

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiina Harvistola, Iiris Laine, Tiina Luukkonen

Elinsiirtoprosessin psykososiaalisia vaikutuksia potilaan elämänlaatuun

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Tiina Harvistola, liris Laine, Tiina Luukkonen
Elinsiirtoprosessin psykososiaalisia vaikutuksia potilaan elämänlaatuun, 46 sivua, 1 liite
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö 2012
Ohjaaja: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Elinsiirto-operaatio on potilaalle henkisesti ja fyysisesti rankka prosessi, jolla on moninaisia vaikutuksia elämän eri osa-alueisiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millaisia vaikutuksia elinsiirtoprosessiin liittyvillä psykososiaalisilla tekijöillä on potilaan elämänlaatuun ja mikä on hoitohenkilökunnan rooli potilaan psykososiaalisessa tukemisessa.

Aineiston haku tehtiin kevään 2012 aikana systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti määrittelemällä hakusanat sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka ohjasivat koko hakuprosessia. Kukin tekijöistä teki haku- ja tietokannoista itsenäisesti etukäteen sovituilla hakukriteereillä. Tiedonhaku suoritettiin Nelli-portaalin kautta löytyneistä full text -tietokannoista. Opinnäytetyön aineistoksi saatiin hakujen jälkeen 16 alkuperäistutkimusartikkelia. Aineiston analyysirunkona toimivat tutkimuskysymykset, joiden pohjalta aineistona toimivat artikkelit analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksessa havaittiin elinsiirtopotilailla esiintyvän psykososiaalisista ongelmista yleisimmin masennusta sekä ahdistusta. Myös pelon, epävarmuuden, velvollisuudentunteen sekä rajoitusten aiheuttamaa stressiä oli esiintynyt tutkittujen joukossa. Suuria eroja edellä mainittujen ongelmien esiintymisessä erityyppisten elinsiirtojen välillä ei ollut havaittavissa. Näillä psykososiaalisilla tekijöillä oli selvä yhteys potilaan elämänlaatuun. Hoitohenkilökunnan tulisi aktiivisesti pyrkiä tunnistamaan elinsiirtopotilaiden alttiutta psykologisiin häiriöihin ja tuettava potilaita koko elinsiirtoprosessin ajan. Myös elinsiirtopotilaiden omaisten saaman tuen tärkeys nousi artikkeleista esiin.

Jatkotutkimusaiheiksi suositellaan laadullista tutkimusta elinsiirtopotilaiden kokemuksista elinsiirtoprosessin aikana saamastaan psykososiaalisesta tuesta hoitohenkilökunnalta. Elinsiirtoprosessin aikana tapahtuvaa psyykkistä tukea olisi hyvä tutkia myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta, esimerkiksi haastattelulla, konkreettisten hoito-ohjeiden ja –suositusten saamiseksi ammattilaisten käyttöön.

Asiasanat: elimensiirto, psykososiaalinen tuki, elämänlaatu, hoitotyö, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Abstract

Tiina Harvistola, Iiris Laine, Tiina Luukkonen
Psychosocial impacts on patient's quality of life during transplantation process,
46 pages, 1 attachment
Saimaa University of Applied Sciences
Health Care and Social Services, Lappeenranta
Degree Programme in Nursing
Bachelor's Thesis 2012
Instructor: Principal Lecturer Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

Organ transplantation is mentally and physically a heavy process for a patient. It has multiple impacts on different sections of life. In this bachelor's thesis systematic literature review was used to find out what the organ transplantation related psychosocial effects are on the patient's quality of life and furthermore what the role of the nursing staff is on supporting the patient psychosocially.

The literature research was carried out during the spring 2012 according to the principles of the systematic literature review by defining the keywords and inclusion and exclusion criteria. These guided the entire research process. Each of the researchers did the database search independently following the agreed search criteria. The database research was collected using full text-databases found from the Nelly portal. The final research material consisted of 16 original research articles. Based on the research questions, the articles were analyzed using deductive content analysis.

The results of the study show that depression and anxiety were the most common psychosocial problems in transplant patients. Furthermore fear, uncertainty, sense of duty as well as the stress caused by restrictions occurred. There were no detectable major differences in the occurrence of these problems in between different types of organ transplants. These psychosocial factors clearly contributed to the patient's quality of life. The nursing staff should actively seek to identify those patients who are more vulnerable to psychosocial problems and support these patients during the entire transplant process, not forgetting the importance of the support of the patient's relatives, which also came up in the articles.

For a further research is recommended a qualitative research of organ transplant patient's experiences about the psychosocial support, they receive from the nursing staff during the transplantation process. Psychosocial support during the organ transplantation process should also be examined from the perspective of the nursing staff by using interviewing to have some specific care instructions and recommendations for healthcare professionals.

Keywords: organ transplantation, psychosocial support, quality of life, nursing, systematic literature review

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Elinsiirtoon liittyvät psykososiaaliset tekijät	7
2.1 Elinsiirtolaki	7
2.2. Elinsiirto ja elinsiirtopotilas.....	9
2.3 Psykososiaalisuus	12
2.4 Elämänlaatu	14
3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	15
4 Opinnäytetyön toteutus	15
4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	15
4.2 Hakuprosessi.....	16
4.3 Aineiston analyysi.....	19
5 Tulokset	22
5.1 Elinsiirtopotilaiden kohtaamat psykososiaaliset ongelmat	22
5.2 Elinsiirron vaikutuksia potilaan psykososiaaliseen elämänlaatuun	26
5.3 Hoitohenkilökunnan rooli elinsiirtopotilaan psykososiaalisessa tukemisessa	34
6 Pohdinta.....	38
6.1 Luotettavuus ja eettisyys	38
6.2 Yhteenveto ja tulosten tarkastelua	39
6.3 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua	41
6.4 Jatkotutkimusaiheet ja tulosten hyödynnettävyys	41
Lähteet.....	43
Liitteet	
Liite 1 Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit	

1 Johdanto

Elinsiirtoprosessi on paitsi vaativa kirurginen operaatio, myös sen läpikäyvälle potilaalle henkisesti rankka koettelemus. Sairastuminen siten, että pelkällä lääkehoidolla ei voida saavuttaa toivottua elämänlaatua, on psyykkisesti raskasta ja voi järkyttää kyseisen henkilön eheyden tunnetta. Vaikka elinsiirtojonoon pääseminen on askel eteenpäin ja antaa toivoa paranemisesta, on kuluttavaa odottaa tulevaa mahdollista leikkausta. Leikkauspäivää ei voida kertoa etukäteen sopivan siirteen saannin epävarmuuden takia. Elinsiirtopotilas on usein siirtojonoon päästyään jo niin sairas, että sekin luo psyykkisiä paineita. Tässä tilanteessa ihminen voi miettiä, loppuuko aika kenties kesken. Tiedetäänhän, että muun muassa maksansiirtojonoon kuolee vuosittain useitakin henkilöitä Suomessa. (Salmela ym. 2004, 1362.) Epävarmuus siirteen saamisesta pitää kuoleman jatkuvasti mielessä (Leppävuori ym. 2011, 1670) .

Myös itse elinsiirto-operaatioon liittyy monia eettisiä näkökulmia, jotka voivat mietityttää sitä läpikäyvää henkilöä. Usein samaa elintä jonottaa useampi henkilö. Miten ja millä perusteilla päätetään, kuka kyseisen siirteen lopulta saa? Miten ihmisen kehonkuva muuttuu, kun sinne siirretään toisen, kuolleen ihmisen sisäelin?

Entä millaista on elämä siirron jälkeen? Hylkiikö oma elimistö siirrettä? Aiheuttavatko hyljinnänestolääkkeet haittavaikutuksia ja kuinka vakavia? Mitä muita komplikaatioita leikkauksen jälkeen voi tulla? Pystyykö uuden elimen kanssa elämään normaalia elämää?

On varmaa, että elinsiirtoprosessia läpikäyvä ihminen tarvitsee monenlaista ohjausta pelkästään fyysisiin seikkoihin operaation onnistumiseksi, mutta myös erilaiset psykososiaaliset ongelmat ovat yleisiä (Leppävuori ym. 2011, 1669). Vaikka leikkaustulokset ovatkin viime vuosina parantuneet ja munuaisen, maksan ja sydämensiirtoleikkauksen jälkeinen elinajanodote on yli 20 vuotta ja keuhkosiirronkin jälkeen 10 vuotta, arveluttaa siirtoleikkaus monia. Elinsiirtopotilaan ahdistuneisuus voi ilmetä yleisenä ahdistuksena tai suhteettomina tai irrationaalisina pelkoina. (Leppävuori ym. 2011, 1670.) Edellä mainitut ja monet muut kysymykset voivat olla elinsiirtopotilaan mielessä ja hoitohenkilökunnalla

tulisi olla tarvittavat valmiudet käydä potilaiden kanssa läpi näitä ajatuksia. Potilaan mahdollinen epästabiili psyykinen tila voi vaikuttaa heikentävästi elinsiirron onnistumiseen (Leppävuori ym. 2011, 1670).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin elinsiirtoprosessiin liittyviä psykososiaalisia tekijöitä sekä niiden vaikutuksia potilaan elämänlaatuun. Yhtenä opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää hoitohenkilökunnan rooli elinsiirtopotilaan psykososiaalisessa tukemisessa. Tässä työssä käytetään elinsiirto-termiä YSA:sta löytyvän asiananan elimensiirto sijaan. Tähän päädyttiin, koska lähdeaineistossa käytettiin myös yleisesti elinsiirto-termiä.

Elinluovutuksesta tekee aiheena ajankohtaisen hiljattain tehty lakiuudistus, jonka johdosta jokainen aivokuollut on elinluovuttaja, ellei voida olettaa, että hän olisi ollut luovuttamista vastaan (Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2.2.2001/ 101 9§). Tällä lakiuudistuksella toivotaan helpotusta ”siirrepulaan”. Elinsiirtoja tehdäänkin Suomessa nykyään enenevässä määrin ja jarruttavana tekijänä on nimenomaan pula sopivista siirteistä. Keuhkonsiirtojakin, jotka ovat siirroista riskialttiimpia, pyritään nykyään Suomessa lisäämään.

Elinsiirtoprosessin käsitteleminen psyykkisestä näkökulmasta edistää holistisen ihmiskäsityksen sisäistämistä (Rauhala 1989, 24). Hoitotyössä on yleensäkin tärkeää nähdä ihminen psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Opinnäytetyöntekijöiden ammatillisen kehityksen kannalta on kasvattavaa tarkastella, miten radikaali fyysinen toimenpide vaikuttaa potilaan psyykeen.

2 Elinsiirtoon liittyvät psykososiaaliset tekijät

Elinsiirtoprosessin vaiheita ohjaavat tarkoin määritellyt lait. Siirtoelimiä koskevat laatu- ja turvallisuusvaatimukset ovat yhteiset kaikissa Euroopan Unionin maissa, koska jäsenvaltioiden kesken välitetään siirtoelimiä joka vuosi (Parlamentin ja neuvoston direktiivi 10/45/EU). Suomessa tehdään vuosittain satoja elinsiirtoja, joista yleisimmät ovat sydämen-, maksan-, munuaisen- ja keuhkonsiirrot. (Salmela ym. 2004, 1360). Tässä kappaleessa määritellään lisäksi käsitteitä psykososiaalisuus ja elämänlaatu, jotka ovat opinnäytetyön asiasanoja.

2.1 Elinsiirtolaki

Elävän ihmisen elimen tai kudoksen irrottamiseen toisen ihmisen sairauden tai ruumiinvamman hoitoa varten tarvitaan lupa terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta. Luovuttajan tulee 18 vuotta täyttänyt ja lupahakemukseen on liitettävä selvitys siitä, että luovuttajalle on selostettu toimenpiteen merkitys, sekä sen vaikutukset hänelle itselleen ja elimen/kudoksen vastaanottajalle. Alle 18-vuotiasta luovuttajaa koskevat erityiset kriteerit. Luovuttajalta on myös saatava kirjallinen suostumus irrottamiseen ja lisäksi tarvitaan myös lausunnot elinsiirtokirurgiaa ja psykiatria edustavilta asiantuntijoilta, paitsi jos kyseessä on uusiutuvan kudoksen irrottaminen.

Asiantuntijan lausunnosta tulee käydä selville luovuttajan ja vastaanottajan terveydentila ja sopivuus luovuttajaksi ja vastaanottajaksi sekä psykiatrian asiantuntijan lausunnosta luovuttajan psyykkinen terveydentila ja sopivuus luovuttajaksi sekä selvitys elimestä tai kudoksesta, joka aiotaan irrottaa. (A23.8.1985/724)

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta täytyy hakea lupa kuolleen ihmisen elimien tai kudoksien irrottamiseen lääkkeen valmistamista tai lääketieteellistä tutkimusta varten. Hakemukseen tulee liittää selitys niistä elimistä ja kudoksista, joita aiotaan irrottaa, irrottamistoimenpiteestä sekä irrottamisen erityisestä lääketieteellisestä syystä. Lisäksi siinä täytyy tulla ilmi, missä mahdollinen kudoksien ja elimien edelleen käsittely tapahtuu sekä siitä, kuka vastaa toiminnasta elimien ja kudoksien käsittelyn eri vaiheissa sekä toiminnan jatkuvuudesta. (A 23.8.1985/724.)

Koska siirtoelinten käyttöön liittyy riskejä, niiden laadun ja turvallisuuden tulee olla sellaisia, että kaikki tautien tarttumiseen liittyvät riskit on minimoitu. EU:n jäsenvaltioiden kesken välitetään siirtoelimiä vuosittain ja käytettävissä olevat siirtoelimet olisi voitava viedä toiseen maahan ilman tarpeettomia ongelmia ja viiveitä, sillä tarkoituksena on tarjota mahdollisimman hyvää hoitoa siirtoa tarvitseville potilaille.

Elinsiirrosta huolehtivat aina sairaalat ja hoitoalan ammattilaiset, jotka kuuluvat eri oikeusjärjestelmien alaisuuteen. Jäsenvaltioiden välillä on merkittäviä eroavaisuuksia sekä laatu- että turvallisuusvaatimuksissa.

Tämän vuoksi elinten talteenottoa, kuljetusta ja käyttöä varten tarvitaan yhteisiä unionin taseisia laatu- ja turvallisuusvaatimuksia. Näillä vaatimuksilla voitaisiin edistää elinten välitystä, mistä on hyötyä vuosittain tuhansille eurooppalaisille potilaille, jotka tarvitsevat tämänkaltaista hoitoa. Unionin lainsäädännöllä olisi varmistettava, että elimet täyttävät yleisesti hyväksytyt laatu- ja turvallisuusvaatimukset. Tällaisista vaatimuksista olisi apua vakuutettaessa kansalaiset siitä, että jostakin muusta jäsenvaltiosta saaduilla elimillä on aina samat laatua ja turvallisuutta koskevat perustakuut kuin heidän omasta maastaan saaduilla. (Parlamentin ja neuvoston direktiivi 10/45/EU.)

Keskeinen kysymys elinsiirrosta on riskien ja hyötyjen suhde. Elinsiirrosta saatavat hyödyt ovat suuret, ja niiden yhteydessä voidaan hyväksyä korkeampiakin riskejä, sillä siirtoelinten puute ja elinsiirron tarvetta aiheuttavat taudit aiheuttavat kuolemanvaaran.

Mahdollisten luovuttajien arviointi ennen elinsiirtoa on olennainen osa elinsiirtoa. Arvioinnin on tarjottava riittävästi tietoa, jotta elinsiirtokeskus voi tehdä asianmukaisen analyysin riskeistä ja hyödyistä. On välttämätöntä kartoittaa ja dokumentoida elimen aiheuttamat riskit ja ominaisuudet, jotta voidaan löytää sopiva vastaanottaja. (Parlamentin ja neuvoston direktiivi 10/45/EU.)

Elinten jäljitettävyyden luovutuksesta vastaanottoon olisi elinsiirtojärjestelmässä kyettävä varmistamaan esimerkiksi odottamattomien komplikaatioiden ilmenevän varalta. Sen vuoksi tulisi ottaa käyttöön järjestelmä, jolla havaitaan ja tutkitaan vakavia vaaratilanteita tai haittavaikutuksia. (Parlamentin ja neuvoston direktiivi 10/45/EU.)

Elokuun ensimmäisenä päivänä vuonna 2010 tuli voimaan uusittu elinsiirtolaki, jonka tavoitteena on helpottaa siirtoelinten saantia vastaan (Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2.2.2001/101 9§). Jos elin-

siirtoon sopivan vainajan elinsiirtotahtoa ei tiedetä, oletetaan, että hän suostuisi elintensä siirtoon toisen ihmisen hoitamiseksi. Laissa painotetaan yksilön elinaikaista tahtoa elinten luovuttamiseen. Mikäli tiedetään, että vainaja kielsi elinsiirron elinaikanaan, elimiä ei siirretä. Huoltajan tai omaisen suostumus tarvitaan, mikäli elinsiirtoon sopiva vainaja on alaikäinen tai hän ei elinaikanaan kyennyt muodostamaan mielipidettä asiasta sairautensa tai kehitystasonsa vuoksi. (Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2.2.2001/ 101 9§.)

2.2. Elinsiirto ja elinsiirtopotilas

Yleisimmät Suomessa tehtävät kiinteiden elinten siirrot ovat munuaisen-, maksan-, keuhkon- ja sydämensiirrot. Nämä siirrot ovat vakiintuneet Suomessa jo käyväksi hoidoksi. Suomi on jäsenenä Scandiatransplant-organisaatiossa. Tämän yhteispohjoismaisen jonotuslistan tarkoituksena on, etteivät potilaat joutuisi odottamaan siirrettä kohtuuttoman kauan ja että he saisivat kudostyyplitään mahdollisimman sopivan siirteen. (Salmela ym. 2004, 1360.)

Munuaisen-, maksan-, keuhkon- ja sydämensiirtojen lisäksi tehdään myös haiman ja ohutsuolensiiroja. Kiinteiden elinten lisäksi Suomessa tehdään myös luuytimen ja veren kantasolujen siirtoja. Kudoksista siirretään mm. luuta, sarveiskalvoa, ihoa ja verisuonia. (Jalanko & Mäkisalo 2004, 1355.) Tässä työssä keskitytään käsittelemään yleisimpiä kiinteiden elinten siirtoja eli munuaisen-, maksan-, keuhkon- ja sydämensiirtoja.

Elinsiirto on mahdollinen hoitomuoto potilaalle, jonka elintärkeä elin on vaurioitunut ja onnistuneen elinsiirron jälkeen hänen olisi mahdollista elää vielä vuosia laadukasta elämää (Pérez-San-Gregorio ym. 2009, 430). Elinsiirtoa harkittaessa sairaus on edennyt vaiheeseen, jossa elinsiirto on potilaan selviytymisen edellytys (Heinrich & Marchangelo 2009, 398). Elinsiirrot ovat nykyään maksa-, munuais-, sydän- ja keuhkosairauksien paras ja usein ainoa hoitokeino (Salmela ym. 2004, 1359). Suomessa tehdään vajaat 400 elin- ja kudossiirtoa vuosittain (Sosiaali- ja terveysministeriö). Kudostai elinsiirteen saaneita potilaita

Suomessa elää noin 3500. Suuriin osa näistä potilaista pystyy elämään suhteellisen normaalia elämää. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Elinsiirtojen määrää rajoittaa kuitenkin sopivien elinten saatavuus (Salmela ym. 2004, 1359). Suomessa elinsiirtojonoissa on noin 300 ihmistä ja 5 - 10 prosenttia siirrettä odottavista ihmisistä kuolee ennen sopivan elimen löytymistä. Vuosittain elimiä saadaan noin 90 luovuttajalta ja yhden luovuttajan elimillä hoidetaan jopa 5 - 6 potilasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Suomessa elinsiirrot onnistuvat hyvin ja vuoden kuluttua siirrosta 90 prosenttia siirteistä toimii. Keskimääräinen elinajanodote siirteen saaneilla ihmisillä on yli 20 vuotta. (Antman 2011, 1387.)

Vaikka elinsiirrot parantavatkin potilaan elämänlaatua, niihin liittyy myös monia psyykkisiä ongelmatekijöitä. Näitä voivat olla esimerkiksi ahdistus, masennus, unelmointi elinluovuttajasta, seksuaaliset ongelmat, tyytymättömyys omaan kehoon ja syyllisyys luovuttajan kuolemasta ja kiitollisuus luovuttajan perheelle. (Pérez-San-Gregorio ym. 2009, 430.)

Munuaisensiirto on ollut ensimmäinen Suomessa tehty elinsiirto 40 vuotta sitten. Munuaisensiirtoja kaikista elinsiirroista on noin 80 prosenttia. 94 prosenttia munuaissirteistä toimii vuoden kuluttua siirrosta ja näistä puolet 20 vuoden päästä. (Salmela ym. 2004, 1359.) Munuaisensiirtoja rajoittavat puute luovuttajista (kuolleista tai elävistä sukulauluovuttajista). Yleisimmät syyt munuaisensiirtoon ovat diabetes (25 %), Polykystinen tauti (21 %), Glomerulonefriitti (21 %), Interstitiaalinen nefriitti (7 %) ja virtsateiden dysplasiat (4 %). (Salmela ym. 2004, 1359.)

Maksansiirto on tärkein hoitomuoto vaikeisiin maksasairauksiin. Runsaat 1100 ihmistä kuolee maksasairauksiin vuosittain. Noin puolet kuolemista johtuu maksakirroosista ja puolet pahanlaatuisista kasvaimista. A- ja B-hepatiittiviruksia vastaan on rokotteita ja B- ja C-hepatiittipotilaita voidaan alkuvaiheessa hoitaa. Muihin maksasairauksiin ei lääkehoidosta ole juurikaan apua. (Salmela ym. 2004, 1361.) Vuosittain suomessa tehdään noin 50 maksansiirtoa (Åberg ym. 2011, 1371).

Suomessa maksansiirron aiheita ovat krooniset maksasairaudet (65 %), maksan toiminnan äkillinen pettäminen (22 %), maksatuumorit (8 %) ja metaboliset sairaudet (5 %). Perussääntönä on, että maksansiirtoa tulee harkita, jos potilaalla on huomattava riski menehtyä vuoden sisällä maksasairauteen. (Salmela ym. 2004, 1361.) Vaihtoehtoisesti maksansiirtoa harkitaan, jos potilaalle kehittyy maksasairauden aiheuttamana elinkomplikaatioita niin, ettei hän suoriudu enää jokapäiväisistä tehtävistään. (Åberg ym. 2011, 1379)

Sydämensiirtoja on tehty Suomessa vuodesta 1985 hyvin tuloksin. 1990-luvun puolivälin huippuvuosien jälkeen sydämensiirtojen määrä on vähitellen pienentynyt. Syynä tähän on kehittynyt lääkehoito sydänsairauksien alalla. (Salmela ym. 2004, 1363 - 1364.) 2000-luvulla sydämensiirrot ovat vakiintuneet 15 - 20 siirron vuositasolle (Jokinen ym. 2011, 2327).

Sydämensiirron indikaatio on loppuvaiheessa oleva sydämen toiminnan pettäminen ja 50 prosentin eloonjäämisennuste vuoden kuluttua (Salmela ym. 2004, 1364). Sydämensiirto on viimeinen hoitovaihtoehto, kun muut hoitomuodot eivät enää tehoa (Jokinen ym. 2011, 2327). Suomessa sydämensiirron aiheita ovat kardiomyopatia (52 %), sepelvaltimotauti (35 %), läppävika (5 %), synnynnäinen sydänvika (2 %), uusintasiirto (1 %), muut syyt (5 %) (Salmela ym. 2004, 1364).

Keuhkonsiirtoja on tehty onnistuneesti 1980-luvulta lähtien. Keuhkonsiirrosta on tullut hyväksyttävä vaihtoehto pitkälle edenneen keuhkosairauden hoidossa kehittyneen hyljintälääkityksen ja muun leikkauksen jälkeisen hoidon vuoksi. (Salmela ym. 2004, 1365.) Vuoden 2002 jälkeen on Suomessa tehty nykyisillä menetelmillä noin 100 keuhkonsiirtoa (Hämmäinen & Halme 2011, 2333). Nykyisin suurin osa keuhkosairauden invalidisoimista potilaista saavuttaa lähes normaalin keuhkotoiminnan ja elämänlaadun ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä vuotena (Salmela ym. 2004, 1365).

Keuhkosyöpää lukuun ottamatta lähes kaikki terminaalivaiheeseen johtavat krooniset keuhkosairaudet voivat olla keuhkonsiirron indikaatioina (Hämmäinen & Halme 2011, 2333). Sydämen ja keuhkojen yhteissiirtoja tehdään muun mu-

assa silloin, kun synnynnäinen sydänvika on vioittanut korjaantumattomasti keuhkoverenkiertoa tai primaariin keuhkosairauteen liittyy sydänvika, jota ei voida korjata tai jonka ei voida olettaa korjaantuvan keuhkonsiirron myötä (Salmela ym. 2004, 1365–1366).

2.3 Psykososiaalisuus

Käsitteenä psykososiaalisuus huomioi ryhmäsidonnaisuuden sekä ihmissuhteiden tarkastelun lisäksi myös yksilön omat tuntemukset ja muutokset toiminnassa. Psykososiaalisuus kattaa tunne-elämän, persoonallisuuden, ihmissuhteiden vuorovaikutuksen, moraalien sekä seksuaalisuuden kehityksen ja muutoksen (Oikarainen 2002). Suomisanakirjassa psykososiaalisuus liitetään psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin.

Ihminen kohtaa elämänsä eri kehitysvaiheissa kehityshaasteita ja -tehtäviä, jotka ovat erilaisia vaatimuksia ympäristön taholta ja muutoksia yksilössä. Eriksonin psykososiaalisen teorian mukaan ihmisen kehitys ja olemassaolo ovat riippuvaisia kolmesta toisiaan täydentävästä tapahtumakokonaisuudesta, jotka ovat biologiset (vaikutukset ja voimat ihmisessä), psyykkiset (ihmisen yksilöllisyys) sekä yhteisölliset tapahtumat (vastavuoroisuus). Eriksonin mukaan kunkin ikäkauden kehityshaaste saa aikaan kehityskriisin, jonka tarkoituksena on luoda ihmisessä uusia valmiuksia ja kykyjä.

Eriksonin teoriassa ihmisen kyvyillä ja sisäisillä ominaisuuksilla on omat kehityshuippunsa eri aikoina, mutta kullakin vaiheella on myös oma valmisteluaiheensa edellisessä vaiheessa ja ominaisuudet kehittyvät vielä huippukauden jälkeenkin. Jokainen osavaihe muodostaa siis perustan, jolle seuraava vaihe voi rakentua. Kokonaisuus on eheä, kun jokainen osavaihe on kehittynyt oikealla tavalla oikeaan aikaan. Erikson korostaa myös sitä, ettei mitään kehitysvaihetta voi käydä läpi täydellisesti ja yksilölle onkin hyödyllistä tuntea elämässään myös negatiivisia tapahtumia ja voimia. (Oikarainen 2002.)

Tässä työssä psykososiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan elinsiirtoon liittyviä erilaisia psykososiaalisia häiriöitä sekä elinsiirron vaikutuksia ihmisen psyykkiseen ja

sosiaaliseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn. Myös psykososiaalinen tuki kuuluu osana elinsiirron psykososiaalisiin tekijöihin.

Käsitteenä psyykkinen tuki on hyvin moniulotteinen ja ilmenee ihmisen normaalissa arkielämässä siinä missä kriisitilanteissakin. Psyykkisellä tuella tarkoitetaan toiselta henkilöltä saatavaa henkistä keskustelu- ja kuunteluapua. (Leppävuori ym. 2011, 1672.)

Psyykkinen tuki voi olla ihmisten välistä kanssakäymistä normaalielämässä tai kriisin kohdatessa suunniteltua psykoterapiaa ja/tai lääkintää. Psykiatrian erikoislääkäriin Matti Huttusen mukaan psyykenlääkkeiden käyttö perustuu niiden kykyyn lyhentää psykiatrisia sairausjaksoja, ja ne voivat estää psykiatristen sairausjaksojen toistumista. Ne myös lievittävät eriasteisia jatkuvia tai usein ilmeneviä psyykkisiä oireita – kuten ahdistus-, pelko- ja masennusoireita tai unettomuutta. (Huttunen 2010.)

Sosiaalinen tuki, jolla yleisesti tarkoitetaan ihmissuhteista saatavaa tukea, linkittyy läheisesti psyykkisen tuen käsitteeseen. Leppävuoren mukaan sosiaalisella tuella ja tukiverkostolla on todettu olevan tärkeä merkitys esimerkiksi elinsiirtoleikkausten ennusteen kannalta. (Leppävuori ym. 2011, 1672 .)

Järnstedtin mielestä sosiaalinen tuki yhdessä stressinhallinnan kanssa auttaa muun muassa stressin terveydellisten vaikutusten muovaamisessa. Hänen mukaansa psyykkinen tuki on yleensä peräisin useammasta lähteestä, ja tuki on aina yksilön tulkinta, mitä hän ihmissuhteista saa. Yhdestäkin hyvästä ihmissuhteesta voi saada merkittävää tukea, kun taas välttämättä monetkaan sosiaaliset kontaktit eivät takaa, että tukea saataisiin riittävästi tai se olisi merkityksellistä. (Lehto-Järnstedt ym. 2002, 1458.)

Psykoterapialla voidaan poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tuetaan psyykkistä kasvua ja kehitystä, lisätään henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan ja autetaan häntä löytämään uusia, toimivia lähestymistapoja ihmissuhteissaan Psykoterapian muotoja ovat muun muassa:

psykodynaaminen psykoterapia, kognitiivinen psykoterapia ja supportiivinen psykoterapia. (Pylkkänen 2011, 1223 - 1226.)

2.4 Elämänlaatu

Elämänlaadun käsitettä on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Elämänlaatu vaihtelee yksilökohtaisesti, ja se on olosuhteista sekä eri ikäkausista riippuvainen ja voi vaihdella hetkestä toiseen. Elämänlaatuun vaikuttavat lukuisat muutkin tekijät kuin terveys, ja sen mittaaminen on vaikeaa, sillä elämänlaatu on kulttuuri- ja yksilöspesifinen käsite. Toisaalta hyvä elämä voidaan myös nähdä yksilön toiveiden ja tavoitteiden tyydyttymisen kautta. Tällöin hyvä elämä on omien toiveiden täyttymistä, mihin tarvitaan riittävää toimintakykyä. Lisäksi hyvä elämä voidaan määritellä jonkin ideaalin mukaan, kuten tiettyjen elintapojen (esimerkiksi sivistys, uskonnollisuus) tai materiaalisen elintason kautta - siis riippumatta yksilön tunteista tai toiveista. WHO Quality of Life Group on määritellyt elämänlaadun käsitteen vuonna 1993, ja siinä painotettiin yksilön omaa toimintakykyä, terveyttä sekä itsenäisyyttä siinä ympäristössä ja kulttuurissa, jossa hän elää. (Oikarainen 2002.)

Terveysteen liittyvästä elämänlaadusta puhutaan silloin, kun mitataan eri sairauksien vaikutuksia elämänlaatuun. Yleisesti tällä tarkoitetaan ihmisten kokemuksia omasta terveydentilastaan ja siihen liittyvistä fyysisistä, psyykkisistä sekä sosiaalisista tekijöistä. Terveystensä liittyvää elämänlaatua ihmiset arvioivat muun muassa aikaisemman terveydentilansa sekä muiden ominaisuuksiensa perusteella. Tämän vuoksi terveyteen kohdistuvan sairauden tai uhan merkitys vaihtelee tilanteen ja henkilön mukaan.

Vaikka ihminen on yleensä itse paras elämänlaatunsa kuvailija, heijastuu elämänlaatu esimerkiksi toimintakykyyn ja muihin seikkoihin, jotka ulkopuolinen havaitsee. Spitzer esitti elämänlaatu tutkimuksen viisi ulottuvuutta, jotka tulisi ottaa huomioon terveyteen liittyvässä elämänlaatu tutkimuksissa. Nämä ulottuvuudet kuvaavat fyysistä toimintakykyä, psyykkistä terveydentilaa (stressiä ja hyvinvointia), sosiaalista toimintakykyä, sairauden oireiden aiheuttama taakkaa

sekä yleisiä itse tunnettuun terveyteen liittyviä tuntemuksia ja hyvinvointia. (Oikarainen 2002.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia psykososiaalisia häiriöitä elinsiirtopotilaat kohtaavat, niiden vaikutuksia potilaan elämänlaatuun sekä millaisiin asioihin hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota elinsiirtopotilaan psykososiaalisessa tukemisessa.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla toivotaan löydettävän tutkimuskysymyksiin vastauksia, joita voitaisiin hyödyntää elinsiirtopotilaan hoitotyön kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat

- Millaisia psykososiaalisia häiriöitä elinsiirtopotilaat kohtaavat?
- Mitkä ovat elinsiirtoprosessin vaikutukset potilaan elämänlaatuun?
- Millainen on hoitohenkilökunnan rooli elinsiirtopotilaan psykososiaalisessa tukemisessa?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tähän liittyy tarkoin määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja hakusanojen määrittely. Keskeinen osa tätä tutkimusmenetelmää on hakuprosessin tarkka dokumentointi. Tässä kappaleessa on käsitelty edellä mainittujen lisäksi aineiston analysointiprosessia.

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista spesifin tarkoituksensa ja tarkkojen tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessiensa vuoksi. Jokainen vaihe on määritelty tarkkaan ja kirjattu huolellisesti virheiden minimoimiseksi, lisäksi haun toistamisen tulee olla mahdollista. Lähdemateriaalien valintakriteerien tulee olla tiukat, jolloin katsaukseen päätyvät

mukaan vain ne tutkimustulokset, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja, relevantteja ja tarkoitusta vastaavia. Menetelmällä voidaan luotettavasti koota yhteen ja yhdistää jo olemassa olevaa tietoa. (Johansson ym. 2007, 4 - 5.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat katsauksen suunnittelu, katsauksen teko hakuineen, analysointeineen ja synteeseineen sekä viimeisenä vaiheena katsauksen raportointi. (Johansson ym. 2007, 6.)

Suunnitteluvaiheessa tulee tarkastella aiheesta löytyviä aiempia tutkimuksia, tehdä katsauksen tarpeenmäärittely sekä tutkimussuunnitelma, josta tulevat ilmi tutkimuskysymykset. Kun tutkimuskysymykset on määritelty, valitaan katsauksen tekoon sopivat menetelmät (hakutermit, tietokannat). Tutkimuksen valintaa varten tulee laatia tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka voivat kohdistua esimerkiksi kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. Katsauksen tekovaiheessa edetään tutkimussuunnitelman mukaan ja hankitaan sekä valikoidaan mukaan otettavat tutkimukset.

Tutkimukset tulee analysoida sisällöllisesti ja laadullisesti. Tarkka ja huolellinen kirjaaminen on tässä vaiheessa äärimmäisen tärkeää katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamiseksi. Olemassa olevien tutkimusten laadun arvioinnissa voidaan systemaattisuuden takaamiseksi käyttää apuna erilaisia kriteeristöjä ja mittareita. Katsauksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan ja tehdään johtopäätökset sekä mahdolliset suositukset. (Johansson ym. 2007, 6 - 7.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimusten laatua tulee arvioida, ja sen avulla voidaan lisätä katsauksen yleistä luotettavuutta sekä tuottaa suosituksia uusille jatkotutkimuksille, ohjata tulosten tulkintaa ja määrittää vaikutusten voimakkuutta. (Johansson ym. 2007, 101)

4.2 Hakuprosessi

Tiedonhaun prosessi sisältää tiedontarpeen ja tiedon käyttötarkoituksen määrittelyn, tietolähteiden valinnan, niiden sisältöön ja toimintoihin tutustumisen. Tiedonhaun prosessiin kuuluu sekä hyvien hakutulosten valinta, paikallistaminen ja

hyödyntäminen että hakuprosessin dokumentointi ja arviointi. (Johansson 2007, 10.)

Opinnäytetyön hakusanoja on määritelty suunnitelmavaiheessa käyttäen apuna yleistä suomalaista asiasanastoa (YSA). Hakusanat on käännetty englanniksi MOT-sanakirjan avulla. Opinnäytetyön suomenkielisiä hakusanoja ovat elinsiirto, elinsiirto, transplantaatio, henkinen tuki, psykososiaalinen tuki, potilas, kokemus, näkökulma, hoitohenkilöstö, hoitotyö. Englanninkielisiä hakusanoja ovat organ, solid organ transplantation, mental, quality of life, psychiatric, psychosocial support, psychosocial problems, psychosocial variable, patient, experience, knowledge, perspective, aspect, nursing staff, nursing, recipient.

Ennen tiedonhaun varsinaista aloittamista hakusanat tarkistettiin tekemällä muutamia hakuja artikkelitietokantoihin. Näin varmistettiin, että käyttämämme hakusanat ovat varmasti käytössä olevia asiasanoja. Koehakuja tehdessä huomattiin myös aiheesta olevan melko runsaasti julkaisuja. Tämän vuoksi suunnitelmavaiheen sisäänottokriteereissä määritelty julkaisuvuosi 2002 muuttui vuodeksi 2007.

Tiedonhaku kohdistettiin Nelli-portaalin kautta löytyviin Full-text – tietokantoihin (Ebsco, Science direct, Terveysportti, Highwire). Sisäänottokriteereinä oli suomen ja englannin kieli, julkaisuvuosi aikaisintaan 2007, alkuperäistutkimus, artikkeli käsittelee aikuispotilaita ja kiinteiden elinten siirtoa (ei haima tai ohutsuoli, koska näiden elinten siirrot ovat harvinaisempia). Poissulkukriteerit ovat: vanhemmat kuin 2007 julkaistut artikkelit, artikkelit, jotka käsittelevät lasten elinsiirtoja, artikkelit, jotka käsittelevät muita kuin munuaisen-, maksan-, sydämen ja keuhkonsiirtoja sekä artikkelit, jotka käsittelevät aihetta elinluovuttajan näkökulmasta.

Tässä opinnäytetyössä käsiteltävät artikkelit löytyivät huhtikuussa 2012 seuraavista tietokannoista:

EBSCO-tietokannasta artikkeleita haettiin hakusanoilla ”organ transplantation” AND ”quality of life”. Näillä hakusanoilla saatiin hakutuloksia 30, joista tiivistelmien perusteella käsiteltäväksi valikoitui yksi artikkeli

Hakusainoilla solid organ transplant recipients AND “psychosocial support” AND “psychosocial variable” AND “solid organ transplantation” NOT pediatric saatiin hakutuloksia 122, joista tiivistelmien perusteella aineistoksi valikoitui viisi artikkelia

High Wire –tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”organ transplantation” AND “psychosocial” AND nursing. Hakutuloksia saatiin 297, joista tiivistelmien perusteella sisäänotto- ja poissulkukriteerit huomioiden valikoitui aineistoksi vain yksi artikkeli. Hakutulosten joukossa oli paljon muun muassa kirjallisuuskatsauksia, lapsia käsitteleviä tai luovuttajan näkökulmasta kirjoitettuja artikkeleita. Tästä syystä aineistoa ei löytynyt tietokannasta enempää.

Science Direct –tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”organ transplantation” AND “quality of life” AND “psychosocial” (kohdasta “exclude” valittiin kohdat donat ja child”). Tästä tietokannasta saatiin hakutuloksia 297, joista aineistoksi valikoitui tiivistelmien perusteella 13 artikkelia.

Hakusanoilla ”organ transplantation” AND psychosocial AND support AND nursing saatiin 99 hakutulosta, joista tiivistelmien perusteella aineistoksi valikoitui 3 artikkelia. Tästäkin tietokannasta tuli hakutulokseksi paljon artikkeleita, jotka eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä.

Tietokantahakujen perusteella analysoitavaksi saatiin 23 artikkelia. Tarkemman perehtymisen jälkeen huomattiin, että seitsemän näistä artikkeleista ei ollut alkuperäistutkimusta, mutta muut artikkelit olivat sisäänotto- ja poissulkukriteerit huomioiden aineistoksi sopivaa materiaalia. Yhteensä aineistoksi valikoitui täten 16 artikkelia (Liite 1). Lähdeluettelossa 16 analysoitua artikkelia on merkitty tähdellä. Artikkeleita valittaessa huomiota kiinnitettiin luotettavuuteen ja siihen, miten laajasti artikkeleista löytyy vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kaikki työssä analysoitavat artikkelit ovat englanninkielisiä. Hakuja tehtiin myös suomenkielisiin artikkelitietokantoihin, mutta näistä ei löytynyt sopivia artikkeleita, joista olisi löydettävissä vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

4.3 Aineiston analyysi

Analysointimenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia. Deduktiivista sisällönanalyysia ohjaa aikaisempaan teoriaan tai tutkimukseen perustuva luokitusrunko. Deduktiivista sisällönanalyysia käytetään usein tutkimuksissa, joissa halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa. Deduktiivinen sisällönanalyysi voi tapahtua siten, että aineistosta poimitaan vain ne käsitteet, jotka kuuluvat luokitusrunkoon, tai siitä voidaan poimia myös ilmiöitä kuvaavia käsitteitä jotka eivät kuulu luokitusrunkoon. Luokitusrunon ulkopuolelle jäävistä käsitteistä voidaan muodostaa uusia kategorioita. (Sarajärvi 2002, 46 - 47.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineistonluokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään, jolloin analyysia ohjaa käsitekartta, malli tai teemat. Lähtökohtana voi toimia myös tutkijan ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä. Teorialähtöinen sisällön analyysi alkaa analyysirungon muodostamisella, joka voi olla strukturoitu, tarkasti analyysia ohjaava tai väljä. Aineiston pelkistäminen ja luokittelu toteutetaan etsimällä aineistosta systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmaisuja. (Janhunen & Nikkonen 2001, 30 - 34.) Analyysirungon muodostamisen jälkeen luodaan empiiriset määritelmät.

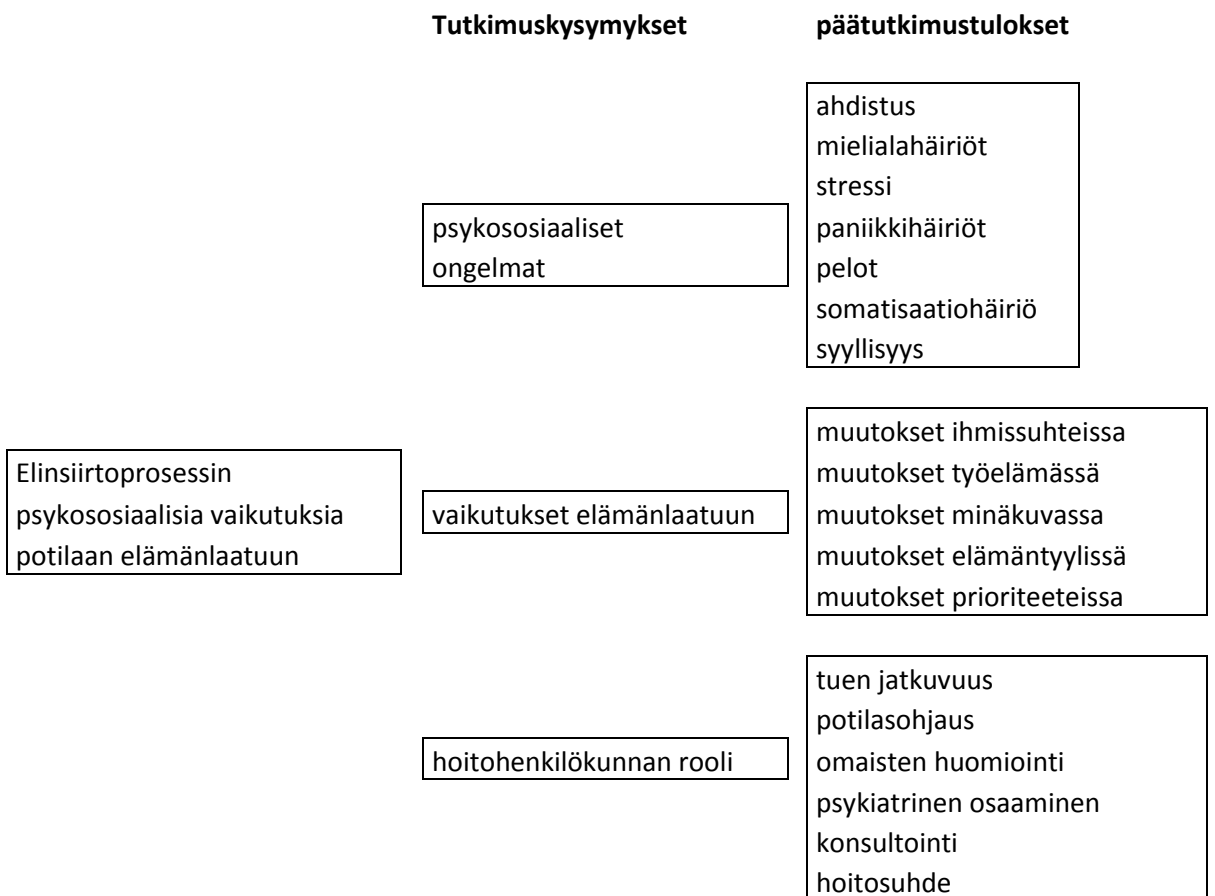
Nämä muotoillaan tutkimusongelmasta ja tutkimuskysymyksistä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteiden ja luokitusten määrittelyä, tutkimusaineistoa ja analyysia ohjaavat vahvasti teoria ja aiemmat tutkimukset. (Vilkkä 2005, 140.) Aineistosta nousevat käsitteiden mukaiset ilmaukset kirjoitetaan tiivistettyyn muotoon ja ryhmitellään analyysirungon mukaisiin luokkiin (Janhunen & Nikkonen 2001, 30 - 34).

Tässä opinnäytetyössä deduktiivisen aineiston analyysin luokitusrunkona toimivat tutkimuskysymykset. Aineisto tutkimuskysymyksiin löydettiin empiiristen määritelmien avulla. Empiiriset määritelmät (elämänlaatu, psykososiaaliset ongelmat, hoitohenkilökunnan rooli) selkeytettiin yhdessä keskustelemalla, jotta ne olisivat yhteneväiset sekä tutkimuskysymyksiin vastaaminen olisi selkeää ja aiheessa pysyvää. Opinnäytetyön pääkäsitteisiin oli perehdytty jo suunnitelmavaiheessa ja niitä on avattu tässä opinnäytetyössä luvussa 2.

Opinnäytetyössä aineiston analyysi aloitettiin suomentamalla englanninkieliset artikkelit. Jokainen työntekijä suomensi jokaisen artikkelin. Artikkeleista poimittiin vastaukset ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin alleviivaamalla ne eri-värisillä tusseilla. Tämän jälkeen tekijät vertailivat saamiaan tuloksiaan, jotta varmistettaisiin niiden yhteneväisyys ja kattavuus. Jokaisesta tutkimuskysymyksestä kirjoitettiin vastaus artikkeleista löydettyjen tietojen perusteella. Tutkimuskysymysten pohjalta kerätty aineisto luokiteltiin.

5 Tulokset

Elinsiirto on potilaalle fyysisesti rankka kokemus, mutta myös erilaiset psykososiaaliset ongelmat ja tekijät ovat yleisiä potilailla niin ennen elinsiirtoa kuin sen jälkeenkin. Tutkimusartikkeleissamme näitä ongelmia esiintyi niin munuais-, maksa-, sydän- kuin keuhkosiirtopotilaillakin. Psykkisistä ongelmista eniten esiintyy masennusta, mutta myös esimerkiksi ahdistuneisuushäiriötä esiintyy elinsiirtopotilailla. Kuvassa 1 on yhteenveto aineistosta löytyneistä tuloksista.



Kuva 1 Yhteenveto tuloksista

5.1 Elinsiirtopotilaiden kohtaamat psykososiaaliset ongelmat

Tässä kappaleessa perehdytään tarkemmin elinsiirtopotilaan kohtaamiin psykososiaalisiin ongelmiin. Kuvassa 1 on yhteenveto artikkeleiden pohjalta saaduista tuloksista.

Fabienne Dobbelsin ym. (2008, 823–826) tutkimuksen mukaan munuaissiirtopotilaiden riskiä sairastua masennukseen lisäävät esimerkiksi naissukupuoli ja diabetes munuaissairauden pääaiheuttajana, yli kolmen vuoden hoitojakso dialyysissä ennen siirtoleikkausta, yli 65-vuoden ikä, huomattava ylipaino (BMI >35) sekä eräiden lääkeaineiden, kuten immunosuppressiivisten lääkkeiden käyttö. Myös huonon ulosannin havaittiin liittyvän masennukseen.

Samassa tutkimuksessa ilmeni myös, että useat potilaan kokevat velvollisuutta tuntea kiitollisuutta saadusta munuaissiirteestä ja saattavat kätkeä masennoireitaan hoitohenkilökunnalta. Potilailla joilla esiintyy masennusta tai sen oireita, havaittiin olevan suurempi kuolleisuuden riski. Lisäksi näillä potilailla kroonisen nefropatian ja dialyysihoitoon uudelleen joutumisen riskit ovat suuremmat. (Dobbels ym. 2008, 823 - 826.)

Dobbelsin tutkimus käsitteli elinsiirtoa seuranneen ensimmäisen vuoden aikana esiintyviä emotionaalisia ongelmia, joihin liittyy huoli siirteen hylkimisestä, pelko infektiosta, leikkauksen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään sekä immunosuppressiivisten lääkkeiden aiheuttamia mahdollisia haittavaikutuksia. (Dobbels ym. 2008, 823 - 826.)

M.A. Dew'in ym. (2011, 135) tekemässä tutkimuksessa todetaan keuhkonsiirtopotilailla masennusta esiintyvän useimmiten ensimmäisen kahden vuoden aikana leikkauksesta. Huonot sosiaaliset taidot yhdessä muiden tekijöiden kanssa lisäävät masennuksen riskiä. Myös ahdistuneisuushäiriöitä, paniikkihäiriöitä sekä post-traumaattista stressiä havaittiin esiintyvän potilailla, mutta psyykkisistä ongelmista yleisin on kuitenkin masennus. Häiriöihin sairastumisen riskiä tutkimuksen mukaan lisäävät aiempi psyykkisten sairauksien historia, naissukupuoli, pitkiä siirteen odotus siirtojonossa, terveysongelmat ennen siirtoleikkausta sekä psykososiaaliset tekijät.

N.M. Alavin ym. (2009, 3693–3695) artikkelissa todetaan masennuksen olevan yleisempää hemodialyysipotilailla kuin munuaissiirtopotilailla, mutta erot näiden kahden ryhmän välillä ovat kuitenkin melko pienet. R. Santos Juniorin ym

(2008, 803–804) tutkimuksessa havaittiin maksansiirtopotilailla ilmenevät jono-
sa olon aikana kolmenasteisia masennuksen oireita (lieviä, kohtalaisia, vaka-
via). Jonotusaikana potilaiden elämään vaikuttavia tekijöitä ovat rajoitukset so-
siaalisissa ja vapaa-ajan aktiviteeteissa, rajoitukset ruokavaliossa sekä taloudel-
liset vaikeudet, myös ahdistuneisuutta esiintyy tuona aikana.

Elinsiirron läpikäyneet potilaat joutuvat syömään runsaasti lääkkeitä, joista im-
munosuppressantit ovat suurin lääkeaineryhmä. Näiden lääkkeiden tiedetään
kuitenkin voivan aiheuttaa runsaasti erilaisia haittavaikutuksia, myös masennus-
ta. Myös lääkkeiden syönti itsessään voi aiheuttaa potilaissa ahdistusta ja epä-
mukavuutta. (Santos Junior ym. 2008, 803–804.)

Hongxia Liun ym. (2009, 2592) artikkelissa todetaan immunosuppressiivisten
lääkkeiden aiheuttamien haittavaikutusten vaikuttavan potilaan terveyteen ne-
gatiivisemmin. Potilaat kokevat oman pystyvyytensä alhaisemmaksi, käyttävät
vetäytymistä enemmän coping-keinona ja raportoivat myös fyysisen ja psyykki-
sen elämänlaadun alenevan verrattaessa niihin joilla haittavaikutuksia esiintyy
vähemmän.

Myös Kan-Hua Chenin ym. (2010, 2543 - 2545) artikkelin mukaan immunosu-
pressantit ja niiden aiheuttamat haittavaikutukset tunnetaan elämää rajoittavana
tekijänä. Lääkehoidon aiheuttamien ongelmien lisäksi tutkimuksessa todettiin
munuaissiirtopotilaiden tuntevan postoperatiivisesti moniulotteista stressiä, jon-
ka koetaan aiheuttavan epävarmuutta. Oman pystyvyyden tunnetaan liittyvän
sekä koettuun epävarmuuteen sekä vuorovaikutukseen.

Postoperatiiviseen stressiin liittyvät niin fyysiset kuin psyykkisetkin terveyson-
gelmat, huoli perhesuhteista ja sosiaalisista suhteista sekä työstä ja taloudesta.
Psykologisista stressitekijöistä suurin on pelko siirännäisen hylkimisestä, myös
pelko mahdollisesta dialyysihoitoon uudelleen joutumisesta pelottaa monia.
Leikkauksesta kuluneella ajalla on havaittu olevan yhteyttä stressiin. Riippumat-
ta kuluneesta ajasta mahdollinen hyljinnän pelko tunnetaan edelleen stressaa-
vana tekijänä. Potilaat, joiden leikkauksesta on kulunut vuoden verran, mainit-
sevat lääkityksen toiseksi stressaavammaksi tekijäksi heti hyljinnän jälkeen.

Potilaat, joiden leikkauksesta on kulunut aikaa enemmän kuin vuosi, tuntevat lääkehoidon noudattamisen sekä lääkityksen aiheuttamat haittavaikutukset stressaaviksi tekijöiksi. Rajoitukset koetaan stressiä aiheuttavina tekijöinä ja tämän lisäksi epävarmuuden sekä vuorovaikutuksen aiheuttamat rasitukset vaikuttavat negatiivisesti potilaan pystyvyyteen.

Munuaissiirtopotilaat voivat tutkimuksen mukaan tuntevat jatkuvaa stressiä kohdallaisella voimakkuudella jopa neljän vuoden ajan. Ajan kuluessa potilaat sopeutuvat paremmin fyysiseen sekä psyykkiseen tilaansa ja pystyvät ylläpitämään normaalia elämäntyyliään yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Chen ym. 2010, 2543–2545.)

A.Lopez-Navasin ym. (2010, 304) tutkimuksen yhteydessä tehdyssä kyselyssä havaittiin maksansiirtojonossa olevilla potilailla esiintyvän vihamielisyyttä 18 %:lla, somatisaatiohäiriöitä 46 %:lla, masennusta 54 %:lla, ahdistuneisuutta 47 %:lla, ihmissuhdeherkkyyttä 21 %:lla, pakkomielleitä 39 %:lla, fobista ahdistusta 10 %:lla, vainoharhaisia ajatuksia 7 %:lla ja psykooseja 3 %:lla potilaista. Potilailla, joilla havaittiin ahdistuksen ja masennuksen kliinisiä oireita, havaittiin esiintyvän enemmän erilaisia spesifejä emotionaalisia ongelmia, kuten vihamielisyyttä (33 %), somatisaatiohäiriöitä (60 %), pakkomielleitä (73 %), ihmissuhdeherkkyyttä (40 %), fobista ahdistusta (20 %), vainoharhaisia ajatuksia (20 %) sekä jopa psykooseja (6 %). Masentuneet potilaat kertovat menettäneensä mielenkiintonsa asioihin, ja ahdistuneet potilaat tuntevat olonsa huolestuneiksi sekä kireiksi. (López-Navas ym. 2010, 304.)

Akemi Watanaben ja Tomoko Inouen tutkimuksen (2009) kohteena taas ovat maksansiirtopotilaat, jotka saavat uuden elimensä elävältä luovuttajalta. Tutkimuksessa todetaan ennen päätöksentekoa (ennen elinsiirtojonoon siirtymistä) potilaan tuntevan syyllisyyttä ja tuskaa ajatellessaan omaa selviytymistään. Potilaat pohtivat omaa pystyvyyttään ja itsetuntoaan sekä rooliaan perheessään sekä etsivät syytä elää, mutta kaikesta huolimatta haluavat mahdollisuuden. Toiset potilaista kyseenalaistavat itseään toistuvasti ja kärsivät huonosta itsetunnosta. Nämä potilaat tarvitsevat enemmän psyykkistä tukea.

Päätöksenteon jälkeen potilailla esiintyy voimakasta kuolemanpelkoa. Myös ambivalentit tunteet ovat läsnä, samoin huoli mahdollisesta luovuttajasta sekä siitä, että tämä muuttaa mielensä. Tutkimuksessa ilmenee, että elinsiirron jälkeen potilasta huolettavat hänelle ja luovuttajalle aiheutuva fyysinen ja henkinen kipu. Potilaan tuntevat olevansa vastuussa ja velvollisia luovuttajalle.

Leikkauksen jälkeen monet potilaat tuntevat olevansa siunattuja ja kaikki vastaajat ovat erittäin kiitollisia sekä toivovat voivansa nauttia uudesta elämästään. Potilaat tuntevat, että ainoa keino osoittaa kiitollisuutensa luovuttajalle on elää täysillä, mutta monet tuntevat myös vastuun- ja velvollisuudentunteita. Toiset tuntevat uuden kehonsa raskaana taakkana, koska he tuntevat, että heidän täytyy tehdä jotain kannattavaa elämällään. Tämän lisäksi rajoituksia potilaiden elämään tuovat pelko mahdollisesta infektiosta ja hylkimisestä sekä lääkkeiden aiheuttamat mahdolliset haittavaikutukset. Useat potilaista tuntevatkin olevansa jatkuvan tarkkailun alaisia. Tähän tutkimukseen osallistuneista osa menetti omaisuutensa, työnsä ja jopa perhesuhteensa. Näiden seikkojen lisäksi immunosuppressanttien käyttö vaikuttaa potilaan mukautumiseen muuttuneisiin elämänsuunnitelmiin. (Watanabe & Inoue ym. 2009, 72, 76–79.)

Perhesiteissä voi myös tapahtua muutoksia. Vaikka useimmiten kokemus vahvistaakin perhesiteitä, joissakin tapauksissa perheitä on saattanut myös hajota. Komplikaatioiden, infektion ja hyljinnän pelot aiheuttavat osassa potilaista epävarmuutta ja ahdistusta tulevasta. Tutkimuksessa todetaan potilaiden painivan saavuttamisen ja menettämisen tunteiden välillä. Joissain tapauksissa menetyksen tunteet ovat saavuttamisen tunteita suurempia, jolloin potilas saattaa katua maksansiirtoleikkaustaan. (Watanabe & Inoue ym. 2009, 72, 76–79.)

5.2 Elinsiirron vaikutuksia potilaan psykososiaaliseen elämänlaatuun

Elinsiirtoprosessin vaikutukset potilaan fyysiseen ja psykososiaaliseen elämänlaatuun ovat kiistämättömät. Kuvassa 1 on yhteenveto tuloksista, jotka on saatu käsiteltyjen artikkeleiden pohjalta. Tässä kappaleessa käsitellään tarkemmin elinsiirtoprosessin vaikutuksia potilaan elämänlaatuun. Elinsiirron on todettu

parantavan merkittävästi potilaan elämänlaatua ja psykososiaalista tilannetta. Elinsiirron läpikäyneen potilaan elämänlaatu kuitenkin harvoin on samalla tasolla kuin terveen ihmisen elämänlaatu. (Ruzyczka ym. 2011, 3076.) Potilaan psykologisen tilanteen sekä ennen että jälkeen leikkauksen on todettu vaikuttavan leikkauksen jälkeiseen elämänlaatuun (Calia ym. 2011, 1125-1126).

Elämänlaatuun on todettu vaikuttavan potilaan ennalta asettamat odotukset leikkauksen jälkeiselle ajalle. Kun elämäntyyliodotukset leikkauksen jälkeen eivät täyty, stressitaso kohoaa, mikä voi johtaa heikentävästi potilaan pitkän tähtäimen elämänlaatuun. (O'Carroll ym. 2008, 240.) Ruzyczka ym (2011, 3080) tutkimuksessa ilmeni, että potilaan koherenssin tunne liittyy vahvasti masentuneisuuden esiintyvyyteen ja elämänlaatuun. Vahva koherenssin tunne parantaa elämänlaatua ja suojaa masennukselta. Etenkin nuoret ja aktiiviset elinsiirtopotilaat olivat tyytyväisiä elämänlaatuunsa, varsinkin terveyteen, sosiaaliseen ja psyykkiseen elämänlaatuun.

Munuaisensiirtoleikkauksen on todettu parantavan loppuvaiheen munuaissairautta sairastavan elämänlaatua. Munuaissiirtoleikkauksen jälkeen potilailla näyttäisi olevan vähemmän rajoituksia elämäntavoissa ja vähemmän stressiä verrattaessa leikkauksen vaihtoehtona olevaan hemodialyysihoitoon. Munuaisensiirtoleikkaus näyttäisi myös kohentavan elämänlaatua psykososiaalista hyvinvointia kokonaisuudessaan. (Alavi ym. 2009, 3694 - 3695.) Munuaisensiirtopotilaan elämänlaatu näyttäisi olevan dialyysipotilaita parempi sekä subjektiivisin että objektiivisin mittarein mitattuna (Chen ym. 2010, 2540). Molemmilla ryhmillä elämänlaatu on yleisesti kuitenkin alhaisempaa kuin terveellä väestöllä. Naisilla elämänlaadun ja toimintakyvyn todettiin olevan alhaisempia kuin miehillä. Elämänlaadun tasoon vaikuttavat sukupuolen lisäksi myös koulutustaso, ikä ja muut sairaudet. Potilaan alhainen koulutustaso vaikutti etenkin toimintakykyyn alentavasti. (Alavi ym. 2009, 3694 - 3695.)

Munuaisensiirto-operaatio on krooninen tilanne, ja potilas joutuu tällöin kohtaamaan monia uusia haasteita, kuten jatkuvan uhan elimen hyljinnästä, kompleksisen immunosuppressiivisen lääkityksen kanssa selviytymisen ja lääkityksen aiheuttamat sivuvaikutukset ja jatkuvan seurannan hoitotyöntekijöiden taholta.

Kaikki nämä uudet haasteet voivat aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä, sosioekonomisia ja perheongelmia, jotka vaikuttavat potilaan tuntemaan elämänlaatuun. (Liu ym, 2009, 2586.)

Munuaissiirtoleikkausta seuraavalla immunosuppressiivisella lääkehoidolla edistetään siirteen toimintaa, mutta sillä voi toisaalta olla vakaviakin sivuvaikutuksia (Alavi ym. 2009, 3694). Joskus immunosuppressiiviseen lääkitykseen liittyvät sivuvaikutukset voivat olla niin huomattavat, että potilaan terveyteen liittyvä stressi lisääntyy ja hän voi jopa toivoa voivansa palata dialyysihoitoon. Immunosuppressiivinen lääkitys voi heikentää voimakkaasti potilaan elämänlaatua.

Lääkityksen aiheuttamat muutokset kehossa voivat heikentää itsetuntoa, lääkahoitoon sitoutumista ja elämänlaatua. Kehonkuvan muutokset voivat myös häiritä sosiaalisia suhteita ja aiheuttaa eristäytymistä. Leikkauksen jälkeinen tilanne muistuttaa uutta kroonista tilannetta, mikä johtaa epävarmuuteen tulevaisuudesta ja jolla on vaikutuksensa elämään sopeutumiseen. (Chen ym. 2010, 2541.)

Munuaissiirtoleikkaukseen liittyvät mahdolliset komplikaatiot eivät vaikuta ainoastaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen vaan myös potilaan työtilanteeseen ja taloudelliseen tilanteeseen (Chen ym. 2010, 2541). Muiden epävarmuustekijöiden lisäksi potilaan työtilanne voi muuttua munuaisensiirtoleikkauksen jälkeen. Potilas voi joutua jättäytymään pois työelämästä kokonaan tai vähentämään tekemiään työtunteja. Palkkatyön epävarmuus voi aiheuttaa raha- ja perhestressiä ja vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin. Lisäksi työttömät potilaat tuntevat enemmän stressiä ja elämänlaatunsa huonommaksi kuin työssä käyvät potilaat. (Chen ym. 2010, 2540.)

Leikkaus voi itsessäänkin vaikuttaa potilaan psykologiseen tilanteeseen, esimerkiksi kehonkuvaan ja koettuun elämänlaatuun (Alavi ym. 2009, 3694). Munuaisensiirtoleikkauksen jälkeen potilaan stressitaso pysyy hieman normaalia voimakkaampana. Ajan kuluessa potilaiden on kuitenkin todettu sopeutuvat fyysiseen ja psykososiaaliseen tilanteeseen ja pystyvän saavuttamaan normaalin elämäntyylin yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. (Chen ym. 2010, 2543.) Tulevaisuuden terveyden epävarmuuden ja epävakaa munuaisen toiminnan vuoksi potilaat kokevat siirtoleikkauksen jälkeen stressiä ja tästä johtuen heidän

elämänlaatunsa on heikentynyt. Vuoden päästä leikkauksesta, kun akuutin hyljinnän riski on vähentynyt ja uuteen elämäntyyliin on sopeuduttu, munuaisensiirtopotilaiden stressi vähenee ja elämänlaatuakin kohenee. (Chen ym. 2010, 2544.) Jopa hyvin menneen munuaisen siirtoleikkauksen jälkeen ja hyvän, toimivan siirteen kanssa potilas voi tuntea epävarmuuteen, arjen rajoitteisiin, komplikaatioihin ja vuorovaikutukseen liittyvää stressiä (Chen ym. 2010, 2545). Munuaissiirrepotilailla vaikuttaisi olevan tunne-elämän stressiä ja psyykkisiä häiriöitä, jotka liittyvät nimenomaan rajoittuneeseen elämänlaatuun (Pascazio ym. 2010, 3586).

Liun ym (2009, 2592) tutkimuksessa tutkittiin munuaissiirrepotilaiden kliinisten tekijöiden vaikutuksesta psykososiaalisiin muuttujiin. Tutkimuksesta käy ilmi, että potilailla, joilla on runsaasti oireilua munuaisensiirtoleikkauksen jälkeen, tuntevat terveytensä huonommaksi. Nämä potilaat ovat vetäytyvämpiä, tuntevat pystyvyytensä huonommaksi ja heidän elämänlaatunsa niin fyysisillä kuin psyykkisilläkin osa-alueille on huonompi kuin potilailla, joilla on vähemmän oireilua. Liu ym mukaan häiritsevät lääkityksen sivuvaikutukset voivat saada potilaan ajattelemaan, etteivät he pysty hallitsemaan tilannettaan ja tämä johtaa alentuneeseen pystyvyyden tunteeseen. Niin Liu ym (2009, 2593) kuin useat muutkin aihetta tutkineet ovat todenneet, että merkittävä oireiluun liittyvä stressi on yhteydessä alhaisempaan elämänlaatuun.

Samasta tutkimuksesta ilmenee myös, että munuaissiirtoleikkausta edeltävä vähintään kuuden kuukauden mittainen dialyysihoito vaikuttaa alentavasti pystyvyyden tunteeseen. Potilailla, joilla oli taustalla pidempi dialyysihoito, oli enemmän munuaisen toimintaan liittyviä komplikaatioita. Tämä luultavasti vaikuttaa heidän pystyvyyden tunteisiinsa ja elämänlaatuun. Myös Chen ym. (2010, 2545) kirjoittaa yksilön kyvykkyyden tuntemusten olevan yhteydessä elämänlaatuun, toimintakykyyn ja päivittäiseen stressiin. Kyvykkyyttä tunteva potilas pystyi huolehtimaan hoidostaan itsenäisesti ja hän oli aktiivisesti yhteydessä muihin ihmisiin.

López-Navas ym (2010, 305) ovat tutkineet psykiatrisen hoidon yksikön sisällyttämisen tärkeyttä maksansiirtoleikkausyksikön yhteyteen. Heidän tutkimus-

taan ilmenee, että maksansiirtopotilaiden psykologisiin muutoksiin tulisi kiinnittää riittävästi huomiota, koska näillä todettiin olevan negatiivinen vaikutus potilaan elämänlaatuun ja lääkehoitoon sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Myös Calia ym (2011, 1126) mukaan maksansiirtoleikkauspotilaan psykologisella tilanteella on merkittävä vaikutus leikkausta edeltävään ja sen jälkeiseen elämänlaatuun.

Santos Juniorin ym. (2008, 803) tutkimuksessa maksansiirtopotilaiden psykososiaalisista ominaisuuksista, masennusoireista ja elämänlaadusta ilmeni, että leikkausta odottaessa masennuksen oireita aiheuttivat etenkin rajoitukset sosiaalisissa ja vapaa-ajan toiminnoissa, rajoitukset ruokavaliossa, taloudelliset vaikeudet ja leikkaukseen liittyvä ahdistus. Masennuksesta kärsivillä potilailla oli puutteita sosiaalisissa suhteissa, aiempaa masennustaustaa, eivätkä he pystyneet suoriutumaan työstään tai päivittäisistä toiminnoistaan. Sosiaalinen tuki onkin yksi merkittävimmistä tekijöistä, joka vaikuttaa subjektiiviseen elämänlaatuun sydän- ja maksansiirtopotilailla (Langenbach ym. 2008, 939).

Henkilöt, joiden odotukset paluusta normaalielämään maksansiirtoleikkauksen jälkeen eivät toteutuneet, kokivat elämänlaatunsa huomattavasti heikommaksi kuin potilaiden, jotka jo lähtökohtaisestikin hyväksyivät, ettei heidän elämänsä tulisi leikkauksen jälkeenkään vastaamaan terveen ihmisen elämää. Toteutumattomat odotukset tulevaisuudesta aiheuttivat stressiä ja tätä kautta heikensivät elämän laatua. (O' Carroll ym. 2008, 247.)

O'Carrollin ym. (2008, 246) tutkimuksen mukaan maksansiirtopotilailla on leikkauksen jälkeen psykososiaalisessa toiminnassa vähemmän rajoitteita kuin ennen leikkausta, mutta verrattaessa terveisiin henkilöihin joidenkin psykososiaalisten osa-alueiden toiminta pysyy häiriintyneenä. Maksansiirtopotilaiden kognitiivisen toimintakyvyn on todettu paranevan huomattavasti leikkauksen jälkeen. Vuoden päästä leikkauksesta muisti ja psykomotorinen vauhti oli maksansiirtopotilailla kuitenkin alhaisempi kuin terveillä ihmisillä, eivätkä kyseiset ominaisuudet parantuneen sairastumista edeltävälle tasolla. (O'Carroll ym. 2008, 240.) Maksansiirtopotilaat toivovat yleensä voivansa palata työelämään. Merkittävällä joukolla maksansiirtopotilaita tämä toive jää kuitenkin toteutumatta. Hyvässä

sosioekonomisessa asemassa ja työelämässä aktiivisesti leikkauksen aikoihin mukana olevien potilaiden paluu työelämään on todennäköisempää kuin muiden maksansiirtopotilaiden. Santos Juniorin ym. (2008, 804) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat, joiden leikkauksesta oli kulunut yli 24 kuukautta ja jotka olivat pysyneet aktiivisina elinsiirtojonossa ollessaan, palasivat todennäköisemmin työelämään leikkauksen jälkeen. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että kaksi vuotta leikkauksen jälkeen potilaiden mielenterveys ja sosiaalinen kuntoutuminen olivat kohentuneet, vaikkakin samaan aikaan ilmeni immunosuppressiivisen lääkityksen haittavaikutuksia. Potilaat eivät ole kuitenkaan kokeneet riippuvuuttaan immunosuppressiivisesta lääkityksestä elämänlaatua heikentävänä tekijänä.

Verratessa maksansiirtopotilaita ennen ja jälkeen leikkauksen selvää parannusta elämänlaadussa kuitenkin tapahtui. Maksansiirtopotilaat tunsivat elämänlaadunsa parantuneen etenkin fyysisillä ja sosiaalisilla alueilla, psyykkisellä osalla parantumista ei tapahtunut niin voimakkaasti, ja masennusta ilmeni leikkauksen jälkeenkin. Masennusoireita, ei-toivottuja kliinisiä oireita ja psykososiaalisia tekijöitä (kuten vaikeudet palata työelämään) ilmeni tutkimukseen osallistuneilla maksansiirtopotilailla. Nämä voivat olla selittäviä tekijöitä psyykkiselle stressille ja vajaaksi koetulle elämänlaadulle.

Työelämässä aktiivisesti mukana olleilla potilailla elämänlaatu oli parempi, ja heillä oli vähemmän tunne-elämän häiriöitä. Kahden vuoden päästä leikkauksesta maksansiirtopotilaiden masennusherkyys näytti helpottavan ja sosiaalinen sopeutuminen parantuvan, kuten myös terveyteen liittyvä itsevarmuus. Elinsiirtopotilaat tunsivat elämänlaadunsa kuitenkin yleisesti huonommaksi kuin muut ihmiset. (Santos junior ym. 2008, 803 - 804.)

Watanaben ja Inouen (2009) ovat tutkineet maksansiirtopotilaiden kokemuksia leikkauksissa, joissa siirre saadaan elävältä luovuttajalta. Tällaisesta leikkaustyyppistä käytetään tekstissä myöhemminlyhennettä LDLT (Living-donor liver transplantation). Tutkimuksessa ilmeni, että infektioiden, hyljinnän ja komplikaatioiden pelosta johtuva tulevaisuuden epävarmuus aiheuttaa potilaille ahdistusta. Elinsiirtoleikkauksesta ja lääkkeistä aiheutuvat kulut aiheuttavat myös stres-

siä potilaan tiedostaessa, että suuret hoitokustannukset voivat olla taakkana lopun elämää. Toisinaan tilannetta leimaa se, että elinsiirtoleikkauspäätökseen on vahvasti vaikuttanut potilaan omaiset. Elinsiirtopotilaat tunsivat myös tarvetta korvata saamansa siirre muun muassa tekemällä elämällään jotain merkityksellistä. LDLT-prosessi saattoi paitsi vahvistaa perhesuhteita, myös nostaa pinnalle perheen ”piilotettuja” ja johtaa näin perheen sisäiseen kriisiin tai jopa perheen hajoamiseen.

Elinsiirtopotilailla todettiin olevan myös tarve kontrolloida omaa kehoaan, mutta toisaalta myös perhe ja läheiset asettivat rajoituksia heidän kehoaan kohtaan. LDLT-potilaat olivat stressaantuneita läheisten huolenpidosta ja tästä johtuvista toiminnan rajoitteista. (Watanabe & Inoue 2009, 77–78.)

Jos LDLT-potilaat olivat sairastaneet jo lapsuudesta asti, he olivat tottuneet elämään sairautensa kanssa ja sairaus oli muokannut heidän elämäntapojaan ja suhdetta vanhempiin ja sisaruksiin. Koko elämänsä he olivat keskittyneet selviytymään ja nyt maksasiirteen myötä selviytymiseen keskittyminen vaihtuikin paranemiseen keskittymiseen. Koska elinajan ennuste on nyt dramaattisesti parantunut, on näiden potilaiden muutettava käsitystä itsestään ja elämästään. (Watanabe & Inoue 2009, 78.)

Keuhkonsiirtoleikkauksista ei ole vielä kovin pitkäaikaista kokemusta, mutta Saksassa on tutkittu keuhkonsiirtopotilaiden tyytyväisyyttä leikkaukseen. 75 % potilaista oli tyytyväisiä leikkauksen tuloksiin ja 92 % valitsisi leikkauksen uudelleen. Elämänlaatuun eniten todettiin vaikuttavan immunosuppressiivisen lääkityksen sivuvaikutukset.

Tutkimusten mukaan sekä elämänlaatu että psyykinen hyvinvointi paranevat keuhkonsiirtopotilailla huomattavasti. Siirretyn elimen tunteminen osaksi omaa kehoaan on tärkeä asia elinsiirtopotilaalle. Positiivinen kehonkuva ja uuden elimen omaksuminen osaksi omaa kehoa korreloi psykososiaalisen hyvinvoinnin kanssa. (Goetzmann ym. 2009, 668). Goetzmannin ym. (2009, 677) tutkimuksessa keuhkonsiirtopotilaiden elinsiirron psykologisesta prosessoinnista ilme-

nee, että yleisesti keuhkonsiirtopotilaat tuntevat uuden elimen osaksi omaa kehoaan.

Rintakehän alueen elinsiirtoleikkauksen jälkeen työelämään palaaminen koetaan tärkeäksi niin taloudellisista syistä kuin potilaan henkilökohtaisten saavutusten tunteiden vuoksi. Työelämään palaaminen on useissa tutkimuksissa yhdistetty parempaan elämänlaatuun. Leikkauksen jälkeistä sosiaalista toimintaa arvioitaessa työelämään osallistuminen on merkittävässä roolissa. (Petrucci ym. 2007, 1112.)

Petrucci ym. (2007, 1117–1118) tutkimuksessa selvitettiin sydän- ja keuhkonsiirtopotilaiden työelämään palaajien määrää. Tutkittavien tuli olla työikäisiä ja leikkauksen jälkeen mahdollisimman hyvässä fyysisessä kunnossa. Parantuneen elinajan ennusteen lisäksi tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kokemus elämänlaadustaan oli hyvä, mikä ilmeni muun muassa lisääntyneenä sosiaalisena kanssakäymisenä. Tutkimuksen mukaan rintakehän elinsiirtoleikkauksesta hyvin toipuneet pystyvät palaamaan työelämään ja parantamaan sosiaalista toimintaansa.

Samasta tutkimuksesta kävi ilmi, että hyvästä fyysisestä tilanteesta huolimatta vain 39 % potilaista, joilla oli työpaikka ennen leikkausta, palasi työelämään ja vain 15 % leikatuista, joilla ei ollut työpaikkaa ennen leikkausta, aloitti työskentelyn leikkauksen jälkeen. Sydän- ja keuhkosiirrepotilaiden välillä ei ollut eroavaisuuksia työllistymisessä. Aiemmissä tutkimuksissa työhön palaamisaste vaihtelee välillä 20–80 %. Huomioitaessa tutkittavien hyvä objektiivinen ja subjektiivinen toimintakyky tutkijat uskovat, että monet potilaat pystyisivät palaamaan työelämään, mutta eivät sitä tee mikä johtuu esimerkiksi mahdollisuuden puutteesta, henkilökohtaisista huolista tai alentuneesta itsetunnosta. Myös sosiaalituella voi olla vaikutuksensa työelämään palaamiseen.

Petruccin ym. (2007, 1117–1118) mukaan myös aiemmista tutkimuksista löytyy syitä siihen, miksi työelämään ei palata siinä määrin kuin olisi mahdollista. Tällaisia syitä ovat muun muassa yksilön muuttuneet elämänarvot ja prioriteetit, työnantajien syrjintä palkatessaan työntekijöitä, yleinen taloudellinen tilanne

(työpaikkojen niukkuus), koulutuksen puute, taitojen puute ja aika, jonka elinsiirtopotilas on ollut poissa työelämästä ennen leikkausta. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että työelämään epätodennäköisimmin palaavat fyysisesti rasittavaa työtä tekevät.

Petruccin ym. tutkimuksesta kävi ilmi, että työelämään palaamisen kanssa positiivisesti korreloivat nuori ikä, hyvä elämänlaatu (etenkin psyykkinen), aiempi työpaikka (etenkin yrittäjä, freelance-työntekijä) ja potilaan poissaolo työelämästä vähemmän kuin 24 kuukautta. Tutkijat muistuttavat kuitenkin, että työelämään palaamista ei tule pitää ainoana hyvää psykososiaalista vointia kuvaavana tekijänä. Pitkän sairausjakson ja kuoleman kohtaamisen jälkeen elinsiirtopotilaat tuntevat työtä tärkeämmäksi muut tekijät, esimerkiksi perhesuhteet, ystävät ja vapaa-ajan. (Petrucci ym. 2008, 1118.)

5.3 Hoitohenkilökunnan rooli elinsiirtopotilaan psykososiaalisessa tukemisessa

Elinsiirtopotilas kohtaa paitsi vaativan kirurgisen operaation, myös moninaisia psykososiaalisia haasteita. Tämä elinsiirtoprosessin monimuotoisuus asettaa hoitohenkilökunnalle erityisiä vaatimuksia. Kuvassa 1 on yhteenveto artikkeleiden pohjalta saaduista tuloksista. Tässä kappaleessa käsitellään hoitohenkilökunnan roolia elinsiirtopotilaan tukemisessa.

Liun ym. (2009, 2594) tutkimuksessa munuaissiirtojen vaikutuksista psykososiaalisiin muuttujiin ilmeni, että elinsiirroissa työskentelevät sairaanhoitajat voivat erilaisin interventioiden ja harjoitusten avulla vähentää elinsiirtoihin liittyviä haitallisia sivuvaikutuksia, kuten väsymystä, painon nousua sekä unettomuutta. Munuaissiirteiden saaneiden potilaiden elämä vaatii uusia selviytymiskeinoja uusien haasteiden ilmaantuessa. Sairaanhoitajan vastuulla on muun muassa huolehtia potilaan riittävästä informoinnista esimerkiksi itsehoitotaitojen kehittämisestä sekä tarjota kognitiivista opetusta potilaan pystyvyyden ja tehokkaan selviytymisen mahdollistamiseksi. Liun ym. osoitti, että munuaissiirteiden saavien potilaiden hoidosta vastaavien sairaanhoitajien tulisi tarjota enemmän sosiaalista tukea siirteiden jälkeiselle ajalle.

Samankaltaisia johtopäätöksiä esittävät Chen ym. (2010, 2539) tutkimuksessaan, joka käsittelee stressitekijöiden vaikutuksia munuaissiirteen saaneiden potilaiden elämään. Terveystenhoitohenkilökunnan tulisi kehittää näyttöön perustuva hoito-ohjeistus stressin sietämisestä. Jotkut potilaat kokevat ettei heidän stressinsä helpottanut siirteen myötä ja jopa toivovat jääneensä dialyysihoitoon. Tällöin sairaanhoitajilla tulee olla taidot tunnistaa ja hoitaa siirteen jälkeistä stressiä. (Chen ym. 2010, 2540.) Sairaanhoitohenkilökunnan tulisi rohkaista potilaan perheenjäseniä osallistumaan hoitoon ja antamaan potilaalle konkreettisia ehdotuksia hoidon kulusta sekä selviytymisestä. Tutkimus osoittaa, että terveydenhoitoalan työntekijöiden ja kyseisellä alalla toimivien tutkijoiden tulisi kehittää käytäntöjä potilaan itsehoidollisen valmiuden kehittämiseksi. (Chen ym. 2010, 2546.)

Watanaben ja Inouen (2009, 79) tutkimuksessa, joka käsittelee kokemuksia aikuiselta toiselle tapahtuvia elinsiirtoja elävältä luovuttajalta, päästään lopputulokseen, jossa hoitohenkilökunnan tulisi tarjota tukea potilaalle sekä tämän omaisille päätöksentekovaiheessa, dramaattisen elämänmuutoksen aikana, auttaa potilasta hyväksymään siirteen tarpeellisuus sekä auttaa saavuttamaan olennainen tasapaino saavuttamisen ja luopumisen välillä. Watanaben ja Inouen tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tulisi kehittää läheinen hoitosuhde myös omaisten kanssa heidän elinsiirteen hyväksymisensä vuoksi. Tutkimus päättyy johtopäätökseen, jossa hoitohenkilökunnan tulee tarjota vahvaa ja hyvin koordinoitua tukea elinsiirtopotilaille sekä heidän omaisilleen. (Watanabe & Inoue 2009, 79.)

Dobbels ym. (2008) käsittelevät tutkimuksessaan depression ilmentymistä munuaissiirteen jälkeisessä elämässä siirrepotilailla. Tutkimuksen mukaan siirrepotilailla tulisi suorittaa järjestelmällisiä haastatteluita, jotka osaltaan ilmaisivat mahdollisen mielenterveydellisen erityishoidon tarpeen siirrepotilaalla. (Dobbels ym. 2008, 826.) Dobbelsin ym. (2008, 826) mielestä munuaissiirteitä hoitava ja tekevä henkilökunta tarvitsee koulutusta masennusoireiden ja sille altistavien tekijöiden tunnistamisessa, vaikka konsultaatiota voikin saada mielenterveyteen erikoistuneelta

hoitohenkilökunnalta.

Samankaltaisia päätelmiä löytyy Pelgurin ym. (2009, 1743) tutkimuksesta, joka käsittelee ahdistusta sekä masennusta maksasiirteen saavalla potilaalla ja erityisesti heidän tarvitsemaansa tukea siirteen jälkeisen elämänhallinnan suhteen. Hoitohenkilökunnalta saatava ohjeistus sekä tuki siirteen jälkeiseen elämään vaikuttavat positiivisesti ahdistuksen ja masennuksen lievittämisessä.

Calian ym. (2011, 1127) tutkimuksessa päätellään, että hoitohenkilökunnan tulisi ottaa huomioon potilaan riskit mahdollistaa akuutti tai krooninen hylkimisreaktio psyykkisten tekijöiden pohjalta. Joidenkin psyykkisten tekijöiden ja hylkimisreaktion suhde tulisi olla klinikoiden tiedossa potilaan hyvinvoinnin vuoksi. Suurempi tieto näiden tekijöiden tunnistamisessa voisi auttaa parhaimman mahdollisen immunosuppressiivisen protokollan kehittämisessä.

Potilaiden jonottaessa odotuslistalta uutta elintä heidän sekä heidän omaistensa riittävä sekä tarvittava ohjeistus osaltaan mahdollistaisivat elinsiirteeseen ja siihen liittyvien tekijöiden realistista suhtautumista. Tutkimuksen mukaan säännöllistä psykologista jälkihoitoa tulisi antaa elinsiirrepotilaille masennuksen sekä muiden psyykkisten häiriöiden kehittymisen ehkäisyksi. (Santos Junior ym. 2008, 804.)

Goetzmännin ym. (2009) tutkimus käsittelee keuhkosiirteitä saavien potilaiden ja luovuttajien välistä suhdetta psykologiselta kannalta. Tutkimus osoittaa, että liian läheinen suhde luovuttajan ja potilaan välillä aiheuttaa voimakasta syyllisyyden tuntoa, mikä puolestaan mahdollistaa kroonisen stressin ja ahdistuksen synnyn. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen riskien olemassolosta sekä niiden ehkäisystä ja hoidosta. Tämänkaltaiset ongelmat liittyvät vain pieneen osaan keuhkosiirteitä saavilla potilailla, mutta niiden ilmaantuessa terveydenalan ammattilaisten tulisi tietää, että yleensä ne liittyvät psykososiaaliseen ahdinkoon sekä syyllisyyden ja häpeän tuntemuksiin. (Goetzmännin ym. 2009, 678-679.)

Lopezin-Navas ym. (2009) tutkimus käsittelee psykiatrisen hoitotyöntekijöiden

sekä maksansiirtoon erikoistuneiden hoitotyöntekijöiden yhteistyön tärkeyden. Tutkimuksessa päädytään toteamaan, että potilailla, jotka ovat elinsiirtojonossa maksansiirtoa varten, on suuremmat riskit tuntee ahdistusta ja masennusta. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että psykiatrinen hoitohenkilökunta on mukana hoidossa estääkseen ja hoitaakseen kyseessä olevia ongelmia. (Lopez ym. 2009, 302) Lopezin ja muiden mukaan on enenevässä määrin havaittu, että potilaan psykososiaalinen tuki on tärkeää ja tarpeellista elinsiirtoa jonotettaessa, ja erityisesti tuen tulisi tulla psykiatriselta hoitotiimiltä elinsiirtotiimin ohella kyseisen hoitotiimin psykiatristen ongelmien hoidon osaamisen vuoksi. Tutkimuksessa mainitaan myös, että potilaan omaisille tulisi myös tarjota psykologista tukea elinsiirtoprosessin aikana, koska he puolestaan tarjoavat tukea potilaalle koko elinsiirtoprosessin aikana. (Lopez ym. 2009, 305.)

Ruzyczkan ym. (2011) tutkimuksessa käsitellään sydänsiirtoja saavien potilaiden masennuksen ja elämänlaadun kokemuksia persoonallisten voimavarojen kannalta. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaan omia selviytymiskeinoja tulisi tutkia sydänsiirrepotilailla hyvän toipumisen sekä masennuksen ehkäisyn vuoksi (Ruzyczkan ym. 2011, 3076). Potilaan selviytymiskeinojen arviointi saattaa auttaa elinsiirtoa suorittavaa henkilökuntaa arvioimaan, ketkä potilaat tarvitsevat psykologista neuvontaa ongelmallisten tilanteiden, kuten elinsiirron, kohtaamisessa (Ruzyczka ym. 2011, 3077).

Dew ym. (2011) käsittelevät tutkimuksessaan riskitekijöitä ahdistuksen, masennuksen ja paniikkihäiriöiden puhkeamiseen keuhkonsiirtopotilailla kahden vuoden sisällä siirron jälkeisenä aikana. Ahdistus- ja masennusoireet ovat tavallisia keuhkosiirteiden saaneilla potilailla ja siihen vaikuttavat monien somaattisten tekijöiden lisäksi myös potilaan mahdollinen psykiatrinen historia sekä psykososiaaliset tekijät. Erityisesti paniikkihäiriön kehittymiseen on suuri riski keuhkonsiirtopotilailla, mikä siirteitä suorittavan hoitohenkilökunnan tulisi tiedostaa. (Dew ym. 2011, 128.) Potilasta tulisi ohjeistaa hoitamaan itse somaattisia oireita, jotka liittyvät paniikkihäiriökohtaukseen. Tutkimus päättyi muun muassa siihen, että hoitohenkilökunnan kyky psykiatristen häiriötekijöiden tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn voi edesauttaa häiriöiden ilmaantumisien vähentymistä. (Dew ym. 2011, 136.)

6 Pohdinta

Tässä kappaleessa pohditaan opinnäytetyöprosessiin liittyviä eettisiä seikkoja, tarkastella työn tuloksia sekä koko opinnäytetyöprosessia. Lopuksi esitetään suosituksia jatkotutkimusaiheiksi ja pohditaan tulosten hyödynnettävyyttä.

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymyksiin selkeästi ja luotettavasti. Katsaukseen vaaditaan kattavasti alkuperäistutkimuksia, jotta tiedon valikoituminen ei vaikuttaisi katsauksen luotettavuuteen. Aineistoon päätyvät tutkimukset valitaan sisäänottokriteerein, jotka perustuvat tutkimuskysymyksiin. Tällä tavoin pyritään löytämään olennaisimmat artikkelit. Tekemällä hakuja sähköisesti kahdella eri kielellä pyritään välttämään julkaisuharhaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006. 37- 45.)

Ennen tiedonhaun aloittamista keskeisien käsitteiden avaamiseen ja selkeyttämiseen käytettiin runsaasti aikaa keskustelemalla, jotta jokainen opinnäytetyön tekijä ymmärtäisi pääkäsitteet samalla tavoin käydessään artikkeleita läpi. Tiedonhakuvaiheessa opinnäytetyön tekijät työskentelivät itsenäisesti, jotta hakuprosessin tuloksien luotettavuus ei kärsisi. Tulosten luotettavuutta saattoi toki heikentää, että tiedonhaut kohdistettiin vain tietokantoihin, joiden kautta oli saatavilla artikkelien full text versiot. Tosin monissa analysoitavissa tutkimuksissa ilmeni samankaltaisia tuloksia, joten voidaan kuitenkin ajatella tiedon olevan suhteellisen kattavaa.

Hakuprosessin dokumentointiin kiinnitettiin huomiota, jotta se olisi toistettavissa. Etukäteen sovittuja sisäänotto- ja poissulkukriteereitä noudatettiin hakuprosessin kaikissa vaiheissa ja lähdekritiikkiin kiinnitettiin huomiota. Jokainen työn tekijä luki ja käänsi valitut artikkelit ja etsi niistä vastauksia kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Näin minimoitiin mahdollisten käänkövirheiden riski. Artikkeleiden läpikäynnin jälkeen vertailtiin saatujen tulosten yhdenmukaisuutta. Tutkimuskysymykset jaettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken siten, että jokainen vastasi yhteen tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen jokainen kävi vielä aineiston läpi oman tutkimuskysymyksensä valossa ja raportoi tulokset kirjallisesti. Opinnäyte-

työn tuloksia raportoidessa lähdeviittaukset merkittiin huolellisesti Saimaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti plagioinnin välttämiseksi. Plagiointi tarkoittaa jonkun toisen henkilön tuottaman materiaalin käyttämistä ilman, että ilmoitetaan, kenen tuottamia nämä tosiasiallisesti ovat (Mäkinen 2006, 158). Raportin kirjoittamisen jälkeen tulokset käytiin vielä yhdessä läpi.

6.2 Yhteenveto ja tulosten tarkastelua

Elinsiirtoprosessiin liittyy voimakkaasti fyysisten tekijöiden lisäksi useita erilaisia psykososiaalisia tekijöitä niin ennen kuin jälkeenkkin elinsiirron. Potilas läpi käymönenlaisia tunteita ja ajatuksia: syyllisyyttä, pelkoa, kiitollisuutta ja ahdistusta. Masennus ja ahdistus ovat merkittävimmät elinsiirtopotilaiden kokemat psyykkiset häiriöt. Sillä, minkä elimen siirto oli kyseessä, ei näyttänyt olevan vaikutusta edellä mainittujen psyykkisten ongelmien esiintymiseen, vaan niitä esiintyi yhtälailla maksa-, munuais-, sydän- ja keuhkonsiirtopotilaillakin. Myöskään elämänlaadussa ei havaittu olevan eroja näiden potilaiden kesken.

Elinsiirron vaikutukset elämänlaatuun ovat hyvin suuret. Potilas voi joutua järjestelemään elämänsä uusiksi, opettelemaan uusia toimintatapoja, sitoutumaan lääkehoitoon ja säännöllisiin tarkastuksiin, myös infektion ja hyljinnän pelot ovat usein läsnä potilaan elämässä. Näillä tekijöillä taas voi olla vaikutuksensa psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi myös potilaan sosiaaliseen elämään. Myös jatkuva velvollisuuden tunne kiitollisuuteen voi olla raskas taakka. Etenkin Watanaben ja Inouen tutkimuksessa tuli esiin, kuinka useat potilaat tunsivat, että heidän tuli tehdä elämällään jotain tärkeää osoittaakseen kiitollisuutensa, vaikka luovuttaja tuskin sellaista odottaisikaan. (Watanabe & Inoue 2009, 77–78.) Potilas voi tuntea menettäneensä määräysvallan omasta elämästään. Onnistunut elinsiirtoleikkaus näyttäisi ongelmista huolimatta parantavan lähes aina potilaan elämänlaatua. Elämänlaatu ei kuitenkaan yleensä palaudu sairastumisesta edeltävälle tasolle mikä, johtuu muun muassa edellä mainituista tekijöistä.

Ihmisen elämänlaatu on kokonaisuus, johon vaikuttavat monet toisiinsa sidoksissa olevat tekijät. Esimerkkinä mainittakoon immunosuppressiivisten lääkitysten fyysisistä haittavaikutuksista (hiusten lähtö, painon nousu, iho-oireet) aiheutuva sosiaalinen eristäytyminen, mikä johtaa psyykkisen tilanteen huononemi-

seen, mikä taas voi aiheuttaa fyysisen itsehoidon laiminlyöntiä ja tätä kautta tilanteen kokonaisvaltaista heikkenemistä ja elämänlaadun huononemista.

Hoitohenkilökunnan vastuulla on tunnistaa potilaiden alttius masennukseen ja ahdistukseen ja tarjota keinoja niiden ehkäisyyn ja hoitoon. Artikkeleista nousi toistuvasti esiin, että hoitohenkilökunnan tulisi saada enemmän koulutusta psyykkisen puolen hoitamisesta somaattisen puolen lisäksi. Psykiatrisen hoitohenkilökunnan konsultaation lisäämistä myös suositeltiin.

Omaisille tarjottava tuki on tärkeä osa elinsiirtopotilaan prosessia. Tämä tuli erityisesti esiin Watanaben ja Inouen tutkimuksessa (2009, 79.) Tällä on kahtalainen positiivinen vaikutus potilaan ja omaisten jaksamisen kannalta. Hoitohenkilökunnan tulisi myös antaa potilaalle elinsiirtoprosessista ja sen tuloksista realistista tietoa, jotta odotukset olisi mahdollista saavuttaa leikkauksen jälkeen ja ylioptimististen odotusten aiheuttamilta pettymyksiltä välttyttäisiin. Tutkimuksissa on todettu, että potilailla, joilla oli realistinen kuva tulevaisuudesta elinsiirtoleikkauksen jälkeen, tunsivat elämänlaatunsa paremmaksi. Myös hoitohenkilökunnan tarjoaman psyykkisen tuen tärkeys ja jatkuvuus elinsiirtoprosessin kaikissa vaiheissa, nousi esiin useassa artikkelissa.

Opinnäytetyötä tehtäessä esiin nousi elinsiirron kulttuurisidonnaisuus, joka osaltaan toi haasteita tulosten tulkintaan. Kulttuurilla on vahva merkitys ihmisen arjessa ja jokapäiväisessä elämässä, tämä oli havaittavissa etenkin Chen ym. (2010) ja Liun ym. (2009) artikkeleita luettaessa. Esimerkiksi Aasiassa miehen asema perheessä on toisella tapaa korostunut verrattaessa esimerkiksi Länsimaihin, jolloin kaikkia tutkimuksen tuloksia ei voida soveltaa esimerkiksi Suomeen. Myös sosiaaliturva tai sen puuttuminen tuli ajoittain esiin tutkimusaineistossa. Elinsiirtopotilas oli saattanut tuntea suurta stressiä pelätessään joutuvansa maksamaan lääkäri- ja lääkekulujaan lopun elämänsä, kun taas Suomessa tai muissa sosiaaliturvan omaavissa maissa tällaista stressitekijää ei potilailla olisi.

6.3 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyön aihe ja sen toteuttaminen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin syntyi ja alkoi hiljalleen muovautua jo vuosi sitten. Prosessissa on läpikäyty monenlaisia hetkiä ja tunteita, jotka ovat omalta osaltaan ohjanneet työtä kohti sen lopullista muotoa. Ajatus opinnäytetyön tekemisestä kolmen ryhmässä tuntui luontevalta vaihtoehdolta tekijöiden sujuvan yhteistyön vuoksi. Ryhmän sisäinen dynamiikka toimi saumattomasti, ja useampi tekijä toi mukanaan myös useampia eri näkökulmia asioihin. Ryhmässä työskentely tarjosi myös tukea silloin, kun työ ei edennyt suunnitelmien mukaan tai eteen tuli muita ongelmia, esimerkiksi artikkeleiden käännöstyössä, joita voitiin tällöin ratkoa yhdessä ryhmän sisällä. Ryhmän sisäinen vuorovaikutus oli avointa ja vastavuoroista. Työtä tehtiin pääasiassa yhdessä, mutta jokaisella oli myös omat vastualueensa, jotka kukin hoiti itsenäisesti yhdessä sovittujen aikataulujen puitteissa.

Opinnäytetyöprosessi eteni vaiheittain aina ideapaperista seminaariin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin toteutettu hakuprosessi toi oman haasteensa aineiston hakuun ja artikkeleiden suomentaminen sekä tutkimuskysymyksiin vastausten etsiminen olivat koko prosessin työläintä antia sekä eniten aikaa vienyt vaihe, joka jatkui keväästä alkusyksyyn. Opinnäytetyön tekeminen on tarjonnut mahdollisuuden harjaantua tutkitun tiedon hakemisessa, mistä varmasti on hyötyä tulevaisuudessakin työelämässä.

6.4 Jatkotutkimusaiheet ja tulosten hyödynnettävyys

Tulevaisuudessa olisi suositeltavaa tutkia elinsiirtopotilaiden kokemuksia saamastaan psykososiaalisesta tuesta elinsiirtoprosessin aikana. Koska psykososiaalinen tuki ja tuen tarve ovat vahvasti sidoksissa ympäröivään kulttuuriin, olisi kiinnostavaa lukea aiheesta nimenomaan Suomessa ja suomalaisista tehtyä tutkimusta. Elinsiirtoprosessin psykososiaalista puolta olisi hyvä tutkia myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta, jotta saataisiin konkreettisia hoito-ohjeita ja -suosituksia ammattilaisten käyttöön.

Opinnäytetyön tuloksia voisi hyödyntää elinsiirtoja suorittavissa sairaaloissa. Työn tulokset voisivat avartaa ennestään kyseisissä sairaaloissa työskentelevi-

en hoitotyöntekijöiden käsitystä elinsiirtoprosessin moninaisista vaikutuksista potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun.

Lähteet

Asetus ihmisten elimien ja kudoksien irrottamisesta lääketieteelliseen käyttöön. 23.8.1985/724

*Alavi, N.M., Aliakbarzhadeh, Z & Sharifi, K. 2009. Depression, anxiety, activities of daily living, and quality of life scores in patients undergoing renal replacement therapies. *Transplantation proceedings* 41, 3693-3696.

Ángeles Pérez-San-Gregorio², M., Martín-Rodríguez, A., Galán-Rodríguez, A. & Borda-Más, M. 2009. Living and deceased transplanted patients one year later: Psychosocial differences just after surgery. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 9 (3), 429-438.

Antman, A-M. 2011. Aivokuollut elinluovuttajana. *Suomen lääkäri-lehti* 66 (16-17), 1387-1391

*Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Saraceni, C., Avolio, A.W. & Agnes, S. 2011. Psychological risk factors for graft rejection among liver transplant recipients. *Transplantation proceedings* 43, 1123-1127.

*Chen, K-H., Weng, L-C & Lee, S. 2010. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing* 19, 2539-2547.

*Dew, M.A., DiMartini, A.F., DeVito Dabbs, A.J., Fox, K.R., Myaskovsky, L., Posluszny, D.M., Switzer, G.E., Zomak, R.A., Kormos, R.L. & Toyoda, Y. 2011. Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *General Hospital Psychiatry* 34, 127-138.

*Dobbels, F., Skeans, N.A., Snyder, J.J., Tuomari, A.V., Maclean, J.R. & Kasiske, B.L. 2008. Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of medicare claims. *American journal of kidney diseases* 51 (5), 819-828.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 7.7.2010 elinsiirtoa varten tarkoitettujen ihmiselinten laatu- ja turvallisuusvaatimuksista. 10/45/EU. EUVL Nro L 207, 6.8.2010

*Goetzmann, L., Irani, S., Moser, K.S., Schwegler, K., Stamm, M., Spindler, A., Buddeberg, C., Schmid, C., Boehler, A. & Klaghofer, R. 2009. Psychological processing of transplantation in lung recipients: a quantitative study of organ integration and the relationship to the donor. *The british journal of health psychology* 14, 667-680.

Heinrich, T.W & Marcangelo, M. 2009. Psychiatric issues in solid organ transplantation. *Harvard review of psychiatry* 17 (6), 398-406

- Helanterä, I., Kyllönen, L., Salmela, K. & Koskinen, P. 2011. Suomalainen munuaisensiirtopotilas. Suomen Lääkärilehti 66 (16-17), 1371-1377.
- Huttunen, M. 2010. Tietoa potilaalle: Psykykenlääkkeet. päivitetty 23.7.2010. [viitattu 13.12.2012]. saatavissa www.terveysportti.fi.
- Hämmäinen, P. & Halme, M. 2011 Keuhkonsiirrot tänään - nykyaikaista hoitoa loppuvaiheen keuhkosairauksiin. Suomen Lääkärilehti 66 (33), 2333-2338.
- Jalanko, H. & Mäkisalo, H. 2004. Mitä siirrämme tulevaisuudessa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 120 (11), 1355-1357
- Janhunen, S & Nikkonen, M. (toim.). 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Johansson, K. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto
- Jokinen, J.J., Lommi, J. & Lemström, K.B. 2011. Aikuisten sydämensiirrot. Suomen Lääkärilehti 66 (33), 2327-2331.
- Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999 Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1, 37-45
- Laki ihmisten elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain muuttamisesta 101/2001 9§
- *Langenbach, M., Schmeisser, N., Albus, C. & Decker, O. 2008. Comparison of social support and psychosocial stress after heart and liver transplantation. Transplantation proceedings 40, 938-939.
- Lehto-Järnstedt, U-S., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Ojanen, M. 2002. Stressin hallinta ja sosiaalinen tuki vastasairastuneilla syöpäpotilailla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 118 (14), 1457-1465
- Leppävuori, A., Eskola, A & Ämmälä, J-A. 2011. Elinsiirtopotilaan leikkauskelppoisuuden psykiatrinen arviointi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127(16), 1669-1676
- *Liu, H., Feurer, I.D., Dwyer, K., Shaffer, D. & Pinson, W. 2009. Effects of clinical factors on psychosocial variables in renal transplant recipients. Journal of advanced nursing 65 (12), 2585-2596.
- *Lopez-Navas, A., Rios, A., Riquelme, A., Martinez-Alarcon, L, Pons, J.A., Miras, M., SanMartin, A., Ramirez, P. & Parrilla, P. 2010. Importance of introduction of a psychological care unit in a liver transplantation unit. Transplantation proceedings 42, 302-305.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Tammi.

*O'Carroll, R.E., Turner, F., Flatley, K., McGregor, L.M. & Hayes, P.C. 2008. Functional outcome following liver transplantation- a pilot study. *Psychology, health and medicine* 13 (2), 239-248.

Oikarainen, H. 2002. Eriksonin psykososiaalinen kehitysteoria - kouluikäisen kehitysvaiheen tulkintaa teorian mukaan. Päivitetty 18.12.2002. [viitattu 20.4.2012] saatavissa <http://www.sampo2002 oulu.fi/koululaiset/erikson.html>

*Pascazio, L., Nardone, I.B., Clarici, A., Enzmann, G., Grignetti, M., Panzetta, G.O. & Vecchiet, C. 2010. Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study. *Transplantation proceedings* 42, 3586-3590.

Parlamentin ja neuvoston direktiivi. 10/45/EU.

*Pelgur, H., Atak, N. & Kose, K. 2009. Anxiety and depression Levels of Patients undergoing liver transplantation and their need for training. *Transplantation proceedings* 41, 1743-1748.

Pérez-San-Gregorio, M.A., Martín-Rodríguez, A., Galán-Rodríguez, A. & Borda-Más, M. 2009. Living and deceased transplanted patients one year later: Psychosocial differences just after surgery. *International journal of clinical and health psychology* 9 (3), 429-438

*Petrucci, L., Ricotti, S., Michelini, I., Vitulo, P., Oggionni, T., Cascina, A., D'Armini, A.M., Goggi, C., Campana, C., Viganò, M., Dalla-Toffola, E., Tinelli, C. & Klercy, C. 2007. Return to work after thoracic organ transplantation in a clinically-stable population. *The European journal of heart failure* 9, 1112-1119.

Pylkkänen, K. 2011. Aikuisten psykoterapiat. Teoksessa Kunnamo, I., Alenius, H., Hermanson, E., Jousimaa, J., Teikari, M. & Varonen, H. (toim.) *Lääkärin käsikirja*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 1223-1226

Rauhala, L. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Hämeenlinna: Karisto Oy.

*Ruzyczka, E.W., Milaniak, I., Przybyłowski, P., Wierzbicki, K., Siwinska, J., Hubner, F.K. & Sadowski, J. 2011. Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients. *Transplantation proceedings* 43, 3076–3081.

Sairaanhoitajaliitto. uusittu elinsiirtolaki tuli voimaan 1.8.2010. [viitattu 6.9.2012]. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/sairaanhoitajien_uutiskirje/sairaanhoitajien_uutiskirje-5-20/

Salmela, K., Hämmäinen, P., Höckersted, K., & Salminen U-S. 2004. Elinsiirrotkäypää hoitoa jo 40 vuoden ajan. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120 (11), 1359–1369.

Salmela, K. 2010. Ovatko munuaissiirrot omaisilta ratkaisu luovuttajapulaan?.
Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 126 (22), 2556- 2557.

*Santos Junior, R., Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M, Valerio, N.I., Silva, R.F. & Silva, R.C.M.A. 2008 Patients undergoing liver transplantation: psychosocial characteristics, depressive symptoms, and quality of life. Transplantation proceedings 40, 802–804.

Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulun yliopisto. 46–47 [Viitattu 13.9.2012]. saatavissa <http://herkules oulu.fi/isbn9514266749/>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Elinsiirrot ja kudossiirrot Suomessa. [viitattu 7.12.2012].http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/elinsiirrot/

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki:Tammi.

*Watanabe, A. & Inoue, T. 2009. Transformational experiences in adult-to-adult living-donor liver transplant recipients. Journal of advanced nursing 66 (1), 69–81.

Åberg, F., Nordin, A., Lempinen, M., Tukiainen, E., Färkkilä, M. & Isoniemi H. 2011. Maksansiirtopotilaan pitkäaikaissuranta. Suomen Lääkärilehti 66 (16–17), 1379–1386

Tekijä, maa ja vuosi	Tutkimuksen nimi	Aineiston tyyppi tutkimustapa	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Alavi, N.M., Aliakbarzhadeh, Z & Sharifi, K. Iran. 2009	Depression, anxiety, activities of daily living, and quality of life scores in patients undergoing renal replacement therapies	määrällinen tutkimus (n=63, n=100)	Munuaissiirtopotilailla esiintyi ahdistusta ja masennusta vähemmän kuin dialyysipotilailla
Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Saraceni, C., Avolio, A.W. & Agnes, S. Italia. 2011	Psychological risk factors for graft rejection among liver transplant recipients	määrällinen tutkimus (n=44)	Ennen leikkausta ilmenevät pelot voivat ennustaa elimen hylkimisreaktiota potilaalla
Chen, K-H., Weng, L-C & Lee, S. Taiwan. 2010	Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study	laadullinen tutkimus (n=153)	Munuaisesniirtoleikkauksen jälkeen potilaat kokivat moninaista stressiä. Kyvykyys ja itsehoito voivat vähentää sitä.
Dew, M.A., DiMartini, A.F., DeVito Dabbs, A.J., Fox, K.R., Myaskovsky, L., Posluszny, D.M., Switzer, G.E., Zomak, R.A., Kormos, R.L. & Toyoda, Y. USA. 2011	Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation	määrällinen tutkimus (n=178)	Rintakehän alueen elinsiirtopotilailla on todistettusti enemmän paniikkihäiriöitä ja masennusta
Dobbels, F., Skeans, N.A., Snyder, J.J., Tuomari, A.V., Maclean, J.R. & Kasiske, B.L. USA. 2008	Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of medicare claims	määrällinen tutkimus (n=47 899)	Masennukseen liittyy kaksinkertainen riski siirretyn elimen pettämiseen ja siitä johtuvaan kuolemaan.

Goetzmann, L., Irani, S., Moser, K.S., Schwegler, K., Stamm, M., Spindler, A., Buddeberg, C., Schmid, C., Boehler, A. & Klaghofer, R. Sveitsi. 2009	Psychological processing of transplantation in lung recipients: a quantitative study of organ integration and the relationship to the donor	määrällinen tutkimus (n=76)	Elinsiirtopotilaan psykososiaalisessa hoidossa tulisi ottaa huomioon potilaan käyttäytyminen ja psykologinen ahdistus, jotka johtuvat läheisestä suhteesta luovuttajaan ja elimen huonosta hyväksymisestä osaksi kehoa
Langenbach, M., Schmeisser, N., Albus, C. & Decker, O. USA. 2008	Comparison of social support and psychosocial stress after heart and liver transplantation	määrällinen tutkimus (n=233)	sosiaalinen tuki, työllisyystilanne ja somaattisten vaikeuksien määrä eivät tarpeeksi selitä elinsiirtoleikkauksen jälkeistä emotionaalista ahdistusta
Liu, H., Feurer, I.D., Dwyer, K., Shaffer, D. & Pinson, W. USA. 2009	Effects of clinical factors on psychosocial variables in renal transplant recipients	määrällinen tutkimus (n=160)	Lääkityksen aiheuttamia sivuvaikutuksia tulisi lievittää elinsiirtopotilaan elämänlaadun parantamiseksi
Lopez-Navas, A., Rios, A., Riquelme, A., Martinez-Alarcon, L, Pons, J.A., Miras, M., SanMartin, A., Ramirez, P. & Parrilla, P. Espanja. 2010	Importance of introduction of a psychological care unit in a liver transplantation unit	laadullinen tutkimus (n=28)	Psykiatrisen hoidon sisällyttäminen maksansiirtohoitoon on tärkeää, koska siirrettä odottavilla potilailla on masennuksen ja ahdistuksen oireita
O'Carroll, R.E., Turner, F., Flatley, K., McGregor, L.M. & Hayes, P.C. Iso-Britannia. 2008	Functional outcome following liver transplantation- a pilot study	määrällinen tutkimus (n=43)	Suurin osa maksansiirtopotilaista ei leikkauksen jälkeen toivu sairastumista edeltävälle psykososiaaliselle tasolle
Pascasio, L., Nardone, I.B., Clarici, A., Enzmann, G., Grignetti, M., Panzetta, G.O. & Vecchiet, C. Italia. 2010.	Anxiety, depression and emotional profile in renal transplant recipients and healthy subjects: a comparative study	määrällinen tutkimus (n=42)	Elinsiirtopotilaan emotionaalista suhtautumista tulisi tutkia tarkemmin, varsinkin koska tällä on vaikutusta potilaan asennoitumiseen lääkehoitoon
Pelgur, H., Atak, N. & Kose, K. Turkki. 2009	Anxiety and depression Levels of Patients undergoing liver transplantation and their need for training	määrällinen tutkimus (n=64) 48	Olisi suotavaa arvioida maksansiirtopotilaiden ahdistuksen ja masennuksen määrää potilasohjauksen tarpeen määrittämiseksi

Petrucci, L., Riccotti, S., Michelini, I., Vitulo, P., Oggionni, T., Cascina, A., D'Armini, A.M., Goggi, C., Campana, C., Vigano, M., Dalla-Toffola, E., Tinelli, C. & Klercy, C. Italia. 2007	Return to work after thoracic organ transplantation in a clinically-stable population	määrällinen tutkimus (n=159)	Huolimatta hyvästä toimintakyvystä jotkut rintakehän alueen elinsiirtopotilaat eivät palanneet työelämään.
Ruzyczka, E.W., Milaniak, I., Przybylowski, P., Wierzbicki, K., Siwinska, J., Hubner, F.K. & Sadowski, J. Puola. 2011	Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients	määrällinen tutkimus (n=46)	Elinsiirtopotilaan koherenssin tunne ja coping-keinot vaikuttavat elämänlaatuun ja ehkäisevät masennusta
Santos Junior, R., Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M, Valerio, N.I., Silva, R.F. & Silva, R.C.M.A. Brasilia. 2008	Patients undergoing liver transplantation: psychosocial characteristics, depressive symptoms, and quality of life	määrällinen tutkimus (n=30)	Elämänlaatu näyttäisi paranevan merkittävästi maksansiirtoleikkauksen jälkeen
Watanabe, A. & Inoue, T. Japani. 2009	Transformational experiences in adult-to-adult living-donor liver transplant recipients	laadullinen tutkimus (n=30)	Hoitohenkilökunnan tulisi tukea potilaita ja heidän omaisiaan koko elinsiirtoprosessin aikana ja tarjota realistista tietoa leikkauksen tuloksista ja auttaa elämänmuutoksen mukanaan tuomien tunteiden läpikäymisessä