset tekijät saadaan poistetuiksi. Epäedulliset tekijät tarkoittavat haastateltavien epäluuloja haastattelemista kohtaan, koska useimmat haastateltavat odottavat rationaalista selitystä siitä, kuka tietoja tarvitsee, miten niitä tullaan käyttämään ja miksi niitä tarvitaan. Tällainen selvitys on annettava selvässä ja ymmärrettävässä muodossa.

Henkisten haittojen välttämiseen kuuluu tutkittavia arvostava kohtelu sekä käsiteltävien aiheiden arkaluonteisuuden ja yksityisyyden rajat määrittelevät ensisijaisesti tutkittavat. Kun tutkittavat tietävät ennalta käsiteltävät aiheet saadun informaation perusteella, he ovat suostumuksellaan osoittaneet halunsa osallistua tutkimukseen tietoisina tutkimuksen aiheista ja toteutustavasta. (Satakorkea 2014.) Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien potilaiden luvalla. Aineisto ja nauhoitukset hävitettiin tietojen oikeellisuuden tarkistamisen jälkeen.

Hyvä tieteellisen käytännön lähtökohta on myös se, että tutkimusluvut on hankittu ja vaadittava eettinen ennakoarviointi on tarvittaessa tehty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Ruusuvuori ja Tiittulan (2009, 18) mukaan haastattelulupa tarvitaan luonnollisesti myös haastateltavilta. Käytännöt vaihtelevat, onko suostumus saatava kirjallisena vai riittääkö suullinen sopimus. Yleensä tutkimuksesta tehdään haastateltavaa varten kirjallinen seloste, jossa on tutkijan yhteystiedot. Haastateltava voi siten haastattelun jälkeen ottaa yhteyttä tutkijaan.

Tutkimukselle anottiin ja saatiin luvat Satakorkean eettiseltä toimikunnalta ja Satakunnan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyön tekemisen luvan myönsivät ja allekirjoittivat operatiivisen tulosalueen, kirurgian ylilääkäri Antti Kaipia ja ylihoitaja Kirsi-Marja Laine. Eettinen toimikunta näki opinnäytetyöhön liittyvän eettisesti latautuneen kysymyksen liittyen tutkimukseen osallistuvien potilaiden suojaamiseen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, joten toimikunnan päätöksen mukaan opiskelijan tuli varmentaa potilaiden ymmärrystä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta siten, että hän ei itse (sairaanhoitajana) pyytänyt potilailta suostumusta tutkimukseen

osallistumisesta. Lisäksi toimikunta näki, että opiskelijan tulee koko tutkimuksen aikana pitää korostuneesti huolta tutkimukseen osallistuvien voivan luottaa siihen, että hoidettavana olevan potilaan ja haastateltavana olevan kokemusasiantuntijan roolit pysyvät erillisinä. (Kärki 2014.)

Hoitotyön kehittämisryhmä suosittelee tehtäväksi pilottihaastattelun, jotta voitiin varmistaa teemojen toimivuus. Suosituksena oli myös lisätä potilaan tiedotekirjeeseen tieto, että osallistuu potilas tutkimukseen tai ei, se ei vaikuta hänen normaaliin hoitoonsa leikkauksen jälkeen. Tätä tuli korostaa myös potilaita rekrytoidessa. Lisäksi tutkimussuunnitelmaa ja teemahaastattelurunkoa lähetettäessä professori Helena Leino-Kilvelle, korostettiin teemojen alla olevien kysymysten olevan tukikysymyksiä, joilla pyrittiin potilaan vapaasti kuvaamaan asiaa. (Sähköpostiviesti Koivunen 2014.)

Varsinaista lupaa opinnäytetyön voimavaraistavan potilasohjauksen teoreettisen perustan käytölle ei tarvittu, mutta teemahaastattelurunko ja opinnäytetyön suunnitelma lähetettiin alkuperäisen mittarin (SPTT, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) kehittäjälle elokuussa 2014. (Sähköpostiviesti Leino-Kilpi 7.1.2014). Tämän jälkeen haastattelurunkoon lisättiin tieto alkuperäisestä lähteestä.

### 9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat analyysin systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden kriteerit. Systemaattisissa analyysissä avataan kaikki matkan varrella tehdyt rajaukset, valinnat ja analyysin etenemistä ohjaavat periaatteet. Luotettavuutta lukijalle lisää kerronta, mistä aineiston kokonaisuus koostuu ja ne aineiston osat kuvaataan, joista rakentuvat päähavainnot. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2011, 27.)

Kvalitatiivisen tutkimukselle tarjotaan erilaisia luotettavuuden kysymysten tarkasteluja. Arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet. Aineiston ja tulosten suhteen

kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys edellyttäen tutkijan kuvaavan analyysinsä mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa, että aineisto kerättiin tätä tutkimusta varten ja haastateltavat potilaat valikoituivat täsmällisesti tätä tutkimusta varten lihavuuskirurgisen leikkauksen kokeneina. Analyysi ja tutkimustulokset on kerrottu tarkasti alkuperäisaineistosta, mikä on tarkistettu totuudenmukaiseksi kerronnaksi lihavuuskirurgisten potilaiden kokemana nauhoitetusta ja litteroidusta aineistosta. Haastattelujen nauhoitus lisää luotettavuutta, koska haastateltavien puhetta on saatu sanatarkasti tutkimukseen. Lisäksi tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin, joten voidaan ajatella haastattelijan tekemien kysymysten ja tulkintojen vastaavan haastateltujen potilaiden käsityksiä aiheesta. Haastattelija oli myös perehtynyt aiheeseen terveydenhuollon ammattilaisena, joten voidaan todeta tutkimustulosten todennäköisesti olevan totuudenmukaisia. Aineisto todettiin riittäväksi eli aineisto saturoitui, kun haastatteluvastaukset alkoivat toistaa itseään.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten voivan olla siirrettävissä johonkin muuhun kontekstiin eli tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkimuksen tulokset voivat olla siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön tietyin ehdoin. Yleistyksiä ei pidä liioitella sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuuden vuoksi ja kokemusten yksilöllisyyden vuoksi. Lisäksi haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin jossakin toisessa tilanteessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 202; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Siirrettävyyttä vahvistaa huolellinen tutkimuskontekstin kuvaus, osallistujien valinta sekä selkeät aineiston keruu ja analyysimenetelmä. Lisäksi nämä tutkimustulokset ovat siirrettävissä hoitotyön potilasohjauksen kehittämiseen. Tutkimus on riippuvaisesti vahva, koska tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin periaattein. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139).

Tutkimuksen vahvistettavuutta kuvaa tehtyjen ratkaisujen ja päättelyn oikeutus. Ratkaisut esitetään niin seikkaperäisesti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.)

#### 9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Lihavuuskirurginen leikkaus ja sen sisältämä tarkoitus terveyden edistämiseksi on iso haaste potilaalle. Hän sitoutuu merkittävään muutokseen kokonaisvaltaisesti elämässään. Erityinen vaikutus leikkauksella on ateriointiin ja kehon kuvan muuttumiseen. Lihavuuskirurginen potilas tarvitsee runsaasti tietoa, tukea ja ohjausta sitoutuakseen muutokseen. Toisaalta leikkauksen jälkeinen sosiaalinen elämä oli vilkastunut ja oli saatu paljon energiaa. Leikkaus oli ollut positiivinen asia ja antanut aiheita tyytyväisyyteen.

Vertaistuki lähimmäisiltä, ystäviltä ja vertaisilta on kuitenkin erityisen tarpeellista. Kehittämishaasteena lihavuuskirurgisen potilasryhmän tukemiseksi näkisinkin yhteistyön muodostumismahdollisuuden julkisen ja kolmannen sektorin välille, jonka kautta esimerkiksi vertaistukitoimintaa voisi olla mahdollista käynnistää. Yhteistyön avulla voisi myös kehittää säännöllistä potilasryhmän kokoontumistoimintaa lisäten ja avaten näkökulmia kokonaisvaltaiseen lihavuuskirurgisen potilaan hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja edistämiseen.

Erityisen tuen ja ohjauksen tarve potilailta liittyy myös terveydenhuollon ammattilaisille. Heidän odotetaan kaikin tiedoin ja voimavaroin tukevan ja ohjaavan lihavuuskirurgista potilasta hänen myönteisen painonhallinnan ja terveytensä edistämiseksi. Erityinen tuen tarve on psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen leikkauksen jälkeen.

Onko terveydenhuollon hoitohenkilökunnalla voimavaroja omaksua uutta tutkimustietoa? Siihen vaikuttaa voimakkaasti johtamisstrategia ja henkilöstöasioiden näkeminen tasavertaisena muiden johtamisen alueiden kanssa. Henkilöstö tulisi nähdä voimavarana, ei kustannustekijänä. Tällöin uskotaan henkilöstön sitoutuvan, osaavan kehittää, voivan hyvin ja olevan keskeinen tekijä potilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Viita-

lan (2013, 139–140) teoksen mukaan johtamisen ja toimintaedellytysten on oltava kunnossa, jotta osaaminen voi kukoistaa ja olla hyödyksi. Esimerkiksi liiallinen työmäärä uuvuttaa ja työntekijöiden ajattelu kapeutuu ja he keskittyvät selviytymään välttämättömistä rutiineista. Tällöin ei jää voimavaroja uuden oppimiselle, uusille kokemuksille eikä luovuudelle.

Opinnäytetyön tutkimus on onnistunut, kun tutkimuskysymyksiin on saatu vastaukset. Lisäksi tutkimustulokset antavat ensimmäistä ja arvokasta kokemustietoa tuen ja ohjauksen tarpeista Satakunnan alueen lihavuuskirurgisilta, tutkimukseen osallistuneilta potilailta.

Tutkimuksessa tunnistettiin myös tiedon ja tuen kehittämistarpeita voimavaraistavan potilasohjauksen teoreettisilla osa-alueilla, (Kuvio 9). Kehittämistarpeita on esitelty toimintaympäristön osastonhoitajalle ja suunnitelma tuen ja ohjauksen toteutumiseksi, kehittämistarpeita vastaavaksi on käynnistymässä.

Lihavuuskirurgiaan liittyviä tutkimuksia on Suomessa niukasti, eikä siihen liittyviä psyykkisen hyvinvoinnin/pahoinvoinnin kokemuksia ole paljoa tutkittu. Kvantitatiivinen tutkimus, jonka osa-alueeseen voisi sisältyä psyykeen liittyviä tarkentavia kysymyksiä, toisivat lisätietoa säännönmukaisesta psykiatrian erikoisalaan kuuluvan ammattilaisen tuen tarpeesta, lihavuuskirurgisen leikkauksen yhteydessä. Lisäksi potilasohjauksen vaikuttavuus tutkimukset lihavuuskirurgisille potilaille toisivat arvokasta täsmätietoa yhä tehokkuusvaativampaan toimintaympäristöön.

## LÄHTEET

- Colles, Susan L.; Dixon, John B. & O'Brien, Paul E. 2007. Hunger Control and Regular Physical Activity Facilitate Weight Loss After Laparoscopic Adjustable Gastric Banding. *Obesity Surgery*.
- Haikonen, Jyrki 2014. Vatsaelinkirurgian erikoislääkäri, Satakunnan keskussairaala. Pori. Tiedonanto 16.10.
- Helajärvi-Tirri, Jaana 2012. Tahdistimen saaneen potilaan tiedon tarve ja tiedon saanti. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto; Turku.
- Heikkinen, Katja 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 3.9.2014. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973>
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Tallinna; Raamatutrykikoda.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.
- Johansson, Kirsi ym. 2007. Potilaan ohjausta näyttöön perustuen. Viitattu 11.1.2014. <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/13269>
- Junnila, Riina; Koskinen, Sanna; Stolt, Minna & Salminen, Leena (toim.) 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A62.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kiiskinen, Urpo; Vehko, Tuulikki; Matikainen, Kristiina; Natunen, Sanna & Aromaa, Arpo 2008. Terveystieteen edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008: I. Helsinki: Yliopistopaino.

- Koivunen, Marita 2014. Kehittämissylihoitaja, TtT, Dos. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Pori. Sähköpostiviesti 10.4.2014. Vastaanottaja Helena Katajisto. Tuloste vastaanottajan hallussa.
- Koskinen, Seppo; Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) 2012. Raportti 68/2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tampere; Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Toinen, uudistettu painos. Jyväskylä; Bookwell Oy.
- Kvist, Pieta & Stenmark, Nelli 2013. Postoperatiivinen ohjaus lihavuuskirurgisen potilaan kokemana. Opinnäytetyö AMK. Viitattu 9.1.2014.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65415/>
- Kylmä, Jari 2012. Johtamisella toivoa psykiatrisessa hoitotyössä. ePooki 9/2012, 31–37. Viitattu 19.11.2014.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53413/Johtamisella\\_toivo](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53413/Johtamisella_toivo)
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kärki, Anne 2014. Satakunnan ihmistieteellisen eettisen toimikunnan lausunto 18.3.2014. Pori.
- Leino-Kilpi, Helena; Mäenpää, Inger & Katajisto, Jouko 1999. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. Original article. Journal of Orthopaedic Nursing 3, 138–145.
- Leino-Kilpi, Helena 2014. Professori, Turun yliopisto. Turku. Sähköpostiviesti 7.1.2014. Vastaanottaja Marita Koivunen. Tuloste vastaanottajan hallussa.

Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito 13.9.2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä Viitattu 9.1.2014, 1.3.2014 ja 21.9.2014

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/>

Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Väitöskirja. Viitattu 27.8.2014.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>

Lusenius-Lüttjohann, Virpi 2013. Potilaan ohjaus tärkeää lihavuusleikkauksen yhteydessä. Viitattu 13.1.2014.

[http://www.mylab.fi/fi/puheenvuoro/potilaan\\_ohjaus\\_tarkeaa\\_lihavuusleikkauksen\\_yhteydessa/](http://www.mylab.fi/fi/puheenvuoro/potilaan_ohjaus_tarkeaa_lihavuusleikkauksen_yhteydessa/)

Lönnerberg, P. & Koivunen, M. 2011. Tahdistinpotilaan tiedontarve Satakunnan keskussairaalan sydänyksikön poliklinikalla. VeTePo-hankkeen selvitysraportti. Viitattu 27.11.2013.

[http://www.vete.fi/Raportit/PO/Julkaisut/Julkaisu\\_J4.pdf](http://www.vete.fi/Raportit/PO/Julkaisut/Julkaisu_J4.pdf)

Mattila, Heleena 2008. Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 3.9.2014.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1061-](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1061-)

Mustajoki, Pertti 2008. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 3. painos. Duodecim. Hämeenlinna; Karisto Oy.

Mustajoki, Pertti; Fogelholm, Mikael; Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti 2006. Lihavuus. Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Duodecim. Hämeenlinna; Karisto Oy:n kirjapaino.

Pietilä, Anna-Maija (toim.) 2010. Terveystieteiden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.



- Raak, Julia 2013. Sydänpotilaiden ohjauksen kehittäminen Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö YAMK. Satakunnan ammattikorkeakoulu; Pori.
- Rekola, Leena; Häggman-Laitila, Arja; Mattila, Lea-Riitta; Palomaa, Tarja; Ruskomaa, Pauliina & Leivonen, Marja 2/2013. Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia: lihavuuden vaikutukset elämään ja leikkaukseen liittyvät ohjauksen ja tuen tarpeet. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Kouvola; Scanweb Oy.
- Ruusuvuori, Johanna; Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere; Vastapaino.
- Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) 2009. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy.
- Satakorkea 2014. Tutkimusetiikka. Vahingoittamien välttäminen. Henkisten haittojen välttäminen. Viitattu 25.9.2014.  
[http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka\\_vahingoittamisen\\_valttaminen](http://www.satakorkea.fi/tutkimusetiikka_vahingoittamisen_valttaminen)
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Väitöskirja. Viitattu 2.9.2014.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>
- Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja (toim.) 2011. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. 2. painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. Toimintakertomus 2013. Viitattu 16.10.2014.  
<http://www.stes-hsf.fi/uploads/>
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Tuominen, Päivi; Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveyden edistämisen avainsisällöt. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukemiseen. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu- ja 5/05.
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 27.11.2013 ja 25.9.2014. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Viitala, Riitta 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. E-kirja. Helsinki: Edita Publing Oy.
- Vänskä, Kirsti; Laitinen-Väänänen, Sirpa; Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki; Edita Prima.

Hyvä potilas

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on käynnistymässä haastattelututkimus, jossa pyritään selvittämään lihavuusleikatun potilaan tiedon- ja ohjauksen tarpeita leikkauksen jälkeen.

Tutkimus on tarkoitus toteuttaa haastattelemalla potilaita, joille on tehty lihavuusleikkaus. Haastattelut aloitetaan toukokuussa 2014 ja Teiltä kysytään muutamia henkilökohtaisia taustatietoja (ikä, sukupuoli, työelämässä mukana oloa, perhesuhteita ja leikkausajankohtaa) ja tuntemuksia tiedon ja ohjauksen tarpeista leikkauksen jälkeen, kuten ravitsemukseen, liikkumiseen ja leikkaukseen liittyen. Lisäksi kysymyksiä on kokemuksellisista, sosiaalisista ja taloudellisista aiheista. Kun lupaudutte mukaan tutkimukseen, teihin otetaan yhteys ensin puhelimitse ja haastattelu tapahtuu sopivaksi katsomassamme paikassa tai puhelimitse.

Tutkimustulosten avulla parannetaan ja kehitetään tuen antamista ja potilasohjausta lihavuusleikkauksen jälkeen Satakunnan keskussairaalassa, joten osallistumisenne haastatteluun on meille tärkeitä. Tutkimus toteutetaan siten, että henkilöllisyytenne ei tule millään tavalla esille tuloksista tuotettavissa raporteissa ja aineisto hävitetään tutkimusten tulosten oikeellisuuden tarkastamisen jälkeen.

Tutkimus on vapaaehtoinen, teillä on oikeus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa, eikä tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta mitenkään leikkauksen jälkeiseen normaaliin hoitoon. Lisäksi voitte tarvittaessa kysyä lisätietoja ja tarkentaa asioita tutkimukseen liittyen.

Yhteistyöstänne kiittäen

Helena Katajisto  
sairaanhoitaja, (tutkija)  
Satakunnan sairaanhoitopiiri  
Operatiivisen hoidon toimialue  
puh. 044-3562740  
helena.katajisto@satshp.fi

Kirsi-Marja Laine  
ylihoitaja  
Satakunnan sairaanhoitopiiri  
Operatiivisen hoidon toimialue

Olen saanut riittävästi tietoa lihavuusleikkauksen jälkeiseen tiedon- ja ohjauksen tarpeeseen liittyvään haastattelututkimukseen ja annan suostumukseni haastatteluun.

Porissa \_\_. \_\_. 2014

puhelinnumero

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TEEMAHAASTATTELU

1. Ikä v. \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli: nainen \_\_\_\_  
mies \_\_\_\_
3. Oletteko: työssä \_\_\_\_ ei työssä \_\_\_\_  
eläkkeellä \_\_\_\_
4. Asutteko: yksin \_\_\_\_ perheen kanssa \_\_\_\_
5. Miten saitte tietoa leikkaushoidosta \_\_\_\_\_
6. Leikkausajankohta (kuukausi ja vuosi) \_\_\_\_\_

7. Minkälaisia tiedontarpeita lihavuusleikatuilla potilailla on:

(Haastattelualueiden teoreettinen tietoperusta, Leino-Kilpi ym. 2003.)

### A. Biofysiologisella osa-alueella

- a) Minkälainen tieto ja tuki on mielestänne kaikkein oleellisinta heti leikkauksen jälkeen vuodeosastolla?
- a) Minkälainen tieto on tärkeää toimenpiteeseen liittyen?
- a) Minkälainen tieto on tärkeää komplikaatioihin liittyen?
- a) Minkälainen tieto on tärkeää lääkityksestä?
- a) Minkälaisen tiedon koette tärkeäksi mahdolliseen jatkohoitoon liittyen?
- a) Minkälainen tieto on mielestänne tärkeää liittyen leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen kotona? (esim. kotihoito-ohjeissa jonkin asian korostaminen tai lisääminen)
- a) Koetteko tärkeäksi tuen päihteiden käytön (esim. tupakka tai alkoholi) lopettamiselle?
- a) Minkälaisen muun tiedon koette tärkeäksi fyysisen hyvinvoinnin edistämiseksi liittyen leikkauksen jälkeisiin oireisiin? tutkimukseen? tai hoitoon?

## B. Toiminnallisella osa-alueella

- b) Minkälaisen tiedon koette tärkeäksi ravitsemukseen liittyen?
- b) Minkälaisen tiedon koette tärkeäksi liikkumiseen liittyen?
- b) Mitä tietoa tarvitsette painonhallinnasta?
- b) Minkälainen muu tieto on tarpeellista jokapäiväiseen toimintaan liittyen?

## C. Kokemuksellisella osa-alueella

- c) Minkälainen tieto on mielestänne tärkeää leikkauksesta sopeutumisessa?
- c) Minkälaista tietoa koette tarvitsevanne psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi?
- c) Minkälainen muu tieto on tärkeää tunteisiin liittyen?

## D. Eettisellä osa-alueella

- d) Minkälaisen tiedon koette tärkeäksi liittyen omaan vastuuseen leikkaushoidon jälkeen?
- d) Minkälainen tieto on tärkeää liittyen luottamuksellisuuteen potilassuhteessa?
- d) Minkälaista tietoa toivoisitte potilasasiamiehen toiminnasta?

## E. Sosiaaliyhteisöllisellä osa-alueella

- e) Koetteko läheisenne tarvitsevan tietoa lihavuusleikkauksen jälkeen?
- e) Minkälaisen tiedon koette tärkeäksi yhdessä läheisenne kanssa?
- e) Minkälaisen muun tiedon ja tuen läheisiltä koette tärkeäksi?
- e) Koetteko tarvitsevanne tietoa tai tukea psykologilta tai psykiatrilta?
- e) Koetteko tarvitsevanne tietoa ja tukea vertaistukiryhmältä leikkauksen jälkeen?
- e) Minkälaisen muun tiedon ja tuen ammattilaisilta (esim. työterveyshuolto) koette tärkeäksi?

## F. Taloudellisella osa-alueella

- f) Minkälainen tieto on tärkeää taloudellisiin asioihin liittyen?
- f) Mitä tietoa on tarpeellista kertoa kustannuksiin liittyen?

8. Minkälainen ohjaustapa antaa teille sisäistä voimantunnetta?

9. Mitä muuta toivotte ohjaukselta lihavuusleikkauksen jälkeen?