

Elämä lihavuusleikkauksen jälkeen – kuvaileva tutkimus potilaiden kokemuksista

VIRPI LUSENIUS

TtM, kliininen asiantuntija
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HYKS, Sydän- ja keuhkokeskus

MAIJA HUPLI

THT, lehtori
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lihavuusleikkauksen aiheuttamia muutoksia elämään potilaiden kokemusten kautta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen tueksi lihavuusleikkauksen yhteydessä ja siten kehittää potilasohjausta potilaiden tarpeita vastaavaksi. Aineisto kerättiin kahdelta suomalaiselta internetin keskustelupalstalta syksyn 2011 aikana. Aineisto muodostui vapaamuotoisista viesteistä (N = 298). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Lihavuusleikkauksen aiheuttamat muutokset elämään liittyivät muutoksiin ruokailutottumuksissa sekä fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin. Ruokailutottumuksiin liittyviä muutoksia kuvattiin paljon, mutta lihavuusleikkaus muutti elämää kaikilla muillakin osa-alueilla. Elämänlaatu parani selvästi. Fyysiset muutokset aiheuttivat kuitenkin suuria psyykkisiä muutoksia, joihin liittyen kuvattiin runsaasti ristiriitaisia tunteita. Tällaisiin suuriin psyykkisiin muutoksiin ei välttämättä osattu varautua ennen leikkausta.

Lihavuusleikkaus muuttaa elämää kokonaisvaltaisesti. Tuloksia voidaan hyödyntää, kun kehitetään potilasohjausta lihavuusleikkauksen yhteydessä potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Avainsanat: lihavuuden kirurginen hoito, elämänmuutokset, potilasohjaus

Saapunut: 20.10.2014

Hyväksytty julkaistavaksi: 29.12.2014

ABSTRACT

Life after obesity surgery – a descriptive study of patients' experiences

*Virpi Lusenius, MNSc, Clinical Nurse Specialist
Maija Hupli, PhD, Senior Lecturer*

The purpose of this study was to describe life changes related to obesity surgery through patients' experiences'. The aim of this study was to provide information to support patient counselling over obesity surgery process and to develop patient counselling to meet patients' needs. The data was collected from two Finnish internet discussion boards in the fall of 2011. The data consisted of informal messages (N = 298). The data was analysed with inductive content analysis.

Life changes after obesity surgery were related to eating habits and physical, psychological and social changes. The quality of life improved significantly. However, physical changes caused great deal of psychological changes. These psychological changes caused many conflicting feelings among patients. Patients were not necessary prepared for such major psychological changes before surgery.

Obesity surgery changes patients' life comprehensively. Results can be utilized in developing patient counselling related to obesity surgery.

Key words: obesity surgery, life cycle stages, patient counselling

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Lihavuusleikkaus muuttaa elämää monin tavoin ja vaatii potilailta suuria muutoksia elämäntapoihin.
- Lihavuusleikkauksen välittömät vaikutukset ovat usein rajuja ja syöminen leikkauksen jälkeen vaatii aikaa ja opettelua.
- Verrattuna konservatiiviseen hoitoon lihavuusleikkaus on tehokas hoito lihavuuteen.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Tutkimus antaa tietoa suomalaisten potilaiden kokemuksista siitä, miten elämä muuttuu lihavuusleikkauksen jälkeen.
- Syömiseen liittyvät muutokset lihavuusleikkauksen jälkeen ovat huomattavan suuria ja ne vaikuttavat elämään paljon.
- Lihavuusleikkauksen aiheuttamat fyysiset muutokset aiheuttavat suuria psyykkisiä muutoksia, joihin ei välttämättä osata varautua ennen leikkausta.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tutkimus tuo esiin suomalaisten potilaiden kokemia elämänmuutoksia lihavuusleikkauksen jälkeen. Tämän tiedon avulla potilaiden ohjausta voidaan kehittää potilaiden tarpeita vastaavaksi. Tietoa voidaan myös hyödyntää hoitotyön koulutuksessa potilasohjauksen oppimisessa.
- Lihavuusleikkaus muuttaa elämää kokonaisvaltaisesti. Erityisesti psyykkiset muutokset ovat suuria. Tämä tulee huomioida hoitotyön johtamisessa, kun potilasohjausta lihavuusleikkauksen yhteydessä resursoidaan.

Tutkimuksen lähtökohdat

Lihavuus on lisääntynyt sekä Suomessa että koko maailmassa. FINRISKI 2012 -terveys tutkimuksen mukaan työikäisten miesten keskimääräinen painoindeksi oli 27,1 kg/m² ja naisten 26,0 kg/m². Normaalipainossa painoindeksi on välillä 18,5– < 25. Aikuisista miehistä 66 % ja naisista 46 % oli ylipainoisia (painoindeksi vähintään 25 kg/m²). Joka viides suomalainen oli lihava (painoindeksi vähintään 30 kg/m²). Ylipainoiset kantavat kehossaan keskimäärin yli 10 kilon ja lihavat 30 kilon liikakuormaa normaalipainoisiin verrattuna. (Männistö ym. 2012.)

Kansainvälisen käytännön mukaisesti lihavuusleikkausta harkitaan, kun perinteiset laihdutusyritykset eivät ole tuottaneet tulosta ja kun painoindeksi ylittää 40 kg/m² tai kun painoindeksiin yli 35 kg/m² liittyy joku lihavuudesta johtuva sairaus. Lihavuusleikkauksessa mahalaukun tilavuutta pienennetään niin, että potilas ei voi enää syödä, kuten ennen leikkausta. Lihavuusleikkauk-

sista yleisimpiä ovat mahalaukun ohitus-, kavennus- ja pantaleikkaukset, joista Suomessa käytössä ovat lähinnä ohitus- ja kavennusleikkaus. (Ikonen ym. 2009.) Leikkauksen tavoitteina ovat pysyvä laihtuminen, hyvä ravitsemustila ja elämänlaadun lisääntyminen. Ruuansulatuskanavan hormonimuutokset mahalaukun ohituksen jälkeen vähentävät ruokahalua ja parantavat sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaa. Lihavuusleikkauksen jälkeen aterian kerta-annos rajoittuu pieneksi (< 2 dl/ateria) koko loppuelämäksi. (Nuutinen ym. 2009.) Suomessa lihavuusleikkauksia tehdään vuodessa yli 1000 (Mustajoki 2013).

Lihavuusleikkaus muuttaa elämää monin tavoin. Leikkauksen välittömät vaikutukset ovat usein rajuja ja syöminen leikkauksen jälkeen vaatii aikaa ja opettelua. (Ogden ym. 2006.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että kaikki potilaat eivät saavuta odotettua laihtumistulosta leikkauksen jälkeen. Lisäksi näyttäisi siltä, että pidemmässä seurannassa myös hyvän tuloksen saavuttanei-

den potilaiden paino alkaa hiljalleen nousta. Verrattuna konservatiiviseen hoitoon lihavuusleikkaus on kuitenkin tehokas hoito lihavuuteen. (Karlsson ym. 2007, van Hout ym. 2007, D'Hond ym. 2011, Suter ym. 2011.) Näyttäisi siltä, että lihavuusleikkaus parantaa myös syömistottumuksia. Potilaat raportoivat muutoksista näläntunteessa, ruokahalussa ja syömistottumuksissa leikkauksen jälkeen. Nälän tunnetta koettiin vähemmän ja kylläisyys saavutettiin pienemmällä ruokamäärillä mahalaukun pienemisen myötä. Tosin näillä parannuksilla oli taipumus vähentyä, kun aikaa kului. Leikkauksen jälkeen potilaat raportoivat syövänsä useampia aterioita kuin ennen leikkausta ja lisäksi he söivät matala-energisempiä ruokia. Potilaat kokivat myös pysyväänsä paremmin kontrolloimaan syömistään. (Wysoker 2005, Ogden ym. 2006, van Hout ym. 2007, Colles ym. 2008.)

Potilaat odottavat lihavuusleikkauksen muuttavan elämää mm. lihavuudesta johtuvien liittännäissairauksien paranemisen (Munoz ym. 2007), fyysisen ulkomuodon muuttumisen, elämänlaadun paranemisen, sosiaalisen hyväksynnän lisääntymisen ja painon putoamisen (Magdaleno 2011) sekä ruokailutottumusten muuttumisen kautta (van Hout ym. 2007). Kaikki leikkaukseen liittyvät odotukset eivät ole positiivisia. Potilaat myös pelkäävät leikkaukseen liittyviä komplikaatioita ja lisäksi sitä, että eivät pystykään muuttamaan ruokailutottumuksiaan. (van Hout ym. 2007.) Lihavuusleikkaukseen liittyvät odotukset painon putoamisesta eivät tutkimusten mukaan ole aina realistisia (Wolfe & Terry 2006, Bauchowicz ym. 2007, Shahzeer ym. 2011). Ruotsalaisessa SOS (Swedish obese subjects study) tutkimuksessa 15 prosenttia lihavuusleikatuista (n = 2010) luokiteltiin kymmenen vuoden päästä luokkaan ei-lihava (BMI < 30) (Karlsson ym. 2007).

Lihavuusleikkaus ei vaikuta ainoastaan potilaan painoon ja sitä kautta fyysisiin sairauksiin, sillä on myös vaikutusta yksilön psykososiaaliseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Sen takia lihavuusleikkauksen ainoat tavoitteet eivät saisi olla vain painon putoaminen ja liittännäissairauksien lieven-

tyminen, vaan myös psykososiaalisen toiminnan paraneminen. (Karlsson ym. 2007.) Tutkimusten mukaan elämänlaatu lisääntyy selvästi leikkauksen jälkeen (Karlsson ym. 2007, Adams ym. 2009, D'Hond ym. 2011, Helmiö ym. 2011, Suter ym. 2011). Näyttää kuitenkin siltä, että lihavuusleikkaukseen hakeutuvilla tai leikkauksessa olleilla elämänlaatu on usein heikompi kuin verrokeilla (Helmiö ym. 2011). Lisäksi kaikki potilaat eivät pysty tekemään tarvittavia elämäntapamuutoksia lihavuusleikkauksesta huolimatta (Zijlstra ym. 2009). Tämä tulee huomioida potilaiden ohjauksessa lihavuusleikkauksen yhteydessä.

Lihavuus on yleistynyt ja vaikuttaa negatiivisesti moniin osa-alueisiin elämässä. Lihavuusleikkauksen jälkeinen nopea ja runsas laihtuminen vaikuttaa potilaiden elämään monin tavoin. Potilaiden ohjaus lihavuusleikkauksen yhteydessä on tärkeää, koska potilaat tarvitsevat paljon tietoa liittyen lihavuusleikkaukseen ja erityisesti elämään sen jälkeen.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lihavuusleikkauksen aiheuttamia muutoksia elämään potilaiden kokemusten kautta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasohjauksen tueksi lihavuusleikkauksen yhteydessä ja siten kehittää potilasohjausta potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Tutkimuksessa etsittiin vastausta kysymykseen, miten lihavuusleikkaus on muuttanut potilaiden elämää.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto

Tutkimuksen laadullinen aineisto muodostui vapaamuotoisista viesteistä (N = 298), jotka kerättiin kahdelta suomalaiselta internetin keskustelupalstalta syksyn 2011 aikana. Keskustelupalstoilla lihavuusleikkausta suunnittelevat, siitä kiinnostuneet ja leik-

kauksessa jo olleet henkilöt keskustelivat lihavuusleikkaukseen liittyvistä asioista. Suurin osa viesteistä oli vuosilta 2010–2011. Keskusteluja seurattiin ensin usean kuukauden ajan, jotta tutkijalle muodostui käsitys siitä, että keskustelupalstat olivat soveltuvia aineiston keruuseen. Aineistoa kerättiin avoimesti, tutkimuskysymyksen ohjaamana, kunnes aineisto alkoi saturoitua. Keskustelupalstat, joilta aineisto kerättiin, olivat kaikille avoimia, julkisia palstoja ja siten kaikkien luettavissa. Vain keskusteluihin osallistuminen vaati rekisteröitymistä palstoille. Yleissävyltään keskustelupalstat olivat asiallisia ja asiaan keskittyviä. Aineisto kerättiin niin sanotun passiivisen analyysin avulla, joka tarkoittaa sitä, että aineiston kerääjä ei itse osallistu keskusteluun. (Eysenbach & Till 2001, Kaschesky & Riedl 2011).

Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä (Graneheim & Lundman 2004). Analyysiyksiköksi valittiin yksi viesti tai ajatuskokonaisuus. Keskustelijat kirjoittivat palstoille nimimerkeillä, siten heidän

henkilöllisyytensä ei paljastunut missään vaiheessa. Osa keskustelijoista oli luonut itselleen profiilin, jossa kuvattiin esimerkiksi paikkakunta, leikkausajankohta, leikkaustekniikka ja painonkehitys. Nimimerkit poistettiin heti aineiston tallennusvaiheessa ja viestit koodattiin numeroilla analyysin ajaksi. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja analyysiä jatkettiin ryhmittelemällä pelkistetyt ilmaisut samanlaisuuden perusteella alaluokiksi, jotka nimettiin sisällön mukaan. Samansisältöisistä alaluokista muodostettiin yläluokkia ja analyysin lopuksi muodostettiin yhdistävät luokat. Analyysin kaikissa vaiheissa palattiin toistuvasti alkupe-
räisaineistoon, jotta tutkimustulokset säilyivät totuudenmukaisina. (Taulukko 1.)

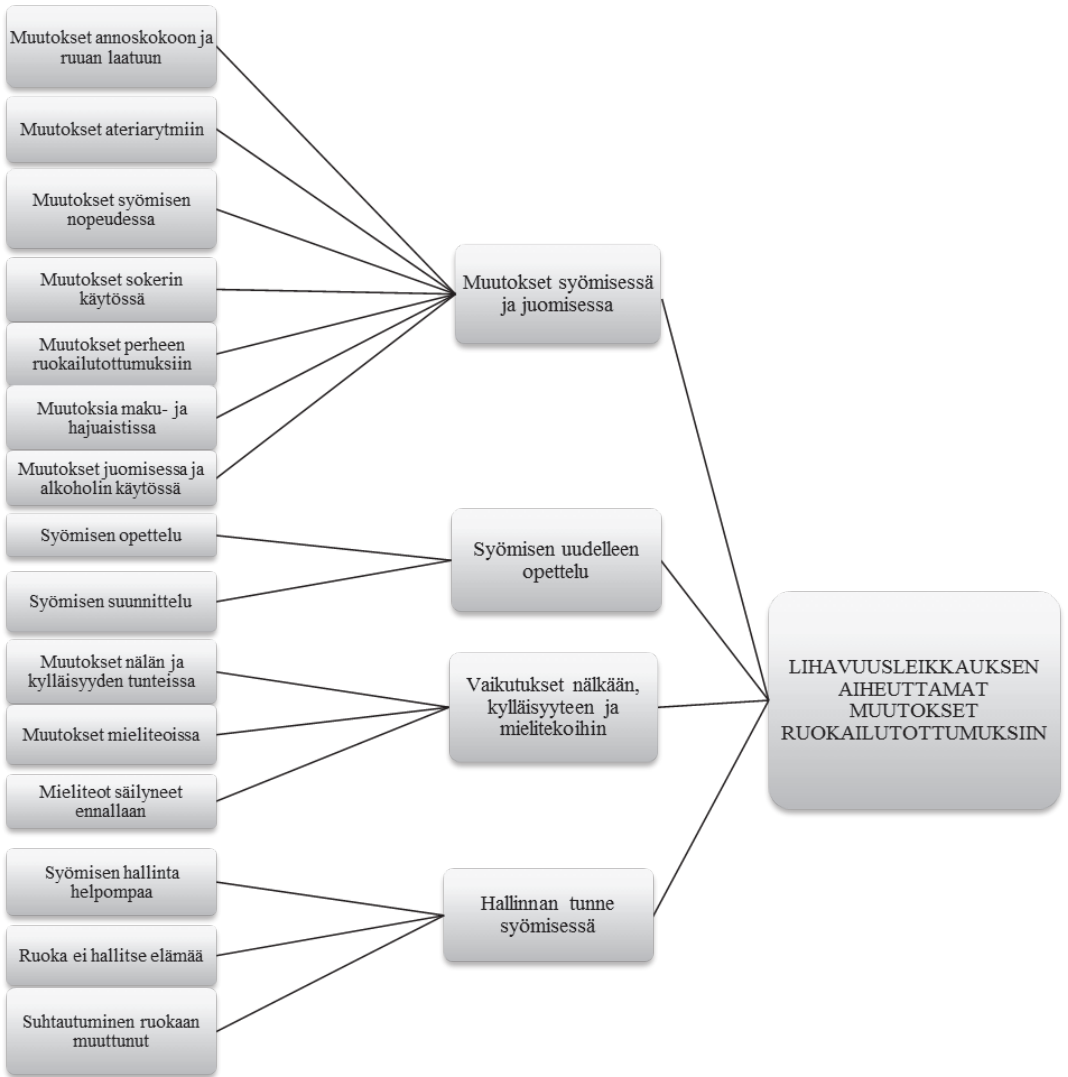
Tulokset

Lihavuusleikkauksen aiheuttamat muutokset ruokailutottumuksiin

Lihavuusleikkaus muutti ruokailutottumuksia monin tavoin ja muutokset olivat yksilöllisiä (Kuvio 1). Muutokset ruokailu-

Taulukko 1: Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
<ul style="list-style-type: none"> – Syömisestä on helpompaa – Syömisestä on helpompaa leikattuna, mutta vaatii ponnistelua – Leikkaus on apukeino, mutta sen merkitys on vähäisempi kuin sen mitä valintoja itse tekee – Helpottaa syömisestä vaihtamista – Iloa siitä että ylensyöminen on historiaa 	Syömisestä hallinta helpompaa	Hallinnan tunne syömisessä	Lihavuusleikkauksen aiheuttamat muutokset ruokailutottumuksiin
Ruokailu/herkuttelu eivät hallitse enää elämää <ul style="list-style-type: none"> – Mässäilypäivät on lopullisesti ohi – Ruoka ei ole enää pääasia elämässä – Ruoka ei enää ole palkinto tai päivän kohokohta 	Ruoka ei hallitse elämää		
<ul style="list-style-type: none"> – Ruuasta nauttii ehkä enemmän kuin ennen – Hyvällä omalla tunnolla herkuttelu – Kohtuudella ruuasta voi nauttia. – Nautintoa elämästä ja hyvästä ruuasta – Suhtautuminen ruokaan muuttunut – Asennoituminen ruokaan muuttunut – Suhde ruokaan on muuttunut – Intohimot ruokaan nähden ovat kadonneet – Stressi syömisestä on ohi 	Suhtautuminen ruokaan muuttunut		



Kuvio 1. Libavuusleikkauksen aiheuttamat muutokset ruokailutottumuksiin.

tottumuksissa tiivistettiin neljään kokonaisuuteen: muutoksiin syömisessä ja juomisessa, syömisestä uudelleen opetteluun, vaikutuksista nälkään, kylläisyyteen ja mielitekoihin ja hallinnan tunteeseen syömisessä.

Muutoksiin syömisessä ja juomisessa sisältyivät muutokset annoskokoon, ruuan laatuun ja ateriarytmiin. Ruokailu muuttui pieniksi annoksiksi parin tunnin välein ja

ateriarytmi säännölliseksi. Monet kokivat, että annoskoko muuttui normaaliksi. Koska määrät olivat vähäisiä, piti laatuun kiinnittää entistä enemmän huomiota. Monille oli alussa vaikea ymmärtää, että pieni määrä ruokaa riittää. Myös sokerin käyttö muuttui verrattuna aikaan ennen leikkausta, monille sokerin syöminen aiheutti pahoinvointia. Keskustelijat kuvasivat muutoksia maku- ja hajuaist-

teissa leikkauksen jälkeen. Monet kokivat, että maku- ja hajuaisti olivat parantuneet, vaikka päinvastaisiakin kokemuksia oli.

Lihavuusleikkauksen jälkeen juominen ja alkoholin käyttö muuttuivat. Juominen koettiin vaikeana ja tuntui, että nesteitä menee selkeästi vähemmän kuin ennen. Juomiseen piti kiinnittää huomiota, jotta tuli juotua tarpeeksi, koska juominen piti ajoittaa eri aikaan kuin syöminen. Myös alkoholin käyttö muuttui. Jotkut kokivat, että alkoholi ei enää vaikuta samalla tavalla kuin ennen tai toisaalta, että alkoholia ei kestä enää samalla tavalla kuin ennen leikkausta.

Lihavuusleikkauksen jälkeen **syöminen piti opetella uudelleen**. Tähän liittyi muun muassa säännöllisen ateriarytmin opettelu. Syömisestä opetteluun meni paljon aikaa ja se tapahtui pikkuhiljaa. Syöminen vaati myös paljon enemmän suunnittelua kuin ennen. Itseään joutui pakottamaan syömään tai muistuttamaan syömisestä. Ruokailuun joutui kiinnittämään enemmän huomiota kuin ennen. Liiallinen syöminen, huono puuskelu, kiire tai väärä ruoka-aine saattoivat aiheuttaa pahoinvointia, hikoilua ja vapiinaa, eli niin sanotun dumping-ilmion. Huomiota piti kiinnittää myös siihen, että syö tarpeeksi ja riittävän monipuolisesti.

Lihavuusleikkauksella oli **vaikutuksia nälkään, kylläisyyteen ja mielitekoihin**. Nämä vaikutukset olivat hyvin yksilöllisiä. Keskustelijat kuvasivat, että nälän tunne hävisi leikkauksen jälkeen. Toisaalta, jotkut kokivat, että nälän ollessa poissa mikään ei oikein maistunut. Nälän tunteen koettiin olevan erilainen leikkauksen jälkeen, hallittavampi. Myös kylläisyyden tunne muuttui. Monet kuvasivat kylläisyyden tunteen tulevan nopeammin, toisaalta joillain kylläisyyden tunnetta ei tullut ollenkaan. He kokivat, että koska kylläisyyden tunnetta ei tule, on taas laihdutettava, vaikka laihduttamisen piti loppua leikkaukseen. Myös mieliteot muuttuivat. Keskustelijat kuvasivat, miten mieliteot ja makeanhimo ”jäivät leikkauspöydälle”. Joillakin mieliteko makeaan ei loppunut leikkaukseen, mutta sitä ei voinut enää syödä paljon. Vaikka mieliteot palasivat myöhemmin, maha oli niin

pieni, ettei voinut ahmia liikaa. Joillakin mieliteot olivat leikkauksesta huolimatta pysyneet ennallaan.

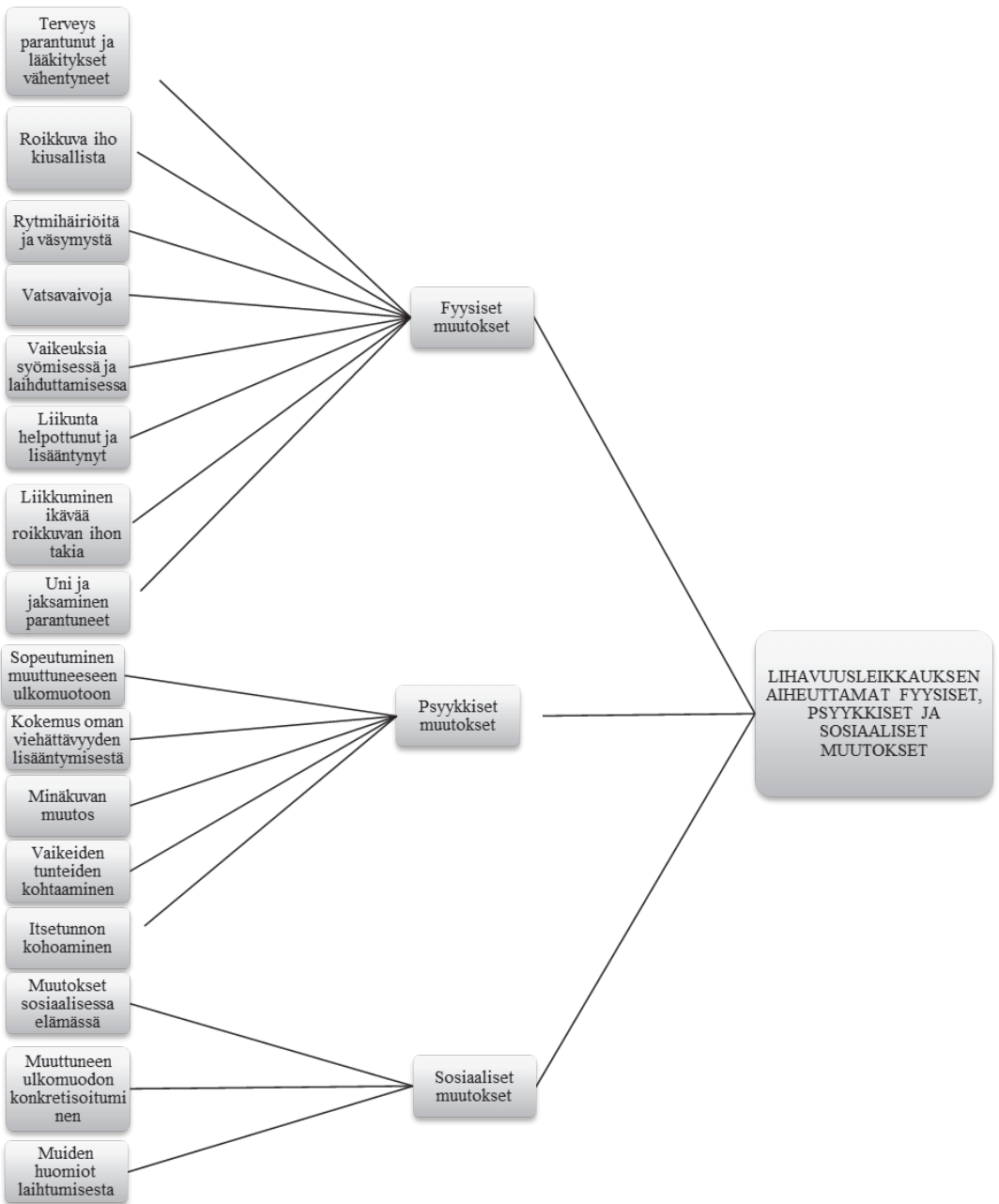
Lihavuusleikkauksen kuvattiin tuoneen **hallinnan tunteen syömiseen**. Keskustelijat kuvasivat, että syömisestä hallinta oli helpompaa, eikä ruoka enää hallinnut elämää. Syömisestä hallinta onnistui helpommin leikkauksen jälkeen, mutta vaati edelleen ponnistelua. Leikkaus koettiin apukeinona, mutta merkitykseltään vähäisempänä kuin se, mitä valintoja itse tekee. Koettiin, että ruoka ei ollut enää pääasia elämässä. Ruoka ei ollut palkinto tai päivän kohokohta niin kuin ennen. Suhtautuminen ruokaan muuttui leikkauksen jälkeen. Syömisestä oli opittu nauttimaan kohtuudella. Ruuasta osasi nauttia enemmän kuin ennen, ja hyvällä omalla tunnolla voi joskus herkutella. Asenne ruokaan muuttui, ja intohimot ruokaan nähdessä katosivat.

Lihavuusleikkauksen aiheuttamat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset

Muutokset ruokailutottumuksiin olivat suuria, mutta lihavuusleikkaus muutti elämää myös muilla osa-alueilla. Nämä osa-alueet tiivistettiin kolmeen kokonaisuuteen, jotka olivat: fyysiset muutokset, psyykkiset muutokset ja sosiaaliset muutokset. (Kuvio 2.) Myös nämä muutokset olivat yksilöllisiä ja vaativat sopeutumista.

Lihavuusleikkauksen aiheuttamat **fyysiset muutokset** olivat moninaisia. Keskustelijat kuvasivat, että terveys oli laihtumisen myötä parantunut ja lääkitys vähentynyt. Monilla korkea verenpaine oli normalisoitunut. Liikunta oli helpottunut ja lisääntynyt laihtumisen myötä. Liikkuminen tuntui mukavalta, eikä siitä enää tullut ikävä olo. Keskustelijat kuvasivat elämänsä aktiiviseksi ja liikunnalliseksi. Laihtumisen seurauksena jaksoi juosta, ajaa pyörällä ja kunto oli parempi kuin ennen. Lisäksi keskustelijat kuvasivat, että uni ja yleinen jaksaminen olivat parantuneet. Olo koettiin normaaliksi, vointi hyväksi ja energiaa tuntui riittävän paljon enemmän kuin ennen.

Kaikki lihavuusleikkauksen jälkeiset fyysiset muutokset eivät olleet positiivisia.



Kuvio 2. Lihavuusleikkauksen aiheuttamat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset.

Laihtumisen jälkeen roikkuva iho koettiin kiusallisena ja hankalana ja siitä johtuen myös liikkuminen oli ikävää. Leikkauksen

jälkeen kuvattiin rytmihäiriöitä, palelua, väsymystä ja hiusten lähtöä. Myös monenlaiset vatsavaivat olivat leikkauksen jälkeen

yleisiä. Keskusteluissa kuvattiin kovia ja lähes päivittäisiä vatsakipuja, närästystä, vaikeuksia syömisessä ja pahoinvointia. Leikkauksen jälkeen laihtuttaminen koettiin vaikeaksi, koska elimistö oli tottunut vähäiseen energiamäärään.

Lihavuusleikkaus aiheutti **psykkisiä muutoksia**. Sopeutuminen muuttuneeseen ulkomuotoon koettiin vaikeana. Keskustelijat kuvasivat leikkauksen aiheuttaman laihtumisen jälkeistä vaikeutta hahmottaa muuttunutta ulkomuotoaan ja jopa pelkoa kohdata itseään muuttuneena. Itsensä hyväksyminen muuttuneena ei ollut aina helppoa. Tunteet olivat ristiriitaisia, toisaalta oli toivo laihtumisesta ja toisaalta pelko siitä, ettei se onnistukaan. Keskustelijat kuvasivat sitä, miten oli pitänyt totutella siihen, ettei enää ole lihava. Monet kokivat, että psyyke ei ollut pysynyt mukana keventymisessä, itsensä näki edelleen isokokoisena, vaikka oli jo normaalipainoinen. Ymmärrys omasta laihtumisesta tuli viiveellä, ja muutos piti opetella hyväksymään. Keskustelijat kuvasivat myös minäkuvan muutoksia. Monet kokivat, että minäkuva oli hukassa, kun ei tiennyt edes vaatekokoaan. Psykkisesti kaikkein haastavinta oli minäkuvan muodostaminen uudelleen. Erialaisten vaikeiden tunteiden kohtaaminen ja käsitteleminen tulivat monille eteen leikkauksen ja siitä seuranneen laihtumisen jälkeen. Asiat, joita oli vältellyt ja paennut painonsa taakse, tulivat kohdattaviksi. Omasta lihomisestaan joutui tekemään myös surutyötä.

Keskustelijat kokivat kuitenkin myös oman viehättävyytensä lisääntymistä ja itsetunnon kohoamista laihtumisen myötä. Itseään ei enää tarvinnut hävetä, kun oli normaalipainoinen. Myös itsesyytökset olivat vähentyneet. Olo oli iloisempi ja elämänhaluisempi kuin ennen leikkausta. Onnellisuuden koettiin lisääntyneen. He kokivat iloa saamastaan apukeinosta, eli leikkauksesta, jonka ansiosta he saattoivat luottaa siihen, että painonhallinta onnistuu.

Lihavuusleikkauksen jälkeen muutoksia tapahtui myös **sosiaalisessa elämässä**. Keskustelijat kuvasivat sosiaalisen elämänsä muuttuneen esimerkiksi siten, että ravintolassa joutui pyytelemään anteeksi, kun ruo-

kaa jäi syömättä. Tai muiden kanssa syödessä oli sellainen tunne, että pitää selittää, miksi ei voi syödä kuin vähän. Muuttunut ulkomuoto konkretisoitui keskustelijoille esimerkiksi lentokoneen istuimeen mahtumisena, vaatekoon muutoksena ja mahdollisuutena ostaa vaatteita tavallisesta kaupasta. Muiden ihmisten huomiot laihtumisesta koettiin sekä positiivisina että negatiivisina. Positiiviset kommentit muuttuneesta ulkomuodosta vaikuttivat myönteisesti itsetuntoon. Suuri painonpudotus oli aiheuttanut myös ihmettelyä muiden ihmisten keskuudessa. Tämä koettiin ajoittain myös negatiivisena asiana. Jotkut kuvasivat huomauttavan painosta loppuneen laihtumisen myötä.

Pohdinta

Tutkimustulosten tarkastelu

Lihavuusleikkaus muutti elämää kokonaisvaltaisesti. Ruokailutottumuksiin liittyvät muutokset olivat odotettu asia. Niitä on kuvattu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Ogden ym. 2006). Tässä tutkimuksessa ruokailutottumuksiin liittyvät muutokset olivat kuitenkin selkeästi suuri muutos ja niistä keskusteltiin paljon. Syöminen ja juominen sekä niihin liittyvät tottumukset muutuivat kokonaan.

Fyysiset muutokset lihavuusleikkauksen jälkeen olivat suuria. Tulokset ovat yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Ogden ym. 2006, Wolfe & Terry 2006, Adams ym. 2009, van Hout ym. 2009, Magdaleno ym. 2011, Suter ym. 2011, Lier ym. 2012). Leikkauksen jälkeen terveys parantui liitännäissairauksien helpottumisen myötä. Toisaalta runsaan laihtumisen takia iho alkoi roikkua, minkä monet kokivat kiusallisenä tai hankalana. Myös muita terveydelisiä vaivoja ilmeni, kuten esimerkiksi rytmihäiriöitä, väsymystä, pahoinvointia ja erilaisia vatsavaivoja. Liikkuminen, uni ja yleinen jaksaminen sen sijaan olivat parantuneet leikkauksen jälkeen. Lihavuusleikkaus aiheutti muutoksia myös sosiaaliseen elämään. Muiden kommentit laihtumisesta ja muuttuneen ulkomuodon konkretisoitu-

minen, esimerkiksi normaalikokoisten vaatteiden hankkimisen myötä, tuntuivat hyviltä.

Kun arvioidaan lihavuusleikkauksen vaikutusta elämään pitkällä aikavälillä, korostuu elämäntapamuutosten ja laihtumisen pysyvyys. Tämän tutkimuksen aineistona ollut keskusteluaineisto ei kuvannut leikkauksen pitkäaikaisvaikutuksia paljokaan. Joitain mainintoja oli siitä, että laihtuminen leikkauksen jälkeen on vaikeampaa kuin aikaisemmin tai, että leikkauksen aiheuttamat muutokset ruokailutottumuksiin vähenevät ajan myötä ja sen jälkeen on taas mietittävä enemmän, mitä syö, ettei liho. Aikaisempien tutkimusten mukaan näyttää siltä, että vuosien kuluessa lihavuusleikkauksesta paino alkaa joillain potilailla nousta uudelleen. Lisäksi muutokset nälän ja kylläisyyden tunteissa näyttävät vähenevän ajan myötä. (van Hout ym. 2007, D’Hond ym. 2011, Suter ym. 2011.) Potilaan ohjauksen lihavuusleikkauksen yhteydessä tulisi olla useiden vuosien pituinen prosessi ja huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. Lisäksi ohjauksessa tulee huomioida sekä positiiviset, että negatiiviset muutokset joita leikkauksen jälkeen ilmenee.

Psyykkiset muutokset liittyivät pienentyneeseen ulkomuotoon ja sitä kautta kehonkuvan muuttumiseen. Tämä aiheutti monille haasteita. Itsensä hyväksyminen muuttuneena tai edes muutoksen ymmärtäminen koettiin vaikeaksi. Ymmärrys omasta muutoksesta tuli viiveellä ja se piti oppia hyväksymään. Leikkauksen jälkeen joutui kohtaamaan vaikeita tunteita, jotka liittyivät minäkuvan muuttumiseen ja itsetuntoon. Asiat, joita mahdollisesti oli ennen vältellyt, tulivat nyt kohdattaviksi. Tässä tutkimuksessa kuvattiin melko runsaasti muuttuneeseen ulkonäköön liittyviä ristiriitaisia tunteita, mitä ei aiemmissa tutkimuksissa ole juurikaan tuotu esiin. Muutokset koettiin paitsi hämmentävinä ja pelottavina, myös toisaalta itsetuntoa parantavina. Ehkä ajattelemme niin, että laihtumisen myötä ongelmat vähenevät ja elämä helpottuu. Lihomisen taustalla voi kuitenkin olla ongelmia, jotka tulevatkin kohdattaviksi leikkauksen jälkeen. Tämä asia tulee huomioida potilaan ohjauksessa,

prosessissa, jotta potilaat voivat jatkaa kokonaisvaltaisesti hyvää elämää leikkauksen jälkeen.

Eettiset kysymykset

Internetsivustot ja keskustelupalstat, joille ei tarvitse rekisteröityä, ovat avoimesti tutkittavissa ilman informointivelvoitetta tutkimuksesta (Kuula 2006). Keskustelupalstoilla keskustelevat ihmiset eivät kuitenkaan yleensä miellä olevansa avoimesti tutkittavissa, siksi tutkittavien yksityisyyttä tulee kunnioittaa myös julkisia aineistoja tutkittaessa. Lähtökohta kaikelle tutkimukselle ovat tutkittavien henkilöiden ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä vahingon välttäminen ja tutkittavien yksityisyyden suojaaminen. Tutkimuseettisesti olennaista keskustelupalstoilla, joissa kirjoitetaan nimimerkeillä, on kiinnittää huomiota palstan aihepiiriin ja avoimuuden asteeseen. (Eysenbach & Till 2001, Kuula 2006.) Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin avoimilta internetin keskustelupalstoilta, joten tutkimuslupaa ei tarvittu. Keskustelupalstojen nimiä ei ole mainittu missään vaiheessa, jotta tutkittavien anonymiteetti säilyisi. Mahdolliset maininnat sairaaloista tai paikkakunnista poistettiin keskustelijoiden anonymiteetin suojelemiseksi. Autenttisia lainauksia ei ole esitetty tässä artikkelissa, koska keskustelijoiden ”jäljitettävyyttä” internetissä on haluttu estää.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusaineisto kerättiin internetin keskustelupalstoilta, mikä saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Aineiston keruun yhteydessä ei ollut mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä, kuten haastattelun yhteydessä on mahdollista tehdä. Aineisto kerättiin tutkimuskysymyksen ohjaamana ja aineisto vastasi asetettuun kysymykseen. Siten voidaan ajatella, että aineistonkeruumenetelmä oli tutkimukseen sopiva. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että keskustelupalstoille kirjoittajat voivat

olla ketä vain. Tutkija ei voi varmistua siitä, että heillä on omakohtaista kokemusta aiheesta. Keskusteluja seurattessa ja aineistoa kerätessä tutkijalle muodostui kuitenkin mielikuva siitä, että keskustelupalstoilla kirjoittavat olivat tutkimuksen kohderyhmään kuuluvia, lihavuusleikkauksessa olleita henkilöitä. Keskustelut olivat asiallisia ja avoimia. Toisen tutkijan pitkä työkokemus ko. potilaiden parissa lisäsi tutkimuksen luotettavuutta siltä osin, että hänellä oli käsitys siitä, minkälaisista asioista keskustelupalstoilla keskustellaan. Tämän perusteella pääteltiin, että keskustelijat olivat tutkimuksen kohderyhmään kuuluvia. Lisäksi tutkimustulokset ovat pääosin yhteneviä aiempien tutkimustulosten kanssa. Tutkimusprosessin edetessä tutkijalle muodostui käsitys siitä, että todennäköisesti aineisto oli näin hankittuna rikkaampaa kuin esimerkiksi haastattelumalla kerätty aineisto. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, aineistoa pyrittiin tarkastelemaan mahdollisimman objektiivisesti ja aineistolähtöisesti (Graneheim & Lundman 2004). Tulkintaa pyrittiin välttämään.

Tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä on hankala arvioida, koska aineiston keruu on tehty internetin keskustelupalstoilta. Vastaa- jien ominaisuuksia ei voitu kuvata, koska ne eivät olleet tutkijankaan tiedossa. Tulosten siirrettävyyttä olisi parantanut, jos tutkimukseen olisi otettu mukaan jonkun tai joidenkin lihavuusleikkauksia tekevän yksikön ohjausrunkoja. Näin tuloksia olisi voinut verrata siihen, mitä ohjaus tällä hetkellä sisältää.

Sisällönanalyysin luotettavuutta ei arvioitu toisen tutkijan tekemällä rinnakkais-

analyysillä (Graneheim & Lundman 2004). Mutta analyysin kaikkiin vaiheisiin osallistui kaksi tutkijaa, jotka arvioivat koko analyysiprosessin ajan luokittelun loogisuutta, luokkien toisensa poissulkevuu- ta ja luokkien nimeämistä.

Johtopäätökset

Tutkimus tuotti tietoa suomalaisten potilaiden kokemista muutoksista elämässään lihavuusleikkauksen jälkeen. Elämä muuttui paljon. Vaikka elämänlaatu lisääntyikin selvästi, fyysiset muutokset aiheuttavat myös suuria psyykkisiä muutoksia. Näihin muutoksiin liittyen kuvattiin runsaasti ristiriitaisia tunteita. Tällaisiin suuriin psyykkisiin muutoksiin ei välttämättä osattu varautua ennen leikkausta. Julkisuudessa lihavuusleikkauksiin liittyvä uutisointi on ollut lähes ainoastaan positiivista. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että myös negatiiviset tunteet ja kokemukset liittyvät elämään lihavuusleikkauksen jälkeen. Tämä tulee huomioida potilaan ohjauksessa paitsi ennen leikkausta myös leikkauksen jälkeen. Ohjausprosessin tulee olla riittävän pitkä, jotta potilaat saavat tarvitsemansa tuen ja ohjauksen. Lihavuusleikkaus ei ole ”oikotie onneen”, kuten keskustelijat kuvasivat, vaan apuväline painonhallintaan.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: VL, MH, aineistonkeruu: VL, aineiston analysointi: VL, MH, käsikirjoituksen kirjoittaminen: VL, käsikirjoituksen kommentointi: MH.

LÄHTEET

Adams T, Pendleton R, Strong M, Kolotkin R, Walker J, Litwin S, Berjaoui W, LaMonte M, Cloward T, Avelar E, Owan T, Nuttall R, Gress R, Crosby R, Hopkins P, Brinton E, Rosamond W, Wiebke G, Yanowitz F, Farney R, Halverson C, Simper S, Smith S & Hunt S. 2009. Health outcomes of gastric bypass patients compared to nonsurgical, nonintervened severely obese. *Obesity* 18 (1), 121–130.

Bauchowitz A, Azarbad L, Day K & Gonder-Frederick L. 2007. Evaluation of expectations and knowledge in bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 3 (5), 554–558.

Colles S, Dixon J & O'Brien P. 2008. Hunger control and regular physical activity facilitate weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery* 18 (7), 833–340.

- D'Hond M, Vanneste S, Pottel H, Devriendt D, Van Rooy F & Vansteenkiste F. 2011. Laparoscopic sleeve gastrectomy as a single-stage procedure for the treatment of morbid obesity and the resulting quality of life, resolution of comorbidities, food tolerance and 6-year weight loss. *Surgical Endoscopy* 25 (8), 2498–2504.
- Eysenbach G & Till J. 2001. Ethical Issues in Qualitative Research on Internet Communities. *BMJ* 323, 1103–1105.
- Graneheim U & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112.
- Helmiö M, Salminen P, Sintonen H, Ovaska J & Victorzon M. 2011. A 5-year prospective quality of life analysis following laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obesity Surgery* 21 (10), 1585–1591.
- Ikonen T, Anttila H, Gylling H, Isojärvi J, Koivukangas V, Kumpulainen T, Mustajoki P, Mäklin S, Saarni S.I, Saarni S, Sintonen H, Victorzon M & Malmivaara A. 2009. *Sairaalloisen lihavuuden leikkausboito*. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2009, Helsinki.
- Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L & Sullivan M. 2007. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity* 31 (8), 1248–1261.
- Kaschesky M & Riedl R. 2011. *Tracing opinion-formation on political issues on the internet: a model and methodology for qualitative analysis and results*. System Sciences (HICSS), 2011 44th Hawaii International Conference on, 1–10. <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&number=5718645/6.12.2014>.
- Kuula A. 2006. *Tutkimusetiikka aineistojen bankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino. Tampere.
- Lier H, Biringer E, Stubhaug B & Tangen T. 2012. The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 87 (3), 336–342.
- Magdaleno R, Chaim E, Pareja J & Turato E. 2011. The psychology of bariatric patient: what replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery* 21 (3), 336–339.
- Munoz D, Lal M, Chen E, Mansour M, Fisher S, Roehrig M, Sanchez-Johansen L, Dymec-Valenitine M, Alverdy J & Le Grange D. 2007. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obesity Surgery* 17 (11), 1487–1491.
- Mustajoki P. 2013. Lihavuusleikkaus. *Lääkärikirja Duodecim*. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845/6.12.2014.
- Männistö S, Laatikainen T & Vartiainen E. 2012. Suomalaisen lihavuus ennen ja nyt. THL: tutkimuksesta tiiviisti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1/29.11.2014.
- Nuutinen O, Mikkonen R, Peltola T, Silaste M, Siljamäki-Ojansuu U, Uotila H & Sarlio-Lähteenkorva S. 2009. *Ravitsemushoitosuositus*. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Edita. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoitonettti_2_painos.pdf/23.11.2014.
- Ogden J, Clementi C & Aylwin S. 2006. The impact of obesity surgery and the paradox of control: a qualitative study. *Psychology and Health* 21 (2), 273–293.
- Shahzeer K, Huseyin K, Brandt M & Sherman V. 2011. What is my goal? Expected weight loss and comorbidity outcomes among bariatric surgery patients. *Obesity Surgery* 21 (5), 595–503.
- Suter M, Donadini A, Romy S, Demartines N & Giusti V. 2011. Laparoscopic Roux-En-Y gastric bypass: significant long-term weight loss, improvement of obesity-related comorbidities and quality of life. *Annals of Surgery* 254 (2), 267–273.
- TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto/10.12.2014>.
- van Hout G, Jakimovicz J, Fortuin F, Pelle A & Van Heck G. 2007. Weight loss and eating behavior following vertical banded gastroplasty. *Obesity Surgery* 17 (9), 1226–1234.
- Wolfe B & Terry M. 2006. Expectations and outcomes with gastric bypass surgery. *Obesity Surgery* 16 (12), 1622–1629.
- Wysoker A. 2005. The lived experience of choosing bariatric surgery to loose weight. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 11 (1), 26.
- Zijlstra H, Boije H, Larsen J, Van Ramshorst B & Geenen R. 2009. Patients' explanations for unsuccessful weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB). *Patient Education and Counseling* 75 (1), 108–113.

Virpi Lusenius, TtM, kliininen asiantuntija, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HYKS, Sydän- ja keuhkokeskus, PL 800, 00029 HUS, virpi.lusenius@bus.fi

Maija Hupli, THT, lehtori, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, maija.hupli@utu.fi