

# Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot

## — järjestelmällinen katsaus

Katsauksessa kuvattiin kansainvälisen kirjallisuuden avulla lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjauksessa käytettyjä interventioita. Analyysiin valittiin 22 tieteellistä artikkelia.

Ohjausta ja tukea tarvittiin sisäistyneen syömisen kontrollin saavuttamiseen, tunnereaktioiden käsittelyyn, uuden minän hyväksymiseen, uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimiseen, oman vastuun ensisijaisuuteen tavoitteen saavuttamisessa ja valmentautumiseen leikkauksen jälkeiseen aikaan. Interventioita potilaille olivat mielekkään syömisen oppiminen terapiaistunnoissa, leikkausta edeltävä opetus, oppimiskeskuksessa annettu opetus ja tukiryhmiin osallistuminen. Sairaanhoidajille kohdistettu interventio oli potilaskeskeisen hoidon koulutus. Tutkimuksista suurin osa toteutettiin USA:ssa. Määrällisiä tutkimuksia oli 12 ja laadullisia 10. Tutkimukset olivat otoskooltaan pieniä ja raportoitu huolellisesti. Tuloksia voidaan hyödyntää lihavuuskirurgisten potilaiden ohjaus- ja tuki-interventioita kehitettäessä ja tutkittaessa potilaiden kokemuksia.

**LEA-RIITTA MATTILA, LEENA REKOLA, ARJA HÄGGMAN-LAITILA**

### JOHDANTO

Lihavuus heikentää merkittävästi terveyteen liittyvää elämänlaatua ja erityisesti fyysistä terveyttä ja toimintakykyä. Se voi vaikuttaa myös työelämässä, opiskelussa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä selviytymiseen. (Kaukua 2006, Anttila ym. 2009, Pietiläinen ym. 2011.) Sairaalloisesti lihavia työkäisiä on Suomessa 50 000. Perheissä on usein muitakin lihavia tai ylipainoisia, joten elämäntapojen muuttaminen ja painonhallinta koskee koko perhettä (Saha 2009).

Lihavuus lisää monia sairauksia tai oireyhtymiä kuten tyypin 2 diabetestä, metabolista oireyhtymää, sydän- ja versisuonisairauksia, obstruktiivista uniapneaa, kihtiä, sappikivä, rasvamaksaa, polvien nivelrikkoa, astmaa ja eräitä syöpämuotoja (Aikuisten lihavuuden hoito, Käypä hoito -suositus 2011). Lihavuuskirurgia on todettu kustannustehokkaaksi hoitomuodoksi ja potilas paranee monista oheissairauksista hoidon

jälkeen (Kushner ja Noble 2005, Victorzon 2008, Anttila ym. 2009). Leikkaushoito myös parantaa merkittävästi potilaan elämänlaatua (Mustajoki ym. 2009, Aikuisten lihavuuden hoito, Käypä hoito -suositus 2011).

Suomessa tehtiin vuonna 2011 yhteensä 1047 lihavuuskirurgista leikkausta ([www.foteg.fi](http://www.foteg.fi) 2012). Lihavuuden leikkaushoito tulee kyseeseen vaikeasti lihaville silloin, kun potilaalla on jokin lihavuuteen liittyvä oheissairaus ja sairaalloisesti lihaville potilaille (Aikuisten lihavuuden hoito, Käypä hoito -suositus 2011). Lisäksi arvioidaan, että potilas kykenee muuttamaan syömistottumuksiaan eikä potilaalla ole ahmimisoireyhtymää. Kirurgisen hoidon toteuttaminen edellyttää moniammatillisen hoitotiimin ja potilaan pitkäjänteistä yhteistyötä. Hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, hoitaja, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja psykologi sekä toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. (Pietiläinen 2011.)

Potilaan preoperatiivinen ohjaus alkaa kuuksia ennen leikkausta ja toteutuu useilla vastaanottokäynnillä. Ohjauksessa kartoitetaan potilaan tilanne ja tunnistetaan elintapojen muutosta tukevat ja uhkaavat tekijät. Ohjauksessa käsitellään syömistottumukset, ruokavalion energiamäärän vähentäminen, ravintoainesisällön riittävyden turvaaminen ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Aikuisten lihavuuden hoito, Käypä hoito -suositus 2011, Pietiläinen 2011.) Potilaan tulee tietää, että hänen omia ponnistelujaan tarvitaan pysyvien terveyttä edistävien elintapojen omaksumisessa.

## TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Lihavuuskirurgisiin leikkauksiin liittyviä kokemuksia on tutkittu jonkin verran kansainvälisesti potilaiden näkökulmasta. Tämä käy ilmi vuonna 2009 Suomessa julkaistusta raportista, jossa oli järjestelmällinen katsaus aihealueesta. (Anttila ym. 2009.) Siinä kuvattiin potilaiden näkökulmasta lihomiseen liittyviä syitä, lihavana olemiseen liittyviä tuntemuksia, leikkaushoidon valintaa ja leikkauksen jälkeistä aikaa. Analyysissa oli mukana kuusi laadullista ja neljä määrällistä tutkimusta eri tieteenaloilta. Lihomisen koetuksi syiksi todettiin synnynäiset syyt, lihomisen laukaisseet elämäntapahtumat, tunnesyöminen ja toistuvat laihdutuskuurit ja niihin liittyvä painonnousun uusiutuminen. Lihavana olemiseen liittyi monia kielteisiä kokemuksia ja ongelmia. Näitä olivat syrjäntäkokemukset, kielteinen minäkuva ja jännitteet perhesuhteissa sekä toimintakykyyn ja terveyteen liittyvät ongelmat. Katsauksessa kuvattiin myös leikkaushoitoon liittyvää tiedonsaantia, kokemuksia hoitavasta kirurgista, leikkaukseen liittyviä sivuvaikutuksia ja epävarmuuden ja pelon tunteita sekä paluuta arkeen muuttuneen kehokuvan myötä.

Kansainvälisiä tutkimuksia hoidonantajien asennoitumisesta lihavuuskirurgiseen hoitoon löytyy myös muutamia eri tieteenaloilta. Idzikin ja Davenportin (2011) järjestelmällisen katsauksen mukaan seitsemän tutkimusta arvioi joko lääkäreiden tai lääketieteen opiskelijoiden asenteita lihavuuskirurgiaa kohtaan. Valtaosa vastaajista (71–85 %) oli ohjannut potilaita leikkaushoitoon. Noin puolessa tapauksia potilas oli kuitenkin itse tehnyt aloitteen lääkärille. Selvästi yli puolet vastaajista (63–77 %) harkitsisi omalla kohdalla leikkaushoitoa tai suosittelisi (63–89 %) sitä läheisilleen. Vastaajien tietotaso todettiin puutteelliseksi ja vain pieni osa oli itse luenut

leikkaushoidosta tai saanut koulutusta leikkaushoitoon ohjaukseen.

Sosiologisessa haastattelututkimuksessa tarkasteltiin sairaanhoitajien (n = 10) vuorovaikutusta lihavuuskirurgisten potilaiden kanssa. Sairaanhoitajien näkemys potilaista oli ei-tuomitseva ja he halusivat tarjota potilaille fyysisen hoidon lisäksi emotionaaliset, psykososiaaliset ja henkiset näkökohdat huomioivaa hoitoa. He epäilivät kirurgisen hoidon tehokkuutta pitkällä aikavälillä, jos potilas jatkaa epäterveellisiä elintapojaan. (Jeffrey ja Kitto 2006.) Sairaanhoitajilla todettiin olevan positiivinen asenne lihavuuskirurgisia potilaita kohtaan ja he huolehtivat erityisesti siitä, että potilasta kohdellaan kunnioittavasti ja arvokkaasti. Potilaiden tiedettiin tarvitsevan paljon aikaa päivittäisiin hoitotoimiin: hygienian hoitoon, wc-käynteihin, ihon hoitoon ja haavanhoitoon. (Zuzelo ja Seminara 2006.) Tärkeänä pidettiin potilaan itsetunnon ja itsehallinnan vahvistamista (Wysoker 2002, Ryan 2005). Psykiatrisen sairaanhoitajan asiantuntijuuden käyttöä hoitotimissä suositeltiin (Wysoker 2002).

Nichols ja Oermann (2005) arvioivat lihavuuskirurgisesta leikkaushoidosta kiinnostuneille potilaille laadittuja internet-sivuja (n = 40). Tarkoituksena oli löytää parhaat sivut, joita suositellaan potilaille. Kriteereinä olivat uskottavuus, sisältö, sivuston tarkoituksen ilmoittaminen, yhteystiedot, suunnittelu, vuorovaikutteisuus ja varoitukset. Tutkijoiden mukaan aineistosta löytyi seitsemän laadultaan hyvätasoista ja suositeltavaksi kelpaavaa potilaiden opettamiseen liittyvää sivustoa.

Suomessa tarvitaan järjestelmällistä katsausta aiheesta, jotta voidaan vahvistaa ohjauksen ja tuen tutkimusperustaisuutta ja yhtenäistää sitä sekä tukea potilasta elämäntapojen pysyvässä muuttamisessa. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää myös suomalaisten potilaiden kokemusten ja suomalaisen palvelujärjestelmän erityispiirteiden huomioimista. Aihealue on erittäin vähän tutkittu Pohjoismaissa. Esimerkiksi Anttila ym. (2009) toteavat järjestelmällisessä katsauksessaan, että Suomesta ja Pohjoismaista ei löytynyt yhtään laadullista tutkimusta potilaiden kokemuksista.

## KATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän järjestelmällisen katsauksen tarkoituksena on kuvata kansainvälisen kirjallisuuden avulla lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjauksessa käytettyjä

interventioita. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista ohjausta ja tukea lihavuuskirurgiset potilaat kokevat tarvitsevansa hoitoprosessin sa aikana?
2. Millaisia ohjaukseen ja tukeen liittyviä interventioita on toteutettu?
3. Mitä hyötyä käytetyistä interventioista on ollut?

## TIEDONHAKU JA TUTKIMUSAINEISTO

Aineistoa haettiin tutkimuskysymysten suunnassa ja järjestelmällisen katsauksen periaatteita noudattaen informaation kanssa CINAHL- ja PubMed-tietokannoista. Haut kohdistettiin ajanjaksoon 1.1.2003–31.12.2010. Käytetyistä tietokannoista löytyi yhteensä 171 artikkelia (Kuvio 1). CINAHL-tietokannassa hakusanoina käytettiin *bariatric surgery and perioperative care and support* sekä *patient education and bariatric surgery* ja *bariatric surgery and nursing care*. PubMed-tietokannassa hakusanoina käytettiin *bariatric surgery and nursing care* käyttämällä rajauksina *randomized control trial, case reports, clinical trial (phases I–IV), comparative study, controlled trial ja evaluation studies*. Tietokantahakujen jälkeen tehtiin manuaaliset haut. Anttilan ym. (2009) katsauksen lähdeluettelon perusteella hankittiin ja hyväksyttiin mukaan neljä kokotekstiä (Ryden ym. 2003, Ogden ym. 2005, Munoz ym. 2005, Throsby 2007). Haut tehtiin myös ”Bariatric Nursing and Surgical Patient Care” -lehden vuosikertoihin, koska haluttiin tarkistaa uusimpien tutkimusten mukaan saanti. Vuosikerroista löydettiin neljä kokotekstiä. Valittujen artikkelien lähdeluettelojen perusteella mukaan otettiin vielä yksi kriteerit täyttävä artikkeli.

Hakuprosessin tiivistelmätason valinnat tekivät kaksi tutkijaa itsenäisesti. Kokotekstien valintaan osallistui kolme tutkijaa. Prosessin luotettavuutta vahvistettiin keskustelemalla valinta- ja poissulkukriteerien osuvuudesta (Kuvio 1). Eriävistä mielipiteistä neuvoteltiin ja päätökset mukaan otettavista julkaisuista tehtiin yksimielisesti. Lopulliseen analyysiin saatiin yhteensä 22 kokotekstiä, jotka kaikki olivat englanninkielisiä (Taulukko 1).

Tässä katsauksessa kaikkiin tutkimuksiin sovellettiin laadullisen tutkimuksen laatukriteerejä (Dixon-Woods ym. 2004, Anttila ym. 2009), koska tutkimukset olivat luonteeltaan kuvailevia. Kriteerit kohdistuivat tutkimuksen raportoinnin laatuun (Taulukko 2). Arvioinnissa annettiin 1

piste tutkimusvaiheen kriteerin täytymisestä, jos asia oli raportoitu huolellisesti.

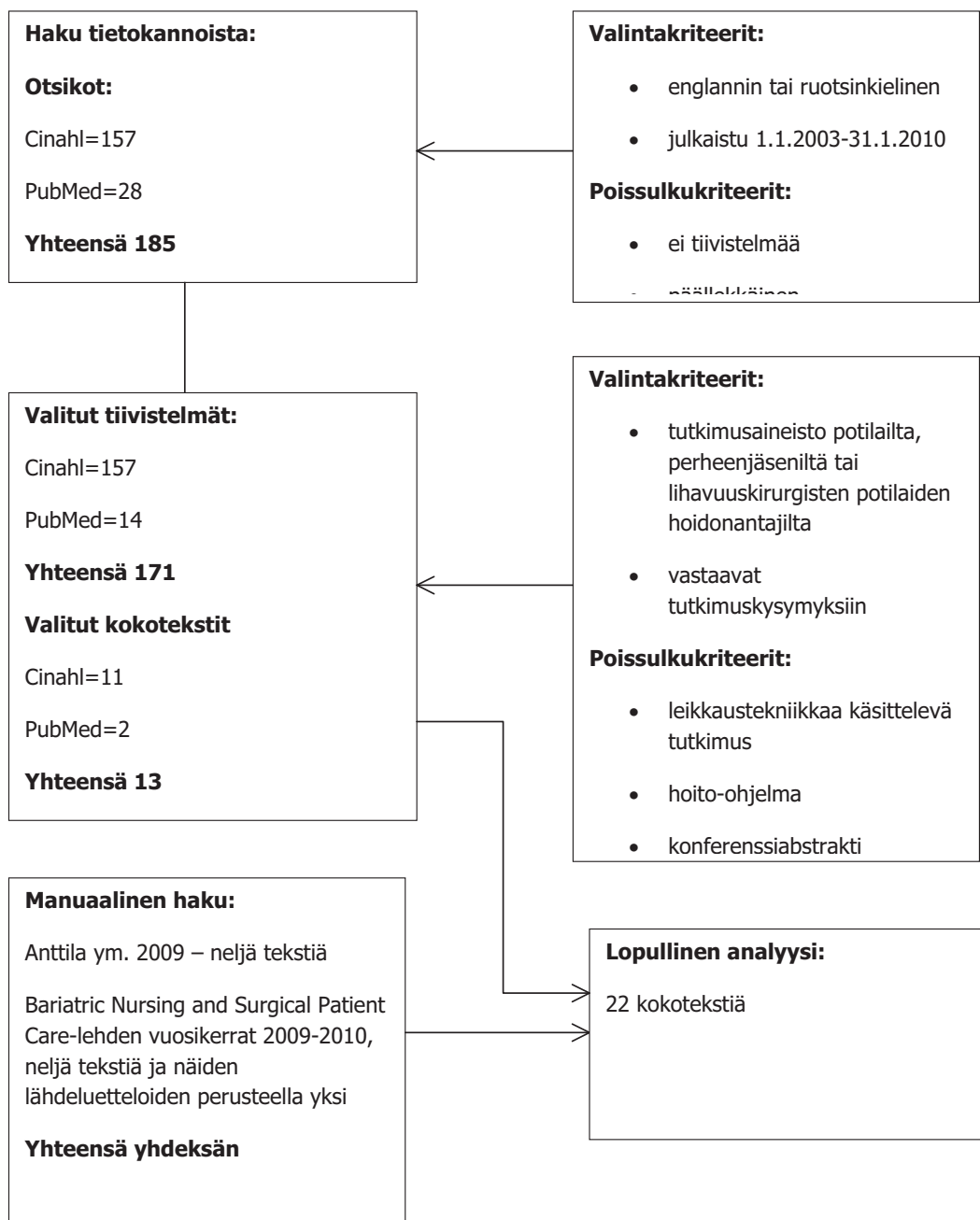
Tähän kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista 12 oli tehty laadullisilla tutkimusmenetelmillä ja 10 määrällisillä (Taulukko 1). Kaksi tutkimuksista oli sekä määrällinen että laadullinen (Munoz ym. 2005, Ogden ym. 2005). Ne on laskettu määrällisten tutkimusten ryhmään, koska laadullisen aineiston osuus oli niissä lähinnä täydentävä. Tutkimuksista suurin osa oli tehty Yhdysvalloissa. Aineistot oli kerätty 21 tutkimuksessa potilailta, yhdessä tutkimuksessa hoitajilta. Valtaosassa tutkimuksia osallistujien määrä oli pieni. Taulukkoon 1 on merkitty sukupuolta ja ikää koskevat tiedot osallistujista, mikäli ne oli raportoitu.

Potilasopetusta käsittelevässä interventiotutkimuksessa otettiin mukaan kaikki yliopistollisen sairaalan lihavuuskirurgisessa oppimiskeskuksessa käyneet potilaat ilman satunnaistamista (Goldstein ja Hadidi 2010). Kahdessa interventiotutkimuksessa satunnaistaminen toteutettiin jakamalla potilaat interventio- ja kontrolliryhmiin (Wolf ym. 2008a, Wolf ym. 2008b). Näissä tutkimuksissa intervention vaikuttavuutta arvioitiin post-test-mittauksilla. Lisäksi yhdessä laadullisessa tutkimuksessa, jossa potilaat kuvasivat epäonnistumista painonpudotusyrityksissään, kriteerit täyttävistä potilaista haastateltavat valittiin satunnaistamalla (Zijlstra ym. 2009).

## AINEISTON ANALYYSI

Artikkelit luettiin useaan kertaan läpi ja niistä laadittiin taulukot aineiston käsittelyyn, vertailun ja analyysin helpottamiseksi. Taulukkoihin merkittiin artikkelin kirjoittaja(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus, metodologiset valinnat, kohderyhmä, aineiston keruu ja analyysi, toteutetun intervention kuvaus sekä tulokset. Koska käytettävissä ei ollut valmista luokittelurunkoa, päädyttiin aineistolähtöiseen analyysiin (Elo ja Kyngäs 2008). Aineistoa kuvaavien käsitteiden (pää- ja alaluokat) tunnistaminen käynnistyi ohjauksen ja tuen tarpeita sekä interventioita ja niiden hyötyjä kuvaavien pelkistettyjen ilmausten kokoamisella taulukoitujen artikkeleiden tulososasta (Taulukko 1). Pelkistetyllä ilmauksella tarkoitettiin tutkimuskysymyksiin vastaavia mainintoja, jotka olivat sanoja tai useamman sanan muodostamia ajatuksellisia kokonaisuuksia. Esimerkki aineiston analyysistä on taulukossa 3. Kuviossa 2 on koottu yhteen tuloksena saadut pää- ja alaluokat.

Kuvio 1.  
Tiedonhaku tietokannoista ja manuaalisesti



**Taulukko 1.**  
Analysoidut kokotekstit

Viite	Tutkimukseen osallistujat ja maa	Tiedonkeruu ja aineiston analyysi
Satunnaistetut post-test -mittaukset		
Wolf ym. 2008a	36 leikkaukseen tulevaa potilasta: interventio- (n = 18) ja kontrolliryhmä (n = 18) USA	Strukturoitu puhelinhaastattelu: Schmidt Perception of Nursing Care Survey (0.84-0.92), Baker and Taylor Quality Measurement Scale ( 0.71-0.92), Hoitoasiakirjat (infektioit, kaatumiset, sairaalassaolon pituus). Kuvailevat tilastolliset menetelmät.
Wolf ym. 2008b	116 leikkaukseen tulevaa potilasta: interventio- (n = 58) ja kontrolliryhmä (n = 58 ) USA	Strukturoitu puhelinhaastattelu: Schmidt Perception of Nursing Care Survey (0.84-0.92), Baker and Taylor Quality Measurement Scale ( 0.71-0.92), hoitoasiakirjat (kuten edellä). Kuvailevat tilastolliset menetelmät.
<b>Muut määrälliset tutkimukset</b>		
Ryden ym. 2003	1146 leikkauksen läpikäynnystä ja 1085 konservatiivisen hoidon saanutta potilasta Ruotsi	Kyselyt: Obesity Coping Scale, Obesity Distress Scale Antroposofiset mittaukset (paino, pituus, BMI). Analyysi kuvailevin tilastollisin menetelmin, 95 % luottamusväli, ikäryhmien välisen eron testaukseen Mann-Whitney U testi ja kovarianssianalyysi, ryhmien välisen eron testauksessa Wilcoxonin merkityjen järjestyksilukujen testi.
Munoz ym. 2007	109 leikkaukseen tulevaa potilasta USA	Ennen leikkausta avokysymykset leikkaukseen hakeutumisen motivaatiosta Kyselyt: Beck Depression Inventory ( 0.87) ja Impact of Weight of Quality of Life. Sisällön analyysi, kuvailevat tilastolliset menetelmät.
Ogden ym. 2005	39 leikkausta odottavaa ja 22 leikkauksen läpikäynnystä potilasta Iso-Britannia	Kyselyt: Individualized Quality of Life, Profile of Mood States, Activities of Daily Living, Experiences of Eating ( 0.61-0.62) ja Single-item self-report measures Avoin haastattelu: 15 leikkauksen läpikäynnystä. Laadullinen sisällön analyysi ja kuvailevat tilastolliset menetelmät.
Pieper ym. 2006	31 leikkauksen läpikäynnystä potilasta USA	Kyselyt: The Pain Questionnaire ( 0.92), The Beliefs about Wounds and Their Care ( 0.53) ja The Discharge Concerns Questionnaire ( 0.91). Kuvailevat tilastolliset menetelmät.
Walfish ja Brown 2006	250 leikkaukseen tulevaa potilasta USA	Kysely: Weight and Lifestyle Inventory Kuvailevat tilastolliset menetelmät.
Surton ja Rames 2008	164 leikkauksen läpikäynnystä potilasta: 77 osallistui internet- ja 87 kasvokkaiseen tukiryhmään USA	Kysely: SF12v2-Health Survey ( 0.78-0.88). Kuvailevat tilastolliset menetelmät ja faktorianalyysi.
Heinlein 2009	556 leikkauksen läpikäynnystä potilasta USA	Verkkokysely: tiedon riittävyys dumping-oireista Analyysi kuvailevat tilastolliset menetelmät.

Walfish ja Brown 2009	100 leikkaukseen tulevaa miestä USA	Kyselyt: Weight and Lifestyle Inventory ja Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2. Analyysi kuvailevat tilastolliset menetelmät.
Goldstein ja Hadidi 2010	27 potilasta USA	Strukturoitu puhelinhaastattelu: ennen leikkausta tiedon taso ja tyytyväisyys leikkauksen jälkeen ennen kotinlähtöä. Analyysi kuvailevat tilastolliset menetelmät
Surton ja Raines 2010	87 leikkauksen läpikäynyttä potilasta USA	Kysely: itsearvioitu elämänlaatu, SF-12v2. Kuvailevat tilastolliset menetelmät ja faktorianalyysi.
<b>Laadulliset tutkimukset</b>		
Wysocker 2005	8 leikkauksen läpikäynyttä: 5 naista ja 3 miestä USA	Avoim haastattelu kun leikkauksesta oli kulunut vähintään vuosi. Haastattelutavat valittiin lumipallo otannalla. Fenomenologinen tutkimus.
Ogden ym. 2006	30 leikkauksen läpikäynyttä potilasta: 15 miestä ja 15 naista USA	Syvähaastattelu, fenomenologinen tutkimus Tulkitseva fenomenologinen (IPA) analyysi.
Throsby 2007	35 potilasta (naisia 29, miehiä 6) leikkauksen läpikäynyttä tai sitä odottavaa Iso-Britannia	Potilashaastattelut ja yksi focus group -haastattelu Analyysimenetelmänä diskurssianalyysi.
Whitwield ja Grassley 2008	12 sairaanhoitajaa USA	Avoim haastattelu Hermeneuttis-fenomenologinen tutkimus. Analyysi Colaizin -menetelmällä.
Surton ym. 2009	14 leikkauksen läpikäynyttä naista USA	Osittain strukturoitu puhelinhaastattelu (6 kk ja 12 kk leikkauksesta). Fenomenologinen tutkimus. Laadullinen sisällön analyysi.
Zijlstra ym. 2009	11 potilasta: 10 naista ja yksi mies Hollanti	Osittain strukturoitu haastattelu, leikkauksesta kulunut 2-5 vuotta. Analyysi tulkitsevalla koodauksella.
<b>Tapaustutkimukset</b>		
Engstrom 2007	41 v. nainen USA	Alku- ja loppustaus kyselyinä: Eating Behavior Inventory – ja Mindful Attention Awareness Scale
Earvolino-Ramirez 2008	55 v. nainen USA	Avoim haastattelu 8 kk leikkauksen jälkeen, lisäksi kirjallisia dokumentteja (vakuutusyhtiön kirjeenvaihtro, painonpudotusohjelmat ennen leikkausta). Hermeneuttisfenomenologinen tutkimus
Norris 2009	Nainen, jolle tehty gastroplastia USA	Syvähaastattelut 2, 6, 12 ja 18 kk kulttua leikkauksesta.
Tyler ja Pugh 2009	29 v. lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäynyt naispotilas USA	Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) sovellus potilaan ongelmien kuvaamiseen.

## Taulukko 2.

Tutkimusten raportoinnin laatu. Arviointikriteeri täytty = x, ei täyty = 0.

Tutkimus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Yhteensä
Earvolino-Ramirez 2008	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Engstrom 2007	x	x	x	x	x	x	0	x	x	x	9/10
Heinlein 2009	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Munoz ym. 2007	x	x	0	0	x	0	0	x	x	x	6/10
Norris 2009	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	9/10
Ogden ym. 2005	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Ogden ym. 2006	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Pieper ym. 2006	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Ryden ym. 2003	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Sutton ja Raines 2008	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo ym. 2008	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	9/10
Wolf, Lehman, Quinlin, Rosenzweig ym. 2008	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	9/10
Sutton ym. 2009	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Goldstein ja Hadidi 2010	x	x	x	0	x	0	x	x	x	x	8/10
Sutton ja Raines 2010	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Throsby 2007	x	x	x	x	x	0	0	x	x	x	8/10
Tyler ja Pugh 2009	x	x	x	x	x	x	0	x	x	x	9/10
Walfish ja Brown 2006	x	x	x	x	x	0	0	x	x	x	8/10
Walfish ja Brown 2009	x	x	x	x	x	0	0	x	x	x	8/10
Whitwield ja Grassley 2008	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10
Wysoker 2005	x	x	x	x	x	0	x	x	x	x	9/10
Zijlstra ym. 2009	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10

1. Tavoitteiden selkeä määrittely
2. Määrällisen/laadullisen tutkimusmenetelmän sopivuus
3. Tutkimusasetelman perustelut ja yhteensopivuus tutkimuskysymyksiin
4. Osallistujien valintatavan sopivuus tutkimuksen tavoitteisiin
5. Tiedonkeruu siten, että saatiin tutkimusilmion kannalta tarkoituksenmukaista tietoa
6. Tutkijan ja osallistujien suhdetta on pohdittu kylliksi
7. Eettisten seikkojen huomioon ottaminen
8. Analyysin tarkkuus ja perusteellisuus
9. Tulosten selkeä raportointi
10. Tutkimuksen hyödyllisyys

## Taulukko 3.

Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

Ohjauksen ja tuen tarvetta kuvaava pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
Syömistä koskevien ohjeiden noudattaminen, ruoka ei maistu, pelko ja ahdistus syömisestä (Sutton ym. 2008)	Vapautuminen syömisestä pelosta ja ahdistuksesta	Syömisestä sisäistyneen kontrollin saavuttaminen
Sopeutuminen edellyttää mielen kontrollia (Wysoker 2005)	Kontrollin siirtyminen mahasta mieleen	
Häpeänleima jatkuu leikkauksen jälkeen, valitsi helpon tien laihtua (Earvolino-Ramirez 2008)	Häpeän jakaminen	Tunnereaktioiden käsittely
Leikkauksen jälkeen pettymys painon alenemiseen ilman omia ponnisteluja (Zijlstra ym. 2009)	Tunneperäisten takaiskujen käsittely	

## Kuvio 2.

### Potilaiden kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista

#### Pääluokat ohjauksen ja tuen tarpeista

#### Pääluokkia kuvaavat alaluokat

Syömisestä sisäistyneen kontrollin saavuttaminen

- pystymisen tukeminen
- kontrollin siirtyminen mahasta mieleen
- vapautuminen syömisestä pelosta ja ahdistuksesta

Tunnereaktioiden käsittely

- häpeän jakaminen
- tunneperäisten takaiskujen käsittely
- menetyksistä johtuvan masennuksen käsittely

Uuden minän hyväksyminen

- sopeutuminen fyysiseen muodonmuutokseen
- psyykkisen minäkuvan hyväksyminen
- ulkonäön hoitaminen

Uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppiminen

- muiden ihmisten pariin hakeutuminen
- uudenlaisten huomionsoitusten kohtaaminen
- perheenjäsenten valmentaminen muutokseen

Oman vastuun ensisijaisuuden tunnistaminen

- taisteluhengen tukeminen
- jatkuvan sitoutumisen tukeminen
- realististen odotusten tukeminen

Valmentautuminen leikkauksen jälkeiseen aikaan

- tiedonsaanti
- muutokseen sitoutumisen arviointi
- pelkojen käsittely
- huonovointisuuteen ja kipuun varautuminen

## TULOKSET

### POTILAAN KOKEMUKSIA OHJAUKSEN JA TUEN TARPEISTA

Potilaat kokivat tarvitsevansa ohjausta ja tukea syömisestä sisäistyneen kontrollin saavuttamiseen, tunnereaktioiden käsittelyyn, uuden minän hyväksymiseen, uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimiseen, oman vastuun ensisijaisuuden tavoitteen saavuttamisessa ja leikkauksen jälkeiseen aikaan valmentautumiseen.

### SYÖMISEN SISÄISTYNEEN KONTROLLIN SAAVUTTAMINEN

Potilaiden mukaan syömisestä sisäistynyttä kontrollia tukevat pystymisen kokemus, kontrollin siirtyminen mahasta mieleen, vapautuminen syömisestä pelosta ja ahdistuksesta, tietoisesta syömisestä oppimisen harjoitukset ja tunnesyömisestä välttäminen. He ilmaisivat tarvitsevansa näissä ohjausta ja tukea vapautuakseen moraalisesta epä-



onnistumisesta, häpeästä ja syyllisyyden tunteesta ja lisätäkseen tyytyväisyyttä elämäänsä. Pystymiseen kuului ruuan tärkeiden vähentyminen ja kylläisyyden tunteen opettelu. Lihavuuskirurginen leikkaus koettiin käänteentekeväksi elämänmuutokseksi. Heti leikkauksen jälkeen jotkut potilaat kokivat ”krapulaa” leikkauspäätöksensä: ”Mitä olen mennyt tekemään? (Sutton ym. 2009.) Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen potilaat kokivat kontrollin olevan ”mahassa”, koska leikkaus teki syömisen vaikeaksi (Wysoker 2005, Ogden ym. 2006).

Leikkauksen jälkeen syömisen kontrolli siirtyi vähitellen mahasta mieleen potilaan tietoiseksi syömisen säätelyksi (Wysoker 2005). Syömisen pelko ja ahdistus ilmeni, kun pieniä annoksia syötiin usein ja pelättiin painon alkavan taas kertyä: ”Mennä takaisin siihen missä oli...se on pelottavaa, koska joillekin se tapahtuu. Et enää halua olla se lihava henkilö”. ”Olin haltioitunut painon putoamisesta ja pelkäsin vaarantavani sen”. Ruoka ei ollutkaan enää ”hyvä ystävä ja lohduttaja”. (Wysoker 2005, Sutton ym. 2009.) Leikkauksen jälkeen esiintyi nälän tunteen puuttumista ja ruokahaluttomuutta uutena kokemuksena. Tietoisin syömisen oppimisen harjoituksiin kuuluivat leikkauksen jälkeen kotona päivittäin toteutettavat ja yksilöllisesti suunnitellut lihasrentoutukset ja hengityksen, kehon hahmottamisen ja mietiskelyn harjoitukset (Engstrom 2007). Tunnesyömisen välttämiseen kuului vapautuminen mielihyväsyömisestä, syömisestä masennukseen ja ikävystymiseen (Engstrom 2007, Throsby 2007, Walfish ja Brown 2009).

### TUNNEREAKTIOIDEN KÄSITTELY

Potilaat kokivat tarvitsevansa ohjausta ja tukea ennen ja jälkeen leikkauksen ilmeneviin tunnereaktioihinsa kuten häpeään, tunneperäisiin takaiskuihin ja menetyksestä johtuvaan masennukseen. Ennen leikkausta potilaat häpesivät lihavuuttaan ja omaa ulkonäköään (Throsby 2007, Earvolino-Ramirez 2008, Sutton ja Raines 2010). Leikkauksen jälkeen häpeä liittyi kirurgian valintaan painon putoamiseksi, koska sitä pidettiin helppona ratkaisuna ilman omaa ponnistusta. (Earvolino-Ramirez 2008). Tunneperäisiä takaiskuja aiheutui oman alastoman kehon näkemisestä. Muuttuneen kehon tiedostaminen oli vaikeaa, koska iho ”roikkui” eri puolella kehoa. Vuoden kuluttua leikkauksesta painon putoaminen hidastui ja pelättiin painon kertymisestä uudelleen. (Wysoker 2005, Norris 2009, Tyler ja Pugh 2009.) Painon-

pudotuksen takaiskuja aiheutui myös läheisen ihmisen menetyksistä ja avioeroista leikkauksen jälkeen. Potilaat masentuivat, koska he menettivät entisen itsensä eikä painonpudotustavoitetta saavutettu leikkauksesta kuluneen vuoden aikana. (Norris 2009, Sutton ym. 2009, Walfish ja Brown 2009.) Menetyksiksi koettiin myös luopuminen aiemmista ruokailutottumuksista ja elintavoista (Engstrom 2007, Sutton ym. 2009).

### UUDEN MINÄN HYVÄKSYMINEEN

Uuden fyysisen ja psyykkisen minäkuvan hyväksyminen koettiin haasteelliseksi. Vaikka fyysinen muodonmuutos koettiin positiiviseksi, siihen sopeutumiseen kaivattiin ohjausta ja tukea. Oma tuttu keho muuttui nopeasti varsinkin heti leikkauksen jälkeen ja vaatteiden kokonumero pieneni. Potilaan oma kuva itsestään pysyi pitkään lihavana ja uusi minä tuntui oudolle. (Ogden ym. 2006, Norris 2009.) Näiden kokemusten käsitteelyyn odotettiin myös ohjausta ja tukea. Uuden ulkonäön hoitaminen (Ogden ym. 2006) ja fyysisen kunnan kohottaminen (Earvolino-Ramirez 2008) edellyttivät opettelua.

### UUDENLAISEN SOSIAALISEN VUOROVAIKUTUKSEN OPPIMINEEN

Ennen leikkausta liikkumisvaikeudet, lihavuuteen liittyvät sairaudet ja ulkonäköön kohdistuva huomio estivät potilaiden osallistumista kodin ulkopuoliseen elämään esimerkiksi sukujuhlisiin tai harrastuksiin. (Munoz ym. 2007, Sutton ja Raines 2010.) ”Olin aina kotona, en mennyt ulos. Kaupasta ei löytynyt mitään päälle pantavaa”. (Wysoker 2005.) Leikkauksen jälkeen sosiaalisesta eristyneisyydestä vapautuminen oli potilaille uusi tilanne ja he tarvitsivat ohjausta ja tukea muiden ihmisten pariin hakeutumisessa ja heidän uudenlaisten huomionsoitusten kohtaamisessa. Uusiin vuorovaikutustilanteisiin hakeutumista potilaat vertasivat kävelemään oppimiseen. Muiden pariin hakeutumista tuki helposti havaittava syömisen tavan muutos: pienten määrien nauttiminen hitaasti. Seurustelusuhteen aloittamista pidettiin vaikeana, koska kuva itsestä entisenlaisena sairaalloisen lihavana oli mielessä (Norris 2009, Sutton ja Raines 2010.) Potilaiden oli opeltava kohtaamaan muuttuneeseen ulkonäköön kohdistuneita katseita, positiivisten huomautusten vastaanottamista ja toisten osoittamaa hyväksyntää muutokselle (Ogden ym. 2006, Earvolino-Ramirez 2008). Myös perheenjäseniltä vaadittiin sopeutumista uuteen tilanteeseen eivätkä kaikki

heidän esittämänsä kommentit lihavuusleikkauksesta tai teot olleet myönteisiä ja kannustavia. Perheenjäsenet saattoivat pitää leikkaukseen haikautumista nopeana ratkaisuna lihavuuteen. (Ogden ym. 2006, Earvolino-Ramirez 2008, Heinlein 2009.) He saattoivat myös syödä potilaalta kiellettyjä ruokia potilaan nähden eivätkä valinnoillaan tukeet ponnisteluja elämäntyylin muuttamiseksi (Whitwield ja Grassley 2008).

#### OMAN VASTUUN ENSISIJAISSUUS TAVOITTEEN SAAVUTTAMISESSA

Potilaiden kokemus oman vastuunsa ensisijaisuudesta oli edellytys pysyvälle hoitotulokselle. Tämä tarkoitti potilaiden taisteluhengen, jatkuvan sitoutumisen ja realististen odotusten tukemista sekä fysiologisten tai psykologisten oireiden hoitoon liittyvää ohjausta. Taisteluhengen kuului paino-ongelman hallintaan liittyvän haasteen vastaanottaminen ja luottamus siihen, että itse voi siihen vaikuttaa (Ryden ym. 2003, Earvolino-Ramirez 2008). Potilaat, joiden painonpudotus ei edennyt asetetun tavoitteen suunnassa, eivät olleet tietoisia omasta roolistaan. He luottivat leikkauksen estävän liiallisen syömisen ilman omaa ponnistusta. (Sutton ja Raines 2009.) Ennen leikkausta oli tärkeää, että potilaan painonpudotustavoite on realistinen toiveajattelun sijasta ja että potilas ja hoitoryhmä sopivat tavoitteen yhdessä (Walfish ja Brown 2006, Munoz ym. 2007). Potilaan omaa vastuuta vahvisti sosiaalinen luottamus, joka toteutui uskona siihen, että toiset ihmiset voivat auttaa ja heille voi uskoutua paino-ongelmissaan (Ryden ym. 2003). Sitoutumisen muuttuneeseen ruokavalioon ja elämäntyyliin tuli olla jatkuvaa, sillä itsestä oli pidettävä hyvää huolta koko loppuelämän (Wysoker 2005, Sutton ym. 2009, Tyler ja Pugh 2009). Painonhallinnan todellisuus valkeni kotona vähitellen leikkauksen jälkeen. Alkuvaiheessa ”paino suli pois” ja noin vuoden kuluttua painon lasku hidastui. Painon lisääntymisen ehkäisemiseksi piti tehdä aktiivisesti työtä: ”kuherruskuukausi on ohi”. (Wysoker 2005, Earvolino-Ramirez 2008, Sutton ym. 2009, Zijlstra 2009.) Potilaan omaa vastuuta painon hallinnassa ja toipumista saattoivat koetella kotihoidon aikana fysiologiset oireet kuten ummetus, pahoinvointi, alavatsakipu tai psykologiset tekijät kuten masennus, ärtyneisyys, hillitön ruokahalu ja elämäntilanteeseen liittyvät vaikeudet. Nämä saattoivat johtaa kontrollikäyntien väliin jättämiseen ja työhön paluun viivästytykseen. (Tyler ja Pugh 2009.)

#### VALMENTAUTUMINEN LEIKKAUKSEN JÄLKEISEEN AIKAAN

Potilaat toivoivat saavansa ennen leikkausta yksityiskohtaista tietoa oireista ja niiden hoidosta leikkauksen jälkeen (Whitwield ja Grassley 2008, Wolf ym. 2008a, Wolf ym. 2008b). He halusivat myös, että hoitohenkilökunta arvioisi heidän sitoutumistaan muutosvaiheeseen ja sovittaisi tukensa sen mukaan. He totesivat tuen tarpeensa olleen erilaista silloin kun he harkitsivat leikkausta kuin siitä jo päättäneenä. (Zijlstra ym. 2009.) Potilaat odottivat luotettavan ja heille soveltuvan tiedon saantia (Goldstein ja Hadidi 2010). Potilaat toivoivat, että heille kerrottaisiin etukäteen ensimmäisen leikkauksen jälkeisen ylösnousun haasteellisuudesta ja siihen liittyvistä putoamisen ja kaatumisen peloista (Whitwield ja Grassley 2008). Leikkauksen pelko, kipu välittömästi leikkauksen jälkeen ja kotona sekä lisäsairauksien hoidon jatkaminen huolestuttivat potilaita. Mahdollisuutta esittää tarkentavia lisäkysymyksiä ohjaustilanteessa pidettiin tärkeänä. (Ogden ym. 2006, Wolf ym. 2008a, Wolf ym. 2008b.) Huonovointisuudesta leikkauksen jälkeen kuten dumping-oireista ja sydänoireista, alavatsakivuista, unettomuudesta ja väsymyksestä haluttiin tarkkaa tietoa. Dumping-oireita ovat pahoinvointi, heikotus, hikoilu, sydämentykytys, pyörtyys ja ripuli ja ne johtuivat ruuan liian nopeasta siirtymisestä ohutsuoleen leikkauksen jälkeen (Ogden ym. 2006, Heinlein 2009, Tyler ja Pugh 2009). Potilaat odottivat, että haavanhoitoa harjoiteltaisiin sairaalassa ennen kotiin lähtöä, jotta kotihoito onnistuisi (Pieper ym. 2006). He myös halusivat tietoa siitä millaisia vaivoja heille aiheutuu, jos he syövät epäterveellisiä ruokia, välttääkseen retkahduksia. Tietoa välipalojen ja runsaskaloristen ruokien vaikutuksesta painon lisääntymiseen pidettiin tärkeänä. (Zijlstra ym. 2009.) He halusivat, että perheenjäsenet valmennetaan leikkauksen jälkeiseen aikaan (Whitwield ja Grassley 2008). Lihavuuskirurgisesta leikkauksesta kotiutuvat potilaat arvioivat tiedonlähteiden tärkeysjärjestykseksi: lääkäri, Internet, perhe ja ystävät, kirjat sekä sairaanhoitajat (Pieper ym. 2006).

#### OHJAUKSEN JA TUEN INTERVENTIOT JA NIIDEN HYÖDYT

Aineistossa kuvattiin viittä lihavuusleikkauksen potilaiden ohjaukseen ja tukeen liittyvää interventiota (Taulukko 4), jotka olivat syömisen oppiminen terapiaistunnoissa (Engstrom 2007), potilaskeskeisen hoidon koulutusohjelma sairaanhoitajille ja sen mukainen hoito potilaille (Wolf ym. 2008a ja b), leikkausta edeltävä opetus

#### Taulukko 4.

##### Ohjaus ja tuki-interventiot

Interventio	Intervention toteutus ja arviointi	Tulokset
Mielekkään syömisen oppiminen terapiaistunnoissa (Engstrom 2007)	Yhdelle potilaalle terapiaa (8 krt.) psykologin vastaanotolla, ohjausta tietoiseen syömiseen, yksin syömisen välttämiseen, tunnesyömisen ja napostelun välttämiseen ja kylläisyyden tunteen opetteluun, Arviointimittarit	Potilas sitoutui hyvin terapiaan, 43 viikon kuluttua leikkauksesta painoa pudonnut 43 kg.
Potilaskeskeisen hoidon koulutusohjelma (PCC) sairaanhoitajille ja sitä noudattava interventio potilaille (Wolf, Lehman, Quinlin, Zullo ym. 2008 ja Wolf, Lehman, Quinlin, Rosenzweig ym. 2008)	Koulutusohjelma interventioryhmän potilaita hoitaville sairaanhoitajille: kommunikaatio- ja neuvottelutaitojen harjoittelua ja rooliharjoituksia (10 tuntia). Koulutusohjelman mukainen interventio potilaille: puhelinhaastattelu ennen sairaalaan tuloa, yksilöllinen hoitosuunnitelma ja päivittäinen hoitotyö, yhteistyö potilaan nimeämän läheisen kanssa ja puhelinhaastattelu 24-48 tunnin kuluttua kotiutumisesta	Interventio- ja kontrolliryhmän välillä ei tilastollisesti merkitsevää eroa tyytyväisyydessä hoidon laatuun ja hoitotyöhön. Interventioryhmä avoimempi tunteiden ja negatiivisten kokemusten ilmaisussa kuin kontrolliryhmä.
Leikkausta edeltävä opetus (Heinlein 2009)	Ruokavalioasiantuntijan neuvontaohjelma Obesity-Help.com sivustolla, jonne potilaat kirjautuivat ennen leikkausta. Sisältö: dumping-oireet, vältettävät ruuat, ruuan pureskelun tärkeys, juomisen välttäminen syödessä, rasvan käytön välttäminen ruuanvalmistuksessa. Verkkokysely potilaille leikkauksen jälkeen neuvonnan riittävydestä.	Potilaat tyytyväisiä opetukseen, kehittämehdotuksia
Oppimiskeskus (Goldstein ja Hadidi 2010)	Oppimiskeskuksen opetusohjelma: leikkausta edeltävä valmistautuminen, sairaalaan tulo, hoito leikkauksen jälkeen, kivun hoito, komplikaatioiden ehkäisy, haavanhoito, ravitsemus, elämäntavan muutokset, seuranta. Opetusmuotoina ryhmäopetus, videoesitykset toipumisesta, tutustumiskäynnit sairaalaan ja kirjallinen materiaali Puhelinhaastattelu potilaille tiedon tasosta, kotiin lähtiessä tyytyväisyyskysely.	Opetusohjelma kattava, potilaat tyytyväisiä hoitoon ja tiedon taso korkea.
Tukiryhmät (Sutton ja Raines 2008)	Lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen yksi sairaalan kasvokkainen ja kaksi verkon välityksellä toimivaa tukiryhmää. Osallistuneet vastasivat kyselyyn koskien fyysisistä ja psyykkistä elämänlaatua.	Kasvokkaiseen tukiryhmään osallistuneilla oli korkeammat elämänlaadun pistemäärät fyysisessä ja henkisessä toimintakyvyssä kuin verkossa osallistuneilla.

(Heinlein 2009) ja potilaille ja heidän perheenjäsenilleen perustettu oppimiskeskus (Goldstein ja Hadidi 2010). Viidentenä interventiona oli kasvokkainen ja internetin kautta toteutunut tukiryhmä (Sutton ja Raines 2008), joihin osallistuneiden potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioitiin.

Potilas, jonka paino alkoi lisääntyä kahdeksantena viikkona leikkauksesta runsaskaloristen välipalojen ja aterioiden annoskoon vuoksi, sai harkitun ja mielekkään syömisen oppimisterapiaa psykologin vastaanotolla (Engstrom 2007).

Wolf ym. (2008a, 2008b) tutkimuksessa interventio kohdistui sekä sairaanhoitajiin että po-

tilaisiin. Sairaanhoitajat saivat potilaskeskeisen hoidon koulutuksen (Patient-Centered Care Training, PCC) ja he hoitivat interventioryhmään kuuluvia potilaita PCC-mallin mukaan.

Potilaille suunnattu leikkausta edeltävä opetus käsitteli ruuan nopeaa siirtymistä ohutsuoleen (dumping-oireyhtymä) ja siihen sisältyviä epämiellyttäviä tuntemuksia (Heinlein 2009). Vaikka potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa opetukseen, he ehdottivat opetusohjelmaan yksityiskohtaista tietoa siitä, mitä elimistössä tapahtuu dumping-tuntemusten aikana. He toivoivat myös lisää tietoa sydänoireista ja ohjeita lääkäriin haikautumisesta.

Potilaille ja heidän perheenjäsenilleen perustetussa oppimiskeskuksessa (Goldstein ja Hadidi 2010) käytettiin useita opetusmenetelmiä. Potilaiden pieni määrä ja ryhmäopetukseen osallistuneiden lukumäärän ja keskinäisen vuorovaikutuksen vaihtelut rajoittivat kuitenkin päätelmiä interventioista. Interventio ei toteutunut samanaikaisena joka kerta, koska potilaiden määrä vaihteli eri opetuskerroilla ja potilaiden lisäksi opetukseen osallistui vaihteleva määrä potilaan läheisiä. Potilaat esittivät vapaasti kysymyksiään ja oppimista tapahtui todennäköisesti myös näiden pohjalta.

Kasvokkaiseen ja internet-tukiryhmiin osallistuneiden potilaiden elämänlaatua arvioivassa tutkimuksessa ei kuvattu tarkemmin tukiryhmien toimintaa ja sisältöä (Sutton ja Raines 2008).

## POHDINTA

### TULOSTEN TARKASTELUA

Tämä on ensimmäinen suomalainen järjestelmällisen katsauksen periaatteita noudattava kuvaus lihavuuskirurgiseen leikkaushoitoon osallistuvien potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeita sekä käytetyistä interventioista. Katsauksen tulokset tuottavat Anttilan ym. (2009) järjestelmälliseen katsaukseen verrattuna uutta tietoa potilaiden kokemuksista ja osin myös täydentävät ja tukevat sen tuloksia.

Kansainvälisesti potilaan ohjauksen ja tuen tarpeita oli tutkittu selvästi enemmän kuin käytettyjä interventioita. Tutkimusnäyttö perustui pääosin pienillä otoksilla toteutettuihin määrällisiin ja laadullisiin tutkimuksiin, mutta niitä oli lukuisia. Tietoa interventioiden hyödyistä saatiin erittäin niukasti. Tutkimuksia oli vähän ja ne olivat erityyppisiä. (vrt. Mäkelä ym. 2007.) Tutkimussuuntaus aihealueeseen näyttää vahvistuvan, sillä aivan viime vuosina julkaisutoiminta aihealueesta on lisääntynyt. Tähän katsaukseen valikoituneet julkaisut tulevat kulttuurisesti erilaisista konteksteista ja ne kohdistuvat aikuisväestöön. Tämä on otettava huomioon sovellettaessa katsauksen tuloksia suomalaiseen hoitotyöhön ja eri-ikäisiin potilaisiin. Esimerkiksi nuorilla potilailla leikkaushoito ajoittuu aikuisväestöön verrattuna kriittiseen kehokuvan kehitysvaiheeseen (McFadden 2009). Tulosten siirrettävyyden varmistaminen edellyttäisi suomalaisia laadullisia ja kvantitatiivisia tutkimuksia aihealueesta. Katsauksen tuloksia ja julkaisuissa raportoituja mitta-areita voidaan käyttää suomalaisten potilaiden

kokemuksia kuvaavissa tutkimuksissa ja arvioitaessa suomalaisia hoitokäytäntöjä sekä ohjauksen ja tuen kehittämiseen.

Katsauksen tulosten perusteella potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeet kohdistuivat psykososiaaliselle alueelle kuten syömisen kontrollointiin, tunteiden käsittelyyn, uuteen minäkuvaan ja sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä omaan vastuuseen tiedonsaannin lisäksi. Potilaita palvelevaan ohjaukseen ja tukeen tulee sisällyttää nämä osa-alueet. Nopea kehokuvan muutos kytkeytyy moniin psyykkisiin ja sosiaalisiin muutoksiin. Vaikka nopea laihtuminen parantaa monella tavalla elämänlaatua ja lisää tyytyväisyyttä minäkuvaan liittyy siihen myös masentuneisuutta, luopumisia ja pettymyksiä (McFadden 2009, Barbee 2010). McFaddenin (2009) järjestelmällinen katsaus lihaviin nuorten kehokuvaan osoitti, että leikkaushoitoon kohdistettiin epärealistisia odotuksia ihannevertalon nopeasta saavuttamisesta. Muun muassa tähän on kiinnitettävä huomiota arvioitaessa nuorten valmiutta leikkausprosessiin.

Kansainvälisissä suosituksissa painotetaan ruokavalioon ja liikuntaan liittyvän neuvonnan kytkemistä käyttäytymisen tukemiseen. Tärkeänä pidetään motivaation ja painon hallintaan liittyvien taitojen kehittämistä. (Idzik ja Davenport 2011.) Lihavuuskirurgisten potilaiden ohjauksen taustateorioina on käytetty käyttäytymis- ja motivaatioteorioita, terveysuskomusmallia ja sosiaalisiin kognitioihin liittyviä teorioita. Barbeen (2010) mukaan ohjauksessa tulisi yhdistää erilaisia teorioita ja malleja, sillä painon hallinnan motivaatioon vaikuttavat lihavuuskirurgisten potilaiden asennoituminen omaan käyttäytymiseen ja leikkauksen lopputulokseen, pystyvyyden ja oman elämän hallinnan tunne ja sosiaaliset normit. Esimerkiksi tunneperäiseen syömiseen, kehokuvan häiriöihin ja masentuneisuuteen liittyvät uskomukset leikkauksen ylivertauudesta painonousun ehkäisyssä ja kokemukset siitä, että läheiset eivät hyväksy uutta minää tai leikkaustulosta ”roikkuvan” ihon vuoksi. Potilailla on takanaan toistuvia epäonnistumisia painonpudotuksessa ja se horjuttaa uskoa omaan hallinnan kykyyn. Painon hallintaa vaikeutti myös läheisten käyttäytyminen leikkauksen jälkeen (Earvolino-Ramirez 2008, Whitwield ja Grassley 2008).

Kansainvälisistä suosituksista ja soveltuvista taustateorioista huolimatta potilaiden ohjauksen ja tuen interventiota on vähän raportoitu ja arvioitu (Harvey ym. 2009) ja ne ovat potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeen odotuksiin nähden

kapea-alaisia. Tähänkin katsaukseen osui vain viisi interventiota, joista neljä suuntautui potilaisiin. Toteutetut interventiot kohdistuivat tiedonsaantiin yhtä lukuun ottamatta. Niissä ei kuvattu systemaattisesti eri ammattiryhmien vastuuta tai tehtäviä. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvien interventioiden kehittämistä myös kaivataan. Heillä on lihavuuden esiintymiseen nähden vielä vähän tietoa lihavuuskirurgisista hoidoista (Idzik ja Davenport 2011). Potilaiden ohjauksen ja tuen tarpeisiin vastaaminen edellyttää moniammatillista tiimityötä.

Lihavuuskirurgisten potilaiden ohjaukseen ja tukeen osallistuvilta henkilöiltä vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja, sillä lihavuuskirurgisen potilaan hoidossa käsitellään arkoja, ihmissuhteisiin ja fyysiseen olemukseen liittyviä asioita, joihin voi liittyä häpeäkokemuksia. Internetin tarjoamaan tukeen sisältyy anonymiteettisuoja. Näitä tukimuotoja on jo monia tarjolla kuten Nichols ja Oermann (2005) totesivat ja niiden käyttö kasvaa leikkausten yleistyessä. Potilaiden kohdalla tärkeitä on ohjaus luotettaville sivuille ja kriittisen lukutaidon kehittäminen. Internetin kautta potilaat saavat myös vertaistukea. Näiden tukimuotojen kehittäminen edellyttää tutkimusta.

Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen osallistumisessa on kyse potilaiden kohdalla pitkäkestoisesta toipumis- ja uudelleen orientoitumisprosessista, jossa potilaan oma vastuu korostuu. Noin vuoden kuluttua painon väheneminen hidastuu (Wysoker 2005, Norris 2009, Tyler ja Pugh 2009) ja potilaalta vaaditaan pysyvää elämäntapojen muutosta. Noin viidennes potilaista ei pysty pitämään saavuttamaansa painonpudotusta kahden vuoden jälkeen leikkauksesta (Barbee 2010). Suomalaisessa palvelujärjestelmässä tuki on intensiivisimmillään ennen leikkausta ja sairaalassa leikkauksen jälkeen. Potilaan vastuu korostuu erityisesti leikkauksen jälkeisten kuukausien aikana. Tämä edellyttää tuki- ja ohjausprosessilta selkeyttä, pitkäjänteisyyttä ja saumattomuutta. Uudelleen orientoitumisen vaiheessa tarvitaan myös perheenjäsenten, läheisten ja vertaisten tukea. Tutkimustieto vertaistuesta oli aineistossa erittäin niukkaa. Elämäntavan muutos koskee koko perhettä ja ohjauksen tulisi olla perhekeskeistä hoidon eri vaiheissa. Hoitoryhmään kuuluvien tulisi mahdollisuuksien mukaan tavata potilaan läheisiä hoitoprosessin eri vaiheissa ohjauksen ja tuen tarpeiden arvioimiseksi. (vrt. Saha 2009.)

## TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Hakuprosessin systemaattisuus ja kattavuus pyrittiin varmistamaan tekemällä haut informaation kanssa. Hakusanat valittiin sellaisiksi, että ne kohdistuivat mahdollisimman hyvin aihealueeseen. Tutkijat suorittivat valinnat eri vaiheissa itsenäisesti. Valintojen jälkeen valinnat käytiin yhdessä läpi ja havaittiin, että ne olivat valtaosin samansuuntaisia. Eriävistä mielipiteistä neuvoteltiin ja päätös mukaan valittavista tehtiin yksimielisesti. Nämä tekijät lisäävät aineiston luotettavuutta. Yksimielisyysprosenttia ei laskettu. Artikkelien valintaprosessi on poissulkukriteereinene kuvattu tarkasti ja se on siten toistettavissa. Katsauksen kieli- ja julkaisuharhaa pyrittiin vähentämään käyttämällä kahta lääke- ja hoitotieteen sekä näiden lähialojen tunnetuinta tietokantaa ja tekemällä käsihakuja järjestelmällisen katsauksen lähteistä (Anttila ym. 2009) ja alan tieteellisestä julkaisusta (Bariatric Nursing and Surgical Patient Care).

Tutkimusvaiheiden raportointi oli pääosin huolellista ja niiden perusteella tutkimusten toteutusta voidaan pitää kelvollisena (vrt. Taulukko 2). Arvioinneissa annetuista korkeista pistemääristä huolimatta kyseessä olivat otoskooltaan pienet, ei-yleistettävät tutkimukset. Analysoitujen tutkimusten metodologista vahvuutta lisää se, että niissä käytettiin mittareita, joiden sisäinen johdonmukaisuus oli todettu hyväksi. Cronbachin alfa-kertoimen arvot vaihtelivat 0.53–0.92 (vrt. Taulukko 1). Osassa tutkimuksia viitattiin aikaisemmin arvioituihin psykometrisiin ominaisuuksiin tai mainittiin kliinisten asiantuntijoiden ja tutkijoiden arviot mittarin validiteetista (Ryden ym. 2003, Goldstein ja Hadidi 2010). Kahdessa tutkimuksessa toteutettiin menetelmällinen triangulaatio (Munoz ym. 2005, Ogden ym. 2005). Katsauksen luotettavuutta lisää tutkimusartikkelien sisällön huolellinen taulukointi.

Aineisto oli melko rikasta ja siitä tuotettiin useita pää- ja alakategorioita. Kategorioihin keriyi useampia havaintoja ja aineistossa saavutettiin saturaatiota. Aineistossa oli puolet laadullisia tutkimuksia ja tämä erityisesti vahvistaa potilaan oman kokemusmaailman tunnistamista. Tutkijat ovat tutustuneet lihavuuskirurgisen potilaan hoitoon lähes kolmen vuoden ajan. Katsauksen toteutukseen on osallistunut kolme tutkijaa.

## JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Potilaan ohjausta ja tukea tarvitaan syömisen säätämisen kontrollin saavuttamiseen, tunnereak-

tioiden käsittelyyn, uuden minän hyväksymiseen, uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimiseen, oman vastuun ensisijaisuuteen tavoitteen saavuttamisessa ja leikkauksen jälkeiseen aikaan valmentautumiseen. Kriittinen vaihe on noin vuosi leikkauksesta, sillä silloin painonpudotus usein pysähtyy.

Lihavuuskirurgiseen hoitoon tarvitaan näyttöön perustuvien interventioiden kehittämistä

moniammatillisena yhteistyönä ja interventioiden vaikuttavuustutkimusta. Interventioissa tulee huomioida potilaiden ohjaus ja tuki monipuolisesti. Lihavuuskirurgisten potilaiden ohjausta ja tukea tulee tutkia myös Suomessa ja hyödyntää olemassa olevia eri maissa käytettyjä mittareita. Tutkimusta tulisi suunnata myös vertaistuen ja perheen rooliin pysyvän painonpudotuksen tukemisessa.

Mattila L-R, Rekola L, Häggman-Laitila A. Bariatric patients' experiences of guidance and support and the implemented interventions – a systematic review

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:247–261

This review described bariatric patients' experiences of guidance and support and the implemented interventions based on international research knowledge. The data consisted of 22 scientific articles.

Patients needed guidance and support related to internal control of eating behavior, sharing emotions, adjusting to the new identity, learning new way of social interaction, primacy of one's own responsibility in achievement of weight outcome and preparation for life after bariatric surgery. The interventions targeted on patients were learning mindful eating in therapeutic

sessions, pre-operative education, structured pre-operative bariatric education classes and participation in support groups. The intervention targeted on nurses was Patient-Centered Care Training. Most of the studies were carried out in USA. The data consisted of 12 quantitative studies and 10 qualitative studies. The samples of the studies were small and the studies were carefully reported. Results can be utilized in developing guidance and supportive interventions targeted on bariatric patients and in studies on patients' experiences.

## KIRJALLISUUS

Aikuisten lihavuuden hoito, Käypä hoito -suositus.

Päivitetty 17.1.2011. Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi> [Luettu 26.4.2011]

Anttila H, Saarni SE, Saarni SI, Isojärvi J, Ikonen TS, Malmivaara A. Lihavuuden ja lihavuusleikkausten merkitys ja vaikutukset potilaiden kuvaamina. Teoksessa Ikonen T S, Anttila H, Gylling H, Isojärvi J, Koivukangas V, Kumpulainen T, Mustajoki P, Mäklin S, Saarni S, Saarni S, Sintonen H, Victorzon M, Malmivaara A. (toim.) Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Työryhmän raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 16/2009, 125–147.

Barbee KG. Application of an integrated model to predict behavior in the bariatric surgery population. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2010;5:289–292.

Dixon-Woods M, Shaw RL, Agarwal S, Smith JA. The problem of appraising qualitative research. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:223–225.

Earvolino-Ramirez M. Living with bariatric surgery: totally different but still evolving. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2008;3:17–24.

Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;62:107–115.

Engstrom D. Eating mindfully and cultivating satisfaction: modifying eating patterns in a bariatric surgery patient. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2007;2: 245–250.

Goldstein N, Hadidi N. Impact of bariatric pre-operative education on patient knowledge and satisfaction with overall hospital experience. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2010;5:137–144.

Heinlein CR. Dumping syndrome in roux-en-y bariatric patients: are they prepared? *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009;4:39–47.

Jeffrey CA, Kitto S. Struggling to care: Nurses' perceptions of caring for obese patients in an Australian bariatric ward. *Health Sociology Review* 2006;15:71–83.

Idzik S, Davenport J. Implementing an Educational program for primary care providers on obesity management and bariatric surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2011;6:25–32.

Kaukua J. Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. *Duodecim* 2006;122:1215–1224.

Kushner RF, Noble CA. Long-term outcome of bariatric surgery: an interim analysis. *Mayo Clin Proc* 2006;81:46–51.

- McFadden KM. Implications of Adolescent Body image upon weight loss surgery success. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009;4:3:203–220.
- Munoz DJ, Lal M, Chen EY, Mansour M, Fischer S, Roehrig M, Sanchez-Johnsen L, Dymek-Valentine M, Alverdy J, leGrange D. Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obesity Surgery* 2007;17:1487–1491.
- Mustajoki P, Koivukangas V, Gylling H, Malmivaara A, Ikonen TS, Victorzon M. Lihavuuden asema terveydenhuollossa – kaikki vaihtoehdot käyttöön. *Duodecim* 2009;125:2249–2255.
- Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M. (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna 2007.
- Nichols C, Oermann MH. An evaluation of bariatric web sites for patient education and guidance. *Gastroenterology Nursing* 2005;28:112–117.
- Norris J. Struggling for Normality following Gastroplasty. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009;4:95–101.
- Ogden J, Clementi C, Aylwin S, Patel A. Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status: a quantitative and qualitative study. *Obesity Surgery* 2005;15:266–272.
- Ogden J, Clementi C, Aylwin S. The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. *Psychology and Health* 2006;21:273–293.
- Pieper B, Sieggreen M, Nordstrom C, Kulwicki P, Freeland B, Palleschi MT, Sidor D, Bednarski D, Burns J, Frattaroli M. Bariatric surgery: patient incision care and discharge concerns. *Ostomy Wound Management* 2006;52:48–56.
- Pietiläinen K, Sane T, Nieminen MS. Lihavuuden hoidossa on terästäydttävä. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66:804–805.
- Ryan MA. My story. A personal perspective on bariatric surgery. *Critical Care Nursing Quarterly* 2005;28:288–292.
- Ryden A, Karlsson J, Sullivan M, Torgerson JS, Taft C. Coping and distress: What happens after intervention? A 2-year follow up from the Swedish obese subjects (SOS) study. *Psychosom Med* 2003;65:435–442.
- Saha M-T. Lihava nuori. *Duodecim* 2009;125:1967–1971.
- Sutton D, Raines DA. Health-Related quality of life: Physical and mental functioning after bariatric surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2008;3:271–277.
- Sutton DH, Murphy N, Raines DA. Transformation: The “life-changing” experience of women who undergo a surgical weight loss intervention. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009;4:299–306.
- Sutton D, Raines DA. Health-related quality of life following a surgical weight loss intervention. *Applied Nursing Research* 2010;23:52–56.
- Throsby K. “How could you let yourself get like that?” Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Soc Sci Med* 2007;65:1561–1571.
- Tyler R, Pugh LC. Application of the theory of unpleasant symptoms in bariatric surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009;4:271–276.
- Victorzon M. Leikkaus on tehokas hoito sairaalloiseen lihavuuteen. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63, 23.
- Walfish S, Brown TA. Patient expectations of weight loss from bariatric surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2006;1:205–210.
- Walfish S, Brown TA. Self-Assessed emotional factors contributing to increased weight in presurgical male bariatric patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2009;4:49–52.
- Whitwield PJ, Grassley J. Nurses' Experiences of caring for postoperative bariatric patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 2008;3:291–298.
- Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L (a). Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual* 2008;23:316–321.
- Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, Hoffman L (b). Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *Quality of Care. J Nurs Adm* 2008;38:532–540.
- Wysoker A. A conceptual model of weight loss and weight regain: an intervention for change. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2002;8:168–173.
- Wysoker A. The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2005;11:26–34.
- www.foteg.fi Suomen lihavuustutkijoiden yhdistys, Finnish Obesity Treatment Expert Group. 10.8.2011.
- Zijlstra H, Boeije HR, Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R. Patients' explanations for unsuccessful weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB). *Patient Education and Counseling* 2009;75:108–113.
- Zuzelo PR, Seminara P. Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2006;37:65–73.

**LEA-RIITTA MATTILA**

*TtT*

**LEENA REKOLA**

*FT*

*Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Terveys ja hoitoala*

**ARJA HÄGGMAN-LAITILA**

*TtT, dosentti*

*Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Terveys ja hoitoala*