



PÄIVI LEIKKOLA

Selkäleikkauspotilaan ja läheisen
selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa
ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
14. päivänä marraskuuta 2014 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

PÄIVI LEIKKOLA

Selkäleikkauspotilaan ja läheisen
selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa
ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen

English abstract

Acta Universitatis Tamperensis 1984
Tampere University Press
Tampere 2014



TAMPEREEN
YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

Tampereen yliopistollinen sairaala

Seinäjoen keskussairaala

Ohjaajat

Professori Päivi Åstedt-Kurki

Tampereen yliopisto

Professori Eija Paavilainen

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Leena Paasivaara

Oulun yliopisto

Professori Sanna Salanterä

Turun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2014 Tampere University Press ja tekijä

Taitto Maaret Kihlakaski

Kannen suunnittelu Mikko Reinikka

Myynti:

kirjamyynti@juvenes.fi

<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1984

ISBN 978-951-44-9598-4 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1471

ISBN 978-951-44-9599-1 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2014



Kiitokset

Tutkimukseni aihe on virinnyt käytännön hoitotyössä kokemistani tilanteista, joissa aikuinen selkärangan alueen leikkaukseen tullut potilas on odottanut saavansa apua terveydelliseen ongelmaansa. Aikaisemmat työni leikkaussalin hoitajana ja neurokirurgian vastuuhoidtajana herättivät mielenkiintoni tähän aiheeseen. Näiden potilaiden ja heidän läheistensä elämää ja kokemuksia selviytymisestä on tutkittu vähän. Aiheeni alkusysäys syntyi maisteriopintojeni aikana, ja halusin jatkaa tutkimustyötä aiheen parissa pidemmälle.

Osoitan parhaat kiitokset tutkimukseni ohjaajille professori Päivi Åstedt-Kurjelle ja professori Eija Paavilaiselle, jotka ovat rohkaisseet ja auttaneet minua tieteellisen tutkimuksen tekemisen taipaleella. Molempien erittäin aktiivinen ohjaus, luottamus kykyihini, avoin keskustelu ja jatkuva kannustus ovat olleet minulle merkittävä tuki tutkimusprosessini aikana. Työni kriittisimpiin hetkiin lukeutuvat tutkimusasetelman merkittävä muuttaminen kesken aineiston keruuvaiheen sekä tallennetun tutkimusaineiston tuhoutuminen. Tutkimuksen ylä- ja alamäkien aikana en olisi jaksanut jatkaa työni loppuun saattamista ilman teidän tukeanne.

Kiitän myös professori Marja Kaunosta ja LT Juha Sajantia seurantaryhmänä lämpimästi ja työtäni suuresti edistäneestä ohjauksesta erityisesti tutkimustyöni alkuvaiheessa. Lisäksi kiitän tilastotieteen avusta aineiston analysoinnin ja artikkelien kirjoittamisen yhteydessä FM Mika Helmistä. FM Tiina Vahvaselkää kiitän englanninkielisestä avusta, ja Sirpa Paukkua kiitän avusta tutkimusaineiston tallentamisvaiheessa.

Olen erityisen kiitollinen hyvälle ystävälleni TtM Jaana Inkilälle. Tutkimustyön tekeminen on ollut pitkä polku, jonka aikana olet ollut minulle arvokas tuki ja

kannustaja. Olet myötäelänyt kanssani tutkimukseni kaikki ylä- ja alamäet. Sinun kanssasi käydyt keskustelut ovat olleet aina antoisia ja rohkaisseet minua eteenpäin.

Haluan kiittää tutkimustyöhöni osallistunutta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä ja Coxa. Haluan kiittää näiden organisaatioiden yhteyshenkilöitä aktiivisesta ja antoisasta yhteistyöstä. Kiitokseni myös näiden organisaatioiden ylemmälle johdolle yhteistyömahdollisuudesta.

Kiitän lämpimästi myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilökuntaa myötämielisyydestä tutkimustyötäni kohtaan. Ylihoitajakollegoitani kiitän myötäelämisestä tutkimusprosessin aikana. Hallintoylihoitaja Christina Rouvalaa kiitän kannustuksesta ja suopeasta suhtautumisesta opintovapaihini, jotka mahdollistivat työskentelyn väitöskirjan parissa. Hallintosihteereitä kiitän tietoteknisestä avusta ja kannustuksesta.

Tutkimukseni saamasta taloudellisesta tuesta kiitän Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriä ja Suomen Akatemiaa.

Tutkimusprosessi on ollut pitkä, joten matkan varrelle mahtuu paljon ihmisiä, joiden kaikkien kiittäminen erikseen on mahdotonta. Teidän tukenne, kannustuksenne, ystävyyttenne ja ymmärryksenne ovat suuren kiitoksen arvoisia. Ystäviä ja läheisiä kiitän myötäelämisestä tutkimusprosessin aikana.

Suurin kiitos kuuluu kuitenkin perheelleni. Sinnikkyys ja usko omiin kykyihini selvitä tämän tutkimustyön loppuun saattamisesta ovat lähtöisin kotikasvatuksestani. Kiitos vanhemmilleni, sisarilleni, puolisoni vanhemmille ja sisaruksille sekä läheisilleni osoittamastanne kiinnostuksesta ja tarjoamastanne tuesta. Suurimman kiitoksen osoitan kuitenkin rakkaalle puolisololleni Antille ja lapsillemme Saanalle, Markukselle, Merille ja Viiville. Perheeni on kestänyt monet vuodet arkea, johon on kuulunut äidin työ, opiskelu ja tutkimustyö. Rakas perheeni on ollut minulle korvaamaton voimavara.

Tiistenjoella 5. syyskuuta 2014

Päivi Leikkola

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aikuisen selkäleikkauspotilaan ja läheisen kokemuksia selviytymisen voimavaroista ja selviytymisen ulkoisesta tukemisesta sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Näiden pohjalta tarkoituksena oli kehittää potilaan ja perheen selviytymisestä malli, jonka avulla voidaan edistää käytännön perhehoitotyötä ja potilaan ja läheisen hoitoa kirurgisella vuodeosastolla. Malli potilaan ja läheisen selviytymisestä tukee tutkimuksen lopullista päämäärää, potilaan ja perheen terveydentilan parantumista.

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidusti potilaan ja läheisen selviytymisen kyselylomakkeilla vuosina 2008–2010. Kyseessä on seurantatutkimus, jossa aineisto kerättiin potilaalta ja läheiseltä potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja uudelleen kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake laadittiin erikseen tätä tutkimusta varten. Kyselylomake muodostui useista väittämiä sisältävistä kysymysosioista. Vastaajien kokonaisselviytymistä mitattiin visualianalogiasteikolla eli VAS -mittarilla. Tutkimuksen aineiston koko oli ensimmäisessä kyselyvaiheessa 150 potilasta ja 150 läheistä. Toisessa vaiheessa aineiston koko oli 126 potilasta ja 126 läheistä. Tutkimusaineiston kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia, vaihteluvälejä, keskiarvoja ja mediaaneja. Taustamuuttujien ja väittämryhmien muuttujien välisen yhteyden tarkastelussa käytettiin ei-parametrisia Kruskal-Wallis- ja Mann-Whitney-Wilcoxon-testejä. Väittämryhmien muuttujien ja leikkauksen jälkeisen selviytymisen kokonaisarvion välisen yhteyden tarkastelussa käytettiin Spearmanin korrelaatiota. Pareittaisten aineistojen analysoinnissa on käytetty Wilcoxonin parittaista testiä.

Tulokset osoittavat, että potilaan ja läheisen selviytyminen on hyvin yksilöllistä sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. Sairaalasta kotiutumisen vaiheessa potilaan ja läheisen tärkeimpiä selviytymisen voimavaroja olivat potilaan oma motivoituneisuus omaan toipumiseensa ja yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Pelon he kokivat huonontavan voimavarojaan. Kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen myönteisenä voimavarana korostui myös arjen normaalius. Sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen potilaat ja läheiset kokivat ohjaustilanteen ilmapiirin, potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen erilaisten tunteiden muuttumattomuuden myönteisimpinä ulkoisen tuen muotoina. Potilaiden selviytymisen näkökulmasta hoitavien henkilöiden osoittama läsnäolo ja ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioiminen ja itsehoitoon motivoiminen koettiin myös erittäin suureksi tueksi. Kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen potilaat kokivat tärkeäksi tueksi itsehoitoon motivoitumisen ja hoitaneiden henkilöiden läsnäolon osoittamisen. Tulokset osoittivat läheisten tuen saamisen olleen puutteellista, ja läheiset kokivat potilasta hoitaneiden henkilöiden osoittaneen heille vähäistä läsnäoloa potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa. Kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen läheinen koki yhä edelleen, että potilasta hoitaneet henkilöt eivät olleet läsnä heidän kanssaan ja he näkivät puutteita myös potilaan ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioimisessa.

Vertailtaessa tilannetta kahtena ajankohtana havaittiin, että potilaan oma motivoituneisuus omaan toipumiseensa oli tärkeä selviytymisen voimavara ja ohjaustilanteessa vallinnut ilmapiiri oli tärkeä tuki sairaalasta kotiutumisen vaiheessa sekä kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Pelon potilaat kokivat yhä edelleen heikentävän voimavarojaan. Läheiset kokivat arjen normaaliuden merkitykseltään entistä suuremmaksi ja voimavaranaan myönteiseksi asiaksi. Läheiset toivoivat, että potilasta hoitavat henkilöt olisivat läsnä tiiviimmin myös heidän kanssaan. Läsnäolon sisällöllinen merkitys lisääntyi potilaan toipumisen aikana. Potilaan mielialan muutosten vähentyminen koettiin positiivisena läheisen voimavarojen muutoksena. Potilaan itsensä hoitamisen aktiivisuuden potilaat ja läheiset kokivat merkitykseltään entistä tärkeämmäksi sisäisenä voimavaranaan. Lisäksi potilaat ja läheiset kokivat voimavaroilleen myönteisenä asiana terveydentilansa heikentymisen ja sosiaalisen eristäytymisensä vähentymisen.

Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisestä on vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Tutkimuksessa saadun tiedon pohjalta on mahdollista kehittää perhehoitotyön mukaisia toimintamalleja hoitotyöhön selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisen edistämiseksi ja samalla heidän terveydentilansa parantamiseksi. Tutkimuksessa kehitettyä mallia selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisestä voidaan hyödyntää soveltaen myös muiden leikkauspotilaiden hoitamisessa, ja sitä voidaan edelleen kehittää vastaamaan paremmin muiden leikkauspotilaiden tarpeita.

Abstract

The purpose of the research was to describe adult back surgical patients' and their family members' experiences concerning their coping resources, the external support they have received and the factors that are associated with these experiences. Another purpose of the study was to produce a model on the coping of patients and families based on the participants' descriptions. The model could be useful in the promotion of family nursing practice in surgical wards, where it would serve the ultimate aim of the study, which is improving the health of patients and their families.

Data were collected by a structured instrument measuring the coping of patients and family members in the years 2008-2010. This is a follow-up study, for which data were collected in two stages; at the patient's discharge from hospital and at six weeks following discharge. The instrument, developed for this study specifically, was a questionnaire with literature-based constructs, each consisting of several items. Participants' overall coping was assessed using the Visual Analog Scale. The first-stage sample consisted of 150 patients and 150 family members and the second stage sample of 126 patients and 126 family members. Frequencies, percentages, range, means and medians were used to describe data. Non-parametric Kruskal-Wallis and Mann-Whitney-Wilcoxon tests were conducted to examine the association between background factors and construct variables. The association between construct variables and participants' assessment of their overall postoperative coping was studied with help of Spearman's correlation. The Wilcoxon test was used in the analysis of paired data.

The results reveal individual variation in the coping of patients and family members. At discharge, the patient's recovery motivation and the patient's and family

member's joint trust in hospital staff constituted their most positive coping resources, whereas they found that fear undermined their coping. At six weeks postoperatively, normalcy of everyday life was also emphasized as a positive coping resource. The most significant forms of external support for coping as experienced by both patients and family members at discharge and six weeks after the operation involved the patient education atmosphere, patient's unchanged behaviour and stable intra-familial emotions. For patients, hospital staff's expressions of presence and the attention they had given to the patient's education needs and self-care motivation were also major sources of support for coping. Six weeks after the operation, patients mentioned their own self-care motivation and presence expressed by staff as important contributions to their coping. The results further reveal that at discharge, family members felt that they had not received adequate support and that hospital staff had not expressed much presence to them. The family members' negative experience persisted; at six weeks postoperatively they also indicated having detected shortcomings in staff's attention to the patient's education needs.

Comparison of the situation between the two time points reveals that patients' recovery motivation remained an important resource and the patient education atmosphere an important source of support, whereas at six weeks postoperatively, patients still experienced fear as a factor that undermined their resources. For family members, the normalcy of daily life as a positive resource increased in importance. As the patient's recovery progressed, family members placed more significance on the lack of presence from staff. Family members also experienced the decrease in the patient's mood changes as a positive contribution to their resources. Both patients and family members felt that the patient's increased self-care activity and the decrease in the deterioration of health and social isolation grew into more important internal resources.

Few studies have so far been conducted on the coping of back surgical patients and their families. The results of this study enable the development of family nursing models to promote the coping and health of back surgical patients and their family members. The model developed can also be applied in the care of other surgical patients and it can be developed further to meet their needs better.

Sisällys

Tekstissä olevat taulukot	11
Tekstissä olevat kuvat	12
Liitteet	13
Osajulkaisut	14
1. TUTKIMUKSEN TAUSTA	15
2. TUTKIMUKSEN TOURETTISET LÄHTÖKOHDAT	17
2.1 Selkäläikkäuspotilas, läheinen ja perhe	18
2.2 Potilaan ja läheisen selviytyminen	22
2.2.1 Selviytyminen	22
2.2.2 Potilaan ja läheisen sisäiset voimavarat	26
2.2.3 Potilaan ja läheisen selviytymisen ulkoinen tukeminen	33
2.3 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	39
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	43
4. TUTKIMUSAINIESTOT JA MENETELMÄT	44
4.1 Aineiston keruu	44
4.1.1 Kyselylomakkeiden kehittäminen ja pilotointi	45
4.1.2 Kyselylomake	46
4.2 Tutkimuksen kohdejoukko	50
4.2.1 Kyselyyn osallistuneet	50
4.3 Aineiston analysointi	51
4.3.1 Kyselyaineiston tilastollinen analyysi	51
4.3.2 Potilaan ja läheisen selviytymisen mallintaminen	54
4.4 Eettiset näkökohdat	53
5. TULOKSET	55
5.1 Selviytyminen kotiinlähtötilanteessa (artikkelit I ja III)	55
5.2 Selviytyminen kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen (artikkelit II ja IV)	57
5.3 Selviytymisen muuttuminen potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja kuuden viikon päästä	58

5.3.1 Tutkimushenkilöiden taustatiedot parittaisessa tutkimusaineistossa	58
5.3.2 Selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olleiden tekijöiden muutokset	60
5.3.3 Selviytymisen ulkoiseen tukemiseen yhteydessä olleiden tekijöiden muutokset	64
5.4 Selviytymisen mallin kuvaaminen	66
6. POHDINTA	68
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	68
6.2 Tulosten tarkastelu	72
6.3 Tulosten hyödyntäminen	76
6.4 Jatkotutkimusehdotukset	77
Lähteet	79
Liitteet	88

Tekstissä olevat taulukot

- Taulukko 1. Yhteenveto potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarat -mittarin väittämäryhmistä
- Taulukko 2. Yhteenveto potilaan ja läheisen ulkoinen tuki -mittarin väittämäryhmistä
- Taulukko 3. Potilaan ja läheisen taustatiedot
- Taulukko 4. Potilaiden selviytymisen voimavarat ja kokemus eri osa-alueiden toteutumisesta
- Taulukko 5. Läheisen selviytymisen voimavarat ja kokemus eri osa-alueiden toteutumisesta
- Taulukko 6. Potilaiden kokemus selviytymisen ulkoisen tukemisen eri osa-alueiden toteutumisesta
- Taulukko 7. Läheisen kokemus selviytymisen ulkoisen tukemisen eri osa-alueiden toteutumisesta

Tekstissä olevat kuvat

Kuvio 1. Tutkimuksen toteutuminen

Kuvio 2. Käsitteellinen malli selkälääkäsotilaan ja läheisen selviytymisestä

Liitteet

Liite 1. Potilaan kyselylomake

Liite 2. Läheisen kyselylomake

Liite 3. Selkäranganalueen leikkauksessa olleiden potilaiden hoitajaksojen määrä
Suomessa vuonna 2004

Liite 4. Yhteenveto käännytyistä ja analysointivaiheessa poistetuista väittämistä

Liite 5. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla potilaalla ja läheiselle

Liite 6. Saatekirje potilaalle ja läheiselle kotiin

Osajulkaisut

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisilla numeroilla.

- I Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2013. Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta. *Tutkiva hoitotyö* 11(3), 27–36.
- II Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2014. Patients' and their families' coping resources at 6 weeks following back surgery. *Clinical nursing studies* 2(2), 105-117.
- III Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2013. Staff support for back surgical patients and family members – Does it improve coping at home? *Orthopaedic nursing*, hyväksytty julkaistavaksi.
- IV Leikkola, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. Coping support as rated by patients and family members six weeks after back surgery. Arvioitavana.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

1.

TUTKIMUKSEN TAUSTA

Erilaiset selkävaiivat rajoittavat potilaiden työ- ja toimintakykyä (Pohjolainen ym. 2007). Erilaisten selkäkipujen esiintyvyydestä tiedetään niiden vähentyneen 20 vuoden seurannan aikana. Mini-Suomi-tutkimuksessa (vuosina 1978–1980) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (vuosina 2000–2001) selvitettiin selkäoireyhtymän esiintyvyyttä miehillä ja naisilla. Tulokset osoittivat miehillä esiintyvyyden olevan enää 10 % ja naisilla 11 %. Vuonna 2005 työkyvyttömyyseläkkeellä selkäsairauden vuoksi Suomessa oli noin 29 000 henkilöä. (Alaselkäsairaudet: Käypä hoito -suositus 2008.) Selkärangan alueen erilaisten kiputilojen yleisyyteen verrattuna potilaiden hoito leikkauksella on poikkeusratkaisu (Seitsalo ym. 1999). Esimerkiksi nikamavälilevyn sairauksista lopulta vain noin 10 % hoidetaan leikkauksella (Kotilainen & Seitsalo 1999). Suomessa potilaiden nikamavälilevyn leikkaushoitojen määrän lisääntymisen lisäksi on toimenpiteiden lukumäärissä huomattavia alueellisia eroja (Kotilainen & Seitsalo 1999; Seitsalo ym. 1999).

Merkittävä tekijä potilaan hoitamisessa on hoitoajan lyhentyminen sairaalassa (Johansson ym. 2005; Kääriäinen & Kyngäs 2005; Rankinen ym. 2007; Boughton & Halliday 2009). Keskeisimmät syyt tähän muutokseen ovat hoitomenetelmien kehittyminen ja terveydenhuollon palveluiden tuottamiseen käytettävissä olevien rahojen vähentyminen (Rankinen ym. 2007; Boughton & Halliday 2009). Sairaalasta kotiin lähtiessä potilaiden ja läheisten odotukset hoitohenkilökuntaa kohtaan ovat lisääntyneet, ja he ovat kiinnostuneita tietämään, miten he voivat selviytyä potilaan sairauden kanssa. Potilaiden ja läheisten tuen saanti hoitohenkilökunnalta on keskittynyt potilaan lyhyeen sairaalassaoloaikaan. Tänä aikana sekä potilaat että läheiset

odottavat saavansa hoitohenkilökunnalta tukea selviytymiseen erityisesti ohjauksena ja läsnäolona. (Gilmartin 2005; Johansson ym. 2005; Leino-Kilpi ym. 2005; McMurray ym. 2007.)

Potilaan leikkauksesta aiheutuneet muutokset vaikuttavat koko perheeseen ja perheenjäsenten jokapäiväiseen elämään. Potilas ja läheinen pyrkivät selviytymään näistä muutoksista omilla yksilöllisillä tavoillaan. Hoitohenkilökunnalta saadulla tuella on heille tärkeä merkitys perheenä, ja se vaikuttaa sekä potilaiden että läheisten selviytymiseen senhetkisessä elämäntilanteessa. (Rantanen ym. 2010.) Potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen on tutkittu yleisimmin 3, 6 ja 12 kuukautta leikkauksen jälkeen. Tutkimustieto aikaisemmasta vaiheesta heidän leikkauksen jälkeen antaa paremmat mahdollisuudet saada tarkoin selville, millaista tukea potilaat tarvitsevat toipumisensa alkuvaiheessa. Aikaisemmat tulokset potilaiden tyytyväisyydestä leikkaustuloksiinsa ovat olleet vaihtelevia, ja tulokset potilaiden tyytyväisyydestä ovat olleet vähemmän tunnettuja. Potilaat ovat kokeneet, että heidän on ollut vaikea saada luotettavaa tietoa ja heidän tiedon saantiaan on usein sekoittanut myös terveydenhuollon ammattilaisten aliarviointi siitä, selviytyvätkö he saamansa tiedon kanssa. (McGregor ym. 2011.) Potilaan leikkaushoidon läpikäymisellä on vaikutuksia myös potilaan läheisiin ja perheeseen (Majasaari ym. 2005; Rantanen ym. 2010). Potilaan ja läheisen kokemuksilla jokapäiväisestä elämästä ja omasta terveydestä on merkitystä sille, millaisena he kokevat perheenjäsenten väliset suhteet ja jokapäiväisen elämänsä perheenä (Åstedt-Kurki ym. 2004). Potilaan ja läheisen tutkiminen määrällisen tutkimusmenetelmän avulla on tuottanut tietoa kahden perheenjäsenen kautta perheestä laajempaan kokonaisuuteen (Åstedt-Kurki ym. 2001/a). Hoitotyössä potilaan ja läheisen tukeminen perheenä on tärkeää, ja hoitohenkilökunta voi tukea perhettä tiedon antamisen, ohjauksen, keskustelun ja kuuntelun avulla (Åstedt-Kurki ym. 2004). Läheiset odottavat hoitohenkilökunnan olevan aktiivinen heidän tukemisessaan potilaan sairauden aikana. Läheinen kokee sairaalaympäristön vieraana ja pelottavana, ja tässä tilanteessa hänen kykynsä saamansa tiedon ymmärtämiseen voi olla rajoittunut. Hoitohenkilökunta voi lievittää läheisen pelon kokemuksia kertomalla potilaasta realistista tietoa ja antamalla läheisen osallistua potilaan hoitamiseen. (Åstedt-Kurki ym. 2001/b.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata selkäleikkauspotilaan ja läheisen kokemuksia selviytymisensä voimavaroista ja potilasta hoitaneiden henkilöiden antamaa tukea potilaan ja läheisen selviytymiselle. Tarkoituksena on myös kehittää heidän selviytymisestään malli, jonka avulla voidaan edistää käytännön hoitotyöntekijöiden tekemää perhehoitotyötä selkärangan alueen leikkauksessa olleen potilaan ja hänen läheisensä hoitamisessa.

2.

TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat perustuvat vuosina 2006–2008 tehtyihin hakuihin. Vuonna 2006 tehtiin perushaku, joka rajattiin vuosille 1996–2006, ja vuonna 2008 tehtiin täydentävä haku, joka rajattiin vuosille 2006–2008. Hakuja täydennettiin lisää prosessin aikana osajulkaisujen ja yhteenvedon teon yhteydessä vuosina 2012–2013. Kirjallisuushaut tehtiin Tampereen yliopiston informaation avustuksella kotimaisiin ja ulkomaisiin Cinahl-, Cinahlcumulativeindex-, British Nursing Index-, Ovid Medline-, Linda- sekä Medic-tietokantoihin. Haussa käytettiin sanoja ja yhdistelmiä ”kirurginen potilas”, ”potilas”, ”leikkauspotilas”, ”leikkaus”, ”leikkauksen jälkeen”, ”postoperatiivinen vaihe”, ”elämänlaatu”, ”selviytyminen”, ”perhe”, ”neurokirurgia”, ”ortopedia”, ”tuki”, ”tukeminen”, ”läheinen” ja ”ohjaus” sekä näiden englanninkielisiä vastineita ”surgical patients”, ”patient”, ”surgical”, ”surgery”, ”operative”, ”postoperative period”, ”surgical procedures”, ”quality of life”, ”coping”, ”family”, ”neurosurgery”, ”orthopedics”, ”support”, ”relative”, ”spouse”, ”significant other”, ”family”, ”nuclear family”, ”education” ja ”counsel”. Haku rajattiin kokotekstiartikkeleihin. Yhteensä haut tuottivat vuosilta 1996–2006 kotimaisista tietokannoista 44 viitettä ja ulkomaisista tietokannoista 433 viitettä. Täydennetty haku vuosilta 2007–2013 tuotti kotimaisista tietokannoista 22 viitettä ja ulkomaisista tietokannoista 557 viitettä. Täydennetyssä haussa käytettiin hakusanoja ”leikkauspotilas”, ”leikkauksen jälkeinen vaihe”, ”selviytyminen”, ”perhe”, ”sopeutuminen”, ”elämänlaatu”, ”leikkaus” ja ”selkäleikkaus” sekä näiden englanninkielisiä vastineita ”surgical patient”, ”inpatients”, ”postoperative period”, ”coping”, ”family coping”, ”family”, ”adaptation”, ”quality of life”, ”surgical”, ”surgery”, ”spine” ja ”cervical

spine”. Materiaalista valittiin tämän tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien kannalta oleellimmat julkaisut, ja materiaalia arvioitiin huolellisesti lähteiden otsikoiden ja tiivistelmien perusteella. Tämän perusteella valittiin lopullinen tähän työhön mukaan otettava materiaali. Tutkimusaiheen materiaalin mukaisesti työhön valikoitui 106 artikkelia.

2.1 Selkäleikkauspotilas, läheinen ja perhe

Selkärangan alueen leikkaushoitoa tarvitsevien potilaiden sairauksia ovat erilaiset selkäydinkanavan sairaudet, jotka ryhmitellään yleensä rappeumasairauksiin eli degeneratiivisiin sairauksiin, luutulehduksiin, luukasvaimiin ja erilaisiin epämuodostumiin (Salmenperä ym. 2002). Selkärangan alueella potilailla esiintyvät rappeumasairauksista yleisimmin luunivelrikko eli artroosi tai nikamavälilevyn esiinluiskahdus eli prolapsus disci intervertebralis (Kotilainen & Seitsalo 1999; Seitsalo ym. 1999; Heliövaara ym. 2009). Potilaalle tehdyn nikamavälilevyn ja lannerankakanavan ahtauman kirurgisen hoidon vaikuttavuudesta on käytettävissä vain vähän tutkimusta (Herno 1999; Hurme & Alaranta 1999). Selkärangan alueen leikkaushoitoa tarvitsevien potilaiden lukumääräinen kasvu on lisännyt terveydenhuollon kustannuksia, mutta leikkaushoidolla on osoitettu olleen kuitenkin myönteisiä vaikutuksia potilaiden tyytyväisyyteen, elämänlaatuun ja selän toimintakykyyn (Rampersaud ym. 2007). Saavutettujen leikkaushoitotulosten pysyvyyttä on tutkittu muutamissa seurantatutkimuksissa, joista osa on tehty useamman vuoden seurantana (Rampersaud ym. 2007; Saban ym. 2007; den Boer 2006/ a ja b; Slover ym. 2006; Padua ym. 2007).

Nivelrikossa selkäydin joutuu kanavassaan puristuksiin rappeumamuutosten myötä, ja tästä voi aiheutua voimakkaita kiputiloja, voimattomuutta, puutumista, tuntopuutoksia ja raajan tai raajojen heikkoutta (Herno 1999). Potilaan kokemat voimakkaat kivut ja liikkumisvaikeudet vaikeuttavat hänen arjessa selviytymistään vaikuttaen hänen mielialaansa ja elämänlaatuunsa. Potilaan elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ovat työkyvyttömyys ja vapaa-ajantoiminnan rajoittuminen. Lisäksi potilaan kotona selviytyminen ja suhteet perheen muihin jäseniin ja omaisiin voivat muuttua. (Salmenperä ym. 2002.) Potilaan selkärangan nikamavälilevyn esiinluiskahduksen aiheuttamia oireita ovat nopeasti alkava ja paheneva kipu, mikä voi säteillä raajoihin, erilaiset tuntopuutokset, tunnottomuus ja lihasheikkous. Myös selkärangan kulumisesta voi aiheutua erilaisia tuntopuutoksia, tunnottomuutta ja lihasheikkoutta, ja

kipuja voi esiintyä potilaalla pitkään. (Kotilainen & Seitsalo 1999; Salmenperä ym. 2002.) Nikamavälilevyleikkauksen jälkeen uusintaleikkaus tehdään noin 10 %:lle (Kotilainen & Seitsalo 1999).

Selkäleikkauspotilaita käsittelevä tutkimustieto on painottunut lähinnä kliinisten leikkaustulosten tarkasteluun (Aalto ym. 2006; Giannini 2006; Hiroshi ym. 2006; Lee ym. 2006; Watanabe ym. 2007, Helenius ym. 2008; Ibrahim ym. 2008; Jagannathan ym. 2008; Starkweather ym. 2008). Selkäleikkauspotilaiden näkökulmasta tutkimuksia on vähän, ja niissä on selvitetty aiemmin potilaiden kokemaa kipua (den Boer ym. 2006/b; Peolsson ym. 2006; Padua ym. 2007; Saban ym. 2007; Elder ym. 2008; Johansson ym. 2010), heidän pelkoaan uudelleen sairastumisesta (den Boer ym. 2006/a), fyysisen toimintakyvyn parantumisesta (den Boer ym. 2006/b; Giannini ym. 2006; Slover ym. 2006; Peolsson ym. 2006; Padua ym. 2007; Saban ym. 2007; Slusarz ym. 2008; Johansson ym. 2010), työkykyä (den Boer ym. 2006/a ja b, Saban ym. 2007), leikkausinfektioita (Browne ym. 2007), leikkauskomplikaatioita (Glassman ym. 2007) sekä elämänlaadun parantumisesta leikkauksen jälkeen (Huang ym. 2001; Falicov ym. 2006; Slover ym. 2006; Danielsson 2007; Howard ym. 2007; Rampersaud ym. 2007; Saban & Penckofer 2007; Manca ym. 2008; Johansson ym. 2010). Aiemmin on tutkittu selkäydinvammautuneiden potilaiden selviytymistä ja sairauteen sopeutumista (Hoffman Barone & Waters 2012).

Potilaan leikkaushoidon ja aktiivisen kuntoutuksen tavoitteena on parantaa ja palauttaa potilaan toimintakykyä ja lievittää kipua. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää myös potilaan omaa aktiivista osallistumista hoitoonsa. Leikkaushoidon jälkeen aloitettavan aktiivisen ja intensiivisen harjoittelun avulla vähennetään potilaan kokemaa kipua, parannetaan potilaiden toimintakykyä ja nopeutetaan työhön paluuta ja välttyään uusintaleikkauksilta. (Alaselkäsairaudet: Käypä hoito -suositus 2008.) Selkärangan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden ja heidän läheistensä selviytymisestä on vähän tutkimustietoa. Kopp ym. (2003) ja de Groot ym. (1997) ovat aiemmin tutkineet potilaiden leikkauksesta selviytymistä ja sen yhteyttä potilaiden ahdistuneisuuteen. Potilaalle tehtävä leikkaus vaikuttaa hänen psyykkiseen terveyteensä, koska leikkaus itsessään aiheuttaa stressiä ja voi lisätä ahdistuneisuuden, toivottomuuden, eristäytyneisyyden ja pelon kokemuksia (Ramnarine-Singh 1999; Tusek & Cwynar 2000; Yilmaz ym. 2011). Potilaan kokemat voimakkaat kivut ja liikkumisvaikeudet vaikuttavat hänen mielialaansa ja elämänlaadun kokemuksensa kautta hänen psyykkiseen terveyteensä. (Salmenperä ym. 2002.) Potilaan leikkauksesta selviytymiseen vaikuttavat leikkausta edeltäneiden kipuoireiden kesto, sairausloman pituus, potilaan ikä ja psykososiaaliset tekijät (Hurme & Alaranta 1999; Kotilainen & Seitsalo 1999).

Hyvää leikkaustulosta ennustetaan iältään nuorelle potilaalle, jolla ei ole psyykkisiä eikä sosiaalisia ongelmia eikä ylipainoa ja joka haluaa päästä jatkamaan mieleistään työtä ja on tyytyväinen elämäntilanteeseensa (Hurme & Alarinta 1999).

Potilaiden kokemuksia potilaana olemisesta on tutkittu aiemmin ennen ja jälkeen aivotuumoripotilaiden leikkausta. Näiden potilaiden kohdalla tulevaan leikkaukseen valmistumisen havaittiin heijastuvan myös heidän psyykkiseen terveydentilaansa. Osa potilaista koki olonsa rauhalliseksi eikä kokenut pelkäävänsä. Osa koki pelkoa ja masentuneisuutta. Lisäksi leikkauksen jälkeen psyykkiseen terveydentilaan vaikutti huoli tulevaisuudesta. (Lepola ym. 2001.) Aiemmin on tutkittu polviproteesileikkauspotilaiden kokemuksia leikkauksen odottamisesta ja leikkauksen jälkeisestä ajasta. Potilaiden kokemukset kivuista, liikuntakyvyn rajoittumisesta, odottamisesta ja huolestumisesta osoittivat, miten tärkeää potilaiden on saada hyvää ohjausta ja tukea ennen leikkaustaan. (Jacobson ym. 2008.) Potilaat kokevat itse sairauteen liittyvistä negatiivisista kokemuksista huolimatta myös myönteisiä kokemuksia, joita voivat olla henkisten voimavarojen parantuminen, hengellisyyden lisääntyminen, perhesuhteiden lähentyminen ja elämänarvojen muuttuminen (Urcuyo ym. 2004). Sairaalassa olleessaan potilaat ovat kokeneet perustarpeidensa tyydyttyneen ja hoitonsa olleen asiallista ja ystävällistä. Osa potilaista toivoo saavansa leikkauksen jälkeen enemmän psykologista tukea. (Lepola ym. 2001.)

Selkäleikkauspotilas-käsitteellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa aikuista potilaana ollutta perheenjäsentä, jolle on tehty ennalta suunniteltuna leikkaushoitona selkäranganalueen leikkaus. Selkäleikkauspotilasta kutsutaan tutkimuksessa myös potilaaksi. Potilaan leikkaushoitoprosessi on alkanut potilaan kanssa tehdystä leikkaukspäätöksestä ja leikkaushoidon suunnittelusta yhdessä neurokirurgin tai ortopedin kanssa ja päättynyt leikkaushoidon jälkeen potilaan sairaalasta kotiutumiseen. Potilaan selkäranganalueen leikkauksessa on hoidettu kirurgisesti selkäydinkanava-ahtaumaa tai nikamavälilevytyrää.

Aikaisempi tutkimustieto selkäleikkauspotilaista on painottunut lähinnä leikkaushoidon tulosten arvioimiseen ja leikkaushoidolla saavutettujen tulosten pysyvyyden tutkimiseen. Selkäleikkauspotilaita käsittelevissä tutkimuksissa on tarkasteltu potilaiden fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa ja heidän elämäntilanteensa. Leikkauspotilaana olemisen kokemuksia ei ole tutkittu aiemmin suoranaisesti selkäleikkauspotilaiden kohdalla.

Leikkausprosessin läpikäyminen vaikuttaa potilaan lisäksi myös läheisiin ja perheeseen (Majasaari ym. 2005; Rantanen ym. 2010). Tästä syystä myös leikkauspotilaiden perheitä koskevissa tutkimuksissa on tärkeää tutkia perhettä kokonaisuutena ja käyttää

tiedon esille saamisessa erilaisia tutkimuksellisia lähestymistapoja (Åstedt-Kurki ym. 2001/a). Läheisten kokemukset potilaan sairaalahoidon aikana ovat hyvin moninaisia. Läheiset voivat kokea erossa olon ahdistavana (Majasaari ym. 2005) ja potilaan sairaalahoidon pelottavana ja stressaavana (Buchanan ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001/b; Majasaari ym. 2005; Mayne & Bagoisan 2009). Tämä vaikuttaa läheisten kykyyn vastaanottaa heille annettua tietoa (Åstedt-Kurki ym. 2001/b). Läheisten tarpeiden huomioiminen oikealla tavalla potilaan sairaalahoidon aikana edistää aktiivisempaa osallistumista potilaan hoitoon ja tuen antamista potilaalle hänen toipumisensa aikana (Majasaari ym. 2005; Brigitte & Cypress 2010). Samalla se vähentää läheisten tyytymättömyyttä potilaan saamaan hoitoon. (Majasaari ym. 2005).

Potilaan läheisen ja perheen selviytymiseen liittyvistä potilaan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista tai odotuksista elämänlaadun osalta potilaan leikkauksen jälkeen tiedetään läheisen näkökulmasta hyvin vähän (Abergel ym. 2004, Wideheim ym. 2002). Läheisen merkitys potilaan hoitamiseen liittyvänä tiedonantajana on rajallinen, ja esimerkiksi potilaan elämänlaatua arvioitaessa tulee ottaa huomioon, ettei läheinen voi arvioida kaikkia potilaan tilaan vaikuttavia asioita, kuten kipua, tunteiden muutoksia (Abergel ym. 2004) tai saavutettuja leikkaushoidon tuloksia (Buchanan ym. 2000).

Läheiselle ja perheelle potilaan sairaudesta aiheutuu muutoksia, kun potilaan oma toiminta ja psyykinen terveys, kotona selviytyminen ja perhesuhteet muuttuvat (Krohne ym. 2000; Salmenperä ym. 2002; Urcuyo ym. 2005; Heino 2005; Rydholm Hedman ym. 2010). Läheiselle potilaan sairaudesta on todettu aiheutuvan yleisimmin hermostuneisuutta, väsymystä, ahdistuneisuutta ja unettomuutta (Wideheim ym. 2002; Majasaari ym. 2005). Perheessä taloudellisten vaikeuksien lisääntyminen on yleistä (Buchanan ym. 2000; Wideheim ym. 2002; Majasaari ym. 2005). Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostunut läheisten tiedollisen tuen saaminen ja sen merkitys potilaan sairaalahoidon aikana (Majasaari ym. 2005; Åstedt-Kurki ym. 2001/b). Toisaalta läheisen tuen merkityksestä aikuiselle leikkauspotilaalle tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella kuitenkin vielä vähän. Läheisistä naisten on osoitettu antavan miehiä enemmän henkistä tukeaan potilaalle (Luszczynska ym. 2007.) Läheiseltä potilaat odottavat saavansa psyykkistä ja fyysistä tukea toipumisensa aikana (Boughton & Halliday 2009).

Perheissä potilaan sairaudesta ja leikkaushoidosta aiheutuneista muutoksista pyritään selviytymään yksilöllisillä tavoilla (Rantanen ym. 2010; Tastan ym. 2011). Kotiolosuhteissa perheessä koetaan epävarmuutta, stressiä ja vaikeuksia selviytyä ja tarpeet tiedon saamisesta ja ohjauksesta ovat lisääntyneet. Sairaalasta kotiutumisen

jälkeen perheet ovat kokeneet seurannan ja tuen potilaan hoitamiseen vähäiseksi (Boughton & Halliday 2009). Perheen vaikutus potilaan ja läheisen selviytymiseen syntyy perheen arjen rutiineista ja perheen tärkeys korostuu suurissa ja tärkeissä tilanteissa, joissa potilas ja läheinen tarvitsevat tukea toisiltaan (Marin 1999). Perheiden huomioiminen potilaan hoitamisessa on tärkeää, sillä potilaan, läheisen ja perheen hyvinvointi ja terveys liittyvät toisiinsa (Rantanen ym. 2010). Tässä tutkimuksessa perheiden yksilöllisyys otettiin huomioon siten, että läheisellä tarkoitetaan aikuisen potilaan itsensä määrittämää henkilöä, joka on voinut olla hänen aviopuolisonsa, lapsi tai joku muu henkilö (Åstedt-Kurki ym. 2008). Läheistä kutsutaan tässä tutkimuksessa myös perheenjäseneksi. Perhe-käsitteellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kahden työkäisen henkilön muodostamaa ryhmää, jonka jäseniä yhdistää läheisyyden tunne ja jotka samaistavat itsensä perheenjäseniksi (Friedman ym. 2003).

Aikaisempaa tutkimustietoa aikuisten leikkauspotilaiden läheisistä ja perheistä on hyvin vähän. Leikkauspotilaan sairaudella tiedetään aikaisempien tutkimusten mukaan olevan vaikutusta myös läheisen fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja perheen selviytymiseen. Läheisten tarpeiden huomioiminen potilaan sairaalahoidon aikana vaikuttaa heidän terveydentilaansa ja rohkaisee läheisiä osallistumaan aktiivisemmin leikkauspotilaan hoitoon kotona.

2.2 Potilaan ja läheisen selviytyminen

2.2.1 Selviytyminen

Tässä kappaleessa määritellään aluksi selviytymisen käsite ja tarkastellaan selviytymiseen yhteydessä olevia voimavaroja, ihmisen selviytymisen strategioita, potilaan ja läheisen selviytymisen käyttäytymistä ja selviytymisen mittaamista. Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarat jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin voimavaroihin. Sosiaalinen tuki on osa selviytymiseen yhteydessä olevista ulkoisista voimavaroista.

Selviytyminen-käsitteen (coping) ovat määritelleet aikoinaan Lazarus ja Folkman (1984) ihmisen jatkuvaksi pyrkimykseksi selviytyä häntä eri tilanteissa kohdanneista sisäisistä tai ulkoisista vaatimuksista, joista syntyy hänelle stressiä tai jotka hän kokee stressaavana (Lazarus 1999; Giske & Gjengedal 2006; Carver & Connor-Smith 2010; Hedlund ym. 2010). Ihmiset arvioivat heille stressiä aiheuttavat tilanteet yksilöllisesti ja voivat kokea ne itseään vahingoittavana, uhkaavana, haastavana tai näiden sekoituk-

senä. Ihminen pyrkii muuttamaan näistä tilanteista tiedostamiaan ja havainnoimiaan asioita riippumatta siitä, miten paljon aikaa hän tarvitsee näiden asioiden hoitamiseen. (Giske & Gjengedal 2006.) Näiden sisäisten tai ulkoisten vaatimusten arvioiminen tai ongelmien ratkaiseminen vaatii paljon voimavaroja (Friedman ym. 2003; Giske & Gjengedal 2006). Voimavarat ovat jokaisen ihmisen sisällä, ja niihin vaikuttavat opitut tavat toimia erilaisissa tilanteissa. Potilaan ja läheisen sisäisiin voimavaroihin kuuluvat terveyden kokeminen, positiivinen asenne ja minäkuva. (Lazarus & Folkman 1984.) Selviytymisellä voidaan tarkoittaa tilannetta, jonka yhteydessä ihminen pyrkii selviytymään jostakin, jonka kokee uhkaavana, turhauttavana tai haastavana tai jossa hän nauttii saavuttamastaan tuloksesta (Sundeen ym. 1998). Ihmisen käyttämät selviytymisen keinot perustuvat hänen arvioonsa oman elämänsä edellytyksistä (Lazarus 1999). Selviytyminen on eräänlainen prosessi, joka vaihtelee erilaisissa tilanteissa (Drageset ym. 2010; Hedlund ym. 2010) ja jota voidaan arvioida erilaisten muutosten kehityskulkuna tai ihmisen luonteenpiirteissä tapahtuneina muutoksina (Lazarus & Lazarus 2006).

Kaksi merkittävintä ihmisen käyttämää selviytymisen strategiaa ovat ongelmakeskeinen selviytyminen ja tunnetilakeskeinen selviytyminen (Sundeen ym. 1998; Lazarus & Lazarus 2006, Giske & Gjengedal 2006; Drageset ym. 2010). Ongelmakeskeisessä selviytymisessä ihminen yrittää muuttaa sitä ympäristöä, jonka kokee itselleen stressiä aiheuttavana. Tunnekeskeisessä selviytymisessä ihminen pyrkii käsittelemään tunnistamaansa stressiä aiheuttavaa ongelmatilannettaan keskittäen ajatuksensa toivoon ja optimistisiin ajatuksiin. Hän välttelee pahimman ajattelemista. (Lazarus & Lazarus 2006; Giske & Gjengedal 2006; Carver & Connor-Smith 2010.)

Käytettyjen selviytymisen strategioiden vaikuttavuus ja erilaisten selviytymisen keinojen yhteensopivuus eivät ole aina samanlaisia, vaan ne vaihtelevat tilanteiden mukaan (LaMontage ym. 2004). Potilaan ja läheisen selviytymiskäyttäytyminen voi olla joko selviytymistä edistävää tai estävää, tai heidän lähestymistapansa voi olla ongelmakeskeistä tai aktiivista selviytymiseen pyrkimistä (Friedman ym. 2003.)

Leikkauspotilaan selviytymisen käyttäytymistä ja sen yhteyttä potilaan toipumiseen eri näkökulmista on tutkittu aiemmin jonkin verran. Aikuisen leikkauspotilaan selviytymistä on tutkittu aiemmin polven tähytystutkimuksessa olleiden potilaiden (Gammon & Mulholland 1996/ a ja b; Rosenberger ym. 2004), sairaalahoidossa olleiden mahatutkimuspotilaiden (Giske & Gjendal 2006), leikkausta odottavien potilaiden (Krohne ym. 2000; Drageset ym. 2010), aivoverenvuotopotilaiden (Hedlund ym. 2010), skolioosipotilaiden (LaMontage ym. 2004), syöpäpotilaiden (Dropkin 2001; Urcuyo ym. 2005; Luszczynska ym. 2007) ja äkillisesti sairastuneiden poti-

laiden (Gustafsson & Ahlström 2006) osalta sekä leikkauspotilaiden hoidon jälkeen (Kopp ym. 2003). Tutkimuksissa aikuiset leikkauspotilaat ovat olleet hyvin erilaisista potilasryhmistä ja niissä potilaiden selviytymistä ei ole tarkasteltu pidempänä ajanjaksona. Tutkimukset ovat rajoittuneet potilaiden leikkaushoitoa edeltävään aikaan tai potilaan sairaalassaoloaikaan.

Selviytymiseen vaikuttavat voimavarat jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin. Sisäisiä voimavaroja ovat potilaan ja läheisen omat voimavarat, joihin vaikuttavat esimerkiksi heidän oppimansa tavat toimia erilaisissa tilanteissa. Potilaan ja läheisen ulkoisiin voimavaroihin kuuluu tärkeänä osana kokemus saadusta sosiaalisesta tuesta. (Lazarus & Folkman 1984.) Sosiaalisen tuen muotoja ovat tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki (Rantanen 2009), joiden saaminen ja vastaanottaminen ovat potilaan ja läheisen selviytymisvoimavara (Lazarus & Folkman 1984).

Sosiaalisen tuen välittyminen hoitohenkilökunnalta potilaalle ja läheiselle ei ole aina ongelmatonta ja edellyttää hoitohenkilökunnalta tuen tarpeen tunnistamista (Koivula 2002; Gustafsson & Ahlström 2006). Hoitohenkilökunnalta saadun sosiaalisen tuen avulla potilas ja läheinen voivat käsitellä mahdollisia pelkojaan, ja samalla hoitohenkilökunta voi edistää heidän turvallisuuden tunnetaan ja selviytymistään (Koivula 2002). Hoitohenkilökunnan tietoisuus potilaan kokeman pelon tunteen ja selviytymisen välisestä suhteesta auttaa heitä tunnistamaan ne potilaat, jotka eivät hallitse senhetkisessä tilanteessaan itseään ja tarvitsevat apua (Gustafsson & Ahlström 2006).

Aikaisempien tutkimusten perusteella leikkaushoidon läpikäyneen potilaan omilla toimintatavoilla on yhteyttä heidän lopulliseen selviytymiseensä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu lähinnä aikuisten potilaiden omia toimintatapoja, selviytymiskäyttäytymistä, tyytyväisyyttä ja stressin kokemuksia hyvin erilaisissa potilasryhmissä. Potilaan aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa, aktiivinen pyrkimys selviytymiseen ja onnistunut leikkauksen jälkeinen selviytyminen ovat yhteydessä toisiinsa (LaMontage ym. 2004; Hedlund ym., 2010). Potilaat pyrkivät näillä keinoin vaikuttamaan lopulliseen toipumiseensa (LaMontage ym. 2004). Jokaisen potilaan selviytymiskäyttäytyminen on yksilöllistä (Friedman ym. 2003, Drageset ym. 2010). Tutkimustulokset potilaan selviytymiskäyttäytymisen ja fyysisen toipumisen väliltä ovat sekalaisia. Leikkauksen jälkeen potilaan kotona selviytyminen ja suhteet perheen muihin jäseniin ja omaisiin voivat muuttua (Salmenperä ym. 2002). Leikkauspotilaan selviytymiskäyttäytyminen voi vaikuttaa leikkauksen jälkeiseen fyysiseen terveydentilaan, sopivaan leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon, leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen ja itsensä hoitamiseen (Rosenberger ym. 2004.). Leikkauksen jälkeen

potilaan arjessa selviytymistä vaikeuttavat myös työkyvyttömyys ja vapaa-ajan toiminnan rajoittuminen. Nämä kaikki vaikuttavat potilaan mielialaan ja elämänlaatuun. (Salmenperä ym. 2002.) Tutkittaessa potilaiden tyytyväisyyttä omaan elämäänsä ja käytettyjen selviytymisen keinojen vaikutuksia leikkauksesta selviytymiseen toipumisen on todettu vaikeutuneen niillä potilailla, jotka ovat olleet tyytymättömiä omaan elämäänsä ja kokeneet, etteivät hallitse itseään senhetkisessä tilanteessaan. (Kopp ym. 2003.) Selviytyäkseen leikkaushoitonsa odottamisesta syöpää sairastaneille potilaille on ollut tärkeää pitää itsensä aktiivisena ja olla ajattelematta tulevaa leikkausta. He ovat halunneet nauttia elämästään ja jakaa toisille omia tunnekokemuksiaan sekä ajatella positiivisesti ja varautua pahimpaan. (Drageset ym. 2010.) Potilaat kokevat usein leikkauksen stressaavana, ja heidän henkinen kuormittumisensa voi vaikuttaa negatiivisesti leikkaukseen valmistautumiseen ja sen jälkeiseen toipumisen aikaan (Krohne ym. 2000).

Aikaisemmin tutkimuksissa selviytymisen mittaaminen on keskittynyt lähinnä potilaan stressin, selviytymisen strategioiden, käyttäytymisen, potilaiden ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden, itsensä hoitamisen ja sosiaalisen aktiivisuuden mittaamiseen. Tutkimuksissa selviytymistä ei ole mitattu sekä sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja myöhemmin potilaan toipumisen aikana. Leikkausta odottavien potilaiden leikkauksesta aiheutuneesta stressistä selviytymistä on tutkittu aiemmin COSS-mittarilla (Coping with Surgical Stress Scale), jonka on osoitettu olleen validi leikkaukseen odottavien potilaiden leikkaukseen liittyvän selviytymisen mittaamisessa (Krohne ym. 2000). Potilaiden henkistä stressaantuneisuutta on tutkittu mittaamalla heidän ahdistuneisuuttaan ja masentuneisuuttaan mittavalla mittarilla (Gustafsson & Ahlström 2006). Potilaan käyttämien selviytymisen strategioiden mittaamisessa on käytetty COPE-mittaria (Luszczynska ym. 2007), WCQ-mittaria (Ways of Coping Questionnaire) (Dropkin 2001) ja JCS-mittaria (Jalowiec Coping Scale) (Hedlund ym. 2010). Potilaiden itsensä hoitamisen aktiivisuutta ja sosiaalista aktiivisuutta on mitattu aiemmin CBS-mittarilla (Coping Behaviors Score) (Dropkin 2001).

Aikaisemmissa tutkimuksissa selviytymiskokemusten tutkiminen läheisten kohdalta on ollut vähäistä. Perheen selviytymisen näkökulmasta läheiset ovat kokeneet potilaan leikkauksen jälkeisen ajan stressaavana, jatkuvana rasituksena, pelottavana ja ahdistavana (Buchanan ym. 2000; Tastan ym. 2011). Läheiset ovat olleet tyytymättömämpiä ja stressaantuneempia potilaan toipumisen aikana, jos potilas on ollut jo iäkkäämpi. (Rydholm Hedman ym. 2011.) Perheelle on potilaan sairaudesta selviytymisen kannalta tärkeää toisten ihmisten antama sosiaalinen tuki (Kyngäs

1999; Tastan ym. 2011). Läheisen antamaa emotionaalista ja informatiivista tukea potilaalle on mitattu aiemmin BSSS-mittarin (Berlin Social Support Scales) avulla (Luszczynska ym. 2007).

Tässä tutkimuksessa potilaan ja läheisen selviytymisellä tarkoitetaan Lazarusin ja Folkmanin (1984) määritelmää selviytymisestä voimavarojen näkökulmasta. Potilaassa ja läheisessä leikkauksen jälkeen eri ajankohtina tapahtuneita muutoksia tarkastellaan selviytymisen sisäisenä ja ulkoisena voimavarana. Ulkoisella voimavaralla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan antamaa tukea potilaalle ja läheiselle. Sosiaalisen tuen saaminen ja vastaanottaminen ovat osa potilaan ja läheisen selviytymisprosesseja.

Aikaisempi tutkimustieto selviytymisestä on painottunut lähinnä potilaisiin. Selviytymisen tutkiminen on painottunut joko leikkausta edeltävään aikaan tai sairaalassaoloaikaan. Leikkauspotilaiden selviytymisestä ja niiden yhteydessä olevien voimavarojen ja ulkoisen tuen vaikutuksista potilaalle ja perheelle on tietoa hajanaisesti. Perheen selviytymisen osalta tiedot läheisen selviytymisestä ja hoitohenkilökunnan antaman sosiaalisen tuen välittämisestä ovat vähäiset.

2.2.2 Potilaan ja läheisen sisäiset voimavarat

Tässä kappaleessa käsitellään yhtenä kokonaisuutena leikkaushoidon läpikäyneen potilaan ja läheisen selviytymiseen yhteydessä olevia sisäisiä voimavaroja ja niiden sisältöä. Sisäisissä voimavaroissa käydään lyhyesti läpi leikkaushoidon läpikäymisen yhteyttä potilaaseen. Kappaleessa keskitytään tarkemmin potilaan omien odotusten ja toimintatapojen tarkasteluun, potilaiden tyytyväisyyteen ja sen yhteyttä potilaan käyttämiin selviytymisen keinoihin. Kuvataan sairaalaympäristön vaikutusta potilaaseen ja läheiseen, potilaan terveydentilan yhteyttä hänen selviytymisen käyttäytymiseensä ja selviytymisen strategioihin ja potilaan elämänlaatua. Voimavarojen näkökulmasta käydään läpi myös läheisen antaman tuen merkitystä potilaan terveydentilaan ja läheisen oman terveydentilan yhteyttä hänen selviytymiselleen.

Leikkauksen läpikäymistä pidetään potilaalle suurta stressiä aiheuttavana tekijänä, johon liitetään potilaan leikkausta edeltävien tunteiden vaikutukset potilaan leikkauksen ja toipumisen aikaan (Ramnarine-Sign 1999; Krohne ym. 2000). Stressiä aiheuttavina tekijöinä pidetään leikkausta itsessään, leikkauksessa käytettävään anestesiamuotoon liittyviä fyysisiä vaaratekijöitä ja leikkauksen jälkeistä kipua (Krohne ym. 2000). Potilaan sopeutuminen leikkaukseen liittyvään tilanteeseen on refleksinomainen automaattinen suojautumisen toimintatapa, ja se motivoi häntä hyödyn-

tämään selviytymisen mahdollisuuksiaan, joita hän tarvitsee siinä tilanteessa (Sundeen ym. 1998).

Tässä luvussa tarkastellaan aikaisempien tutkimusten tuloksia potilaiden leikkaukseen liittyneistä kokemuksista, leikkaushoidon yhteyksiä potilaiden ja läheisten terveydentilaan potilaan leikkauksen jälkeen sekä näiden vaikutuksia läheisiin ja perheisiin. Aikaisemmat tutkimukset on valikoitu tähän kirjallisuushakujen pohjalta, ja niissä on tutkittu potilaiden odotuksia leikkausta ja leikkauksesta toipumista kohtaan.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut esille potilaiden omaan sairauteensa suhtautumisen muutokset tai leikkaushoidon tulosten ennustettavuus ennen leikkaushoitoa (Lepola ym. 2001; denBoer ym. 2006/b). Lepolan ym. (2001) mukaan osa potilaista voi ennen leikkausta suhtautua omaan sairauteensa pelottomasti ja rauhallisesti. Osa potilaista on pelokkaita ja masentuneita. Potilaat voivat olla huolissaan tulevaisuudestaan leikkauksen jälkeen, ja he voivat kokea oman ruumiinkuvansa muuttuneen. Potilaat haluavat osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, ja he luottavat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. (Lepola ym. 2001.)

den Boerin ym. (2006) mukaan potilaiden tiedollisia taitoja ja käyttäytymistä mittaavien mittareiden avulla voidaan ennustaa potilaiden leikkaushoidon tulosten saavuttamista ennen leikkausta. Potilaan tiedollisia taitoja ja käyttäytymistä mittavia muuttujia ovat potilaiden pelot uudelleen sairastumisesta, selviytymisen käyttäytyminen ja negatiiviset ajatukset leikkauksen lopputuloksesta. (den Boer ym. 2006/b.)

Potilaiden omilla odotuksilla on merkittävä osuus heidän selviytymisessään, ja niiden puute voi johtaa myös työhön paluun viivästymiseen (Saban & Penckofer 2007; Johansson ym. 2010). Sabanin ja Penckoferin (2007) mukaan potilaiden odotukset leikkausta ja siinä saavutettavia lopputuloksia kohtaan ovat yleensä korkeat. Heidän odotuksensa voivat vaikuttaa merkittäväällä tavalla toipumiseen ja kokemuksiin saavutetusta elämänlaadusta. Selkäleikkauspotilaiden kohdalla tutkimuksessa havaittiin potilaiden erittäin myönteisen ja toiveikkaan elämänasenteen sekä leikkaukseen liittyneiden odotusten täyttymisen olleen yhteydessä potilaiden parempaan elämäntilaan leikkauksen jälkeen. (Saban & Penckofer 2007.)

Johanssonin ym. (2010) tutkimuksessa havaittiin leikkauksen jälkeen potilaiden työhön paluuseen liittyvien odotusten vähäisyyden olleen merkittävä tekijä, jonka avulla voitiin ennustaa potilaan kuvaaman kivun määrää, työkyvyttömyyttä ja sairaaloman tarvetta. Hoitotyössä potilaiden työhön paluun odotusten kartoittaminen auttaa tunnistamaan ajoissa ne potilaat, joilla on suurempi riski pidempiaikaisen työkyvyttömyyden ja sairaalomatarteen syntymiseen. (Johansson ym. 2010.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut esille potilaiden omien toimintatapojen merkitys heidän selviytymisensä mahdollistajana. Tässä tilanteessa korostui hoitohenkilökunnan merkittävä rooli potilaan selviytymisen tukijana. (Dropkin 1999; Kopp ym. 2003; LaMontage ym. 2004; Drageset ym. 2009; Yilmaz ym. 2011.) Dragesetin ym. (2010) tutkimuksessa naispotilaiden rintasyöpäleikkauksen odottamisen ja leikkauksen välisenä aikana potilaiden käyttämä merkittävä selviytymisen keino oli tunnereaktioiden välttäminen. Naisten selviytymisen keinot olivat joiltakin osin keskenään samankaltaisia, mutta heistä jokainen pyrki selviytymään omalla yksilöllisellä tavallaan. (Drageset ym. 2010.)

LaMontagen ym. (2004) mukaan potilaat olivat joko entistä valppaampia tai välttelivät selviytymistään sen mukaan, oliko kyseessä leikkausta edeltävä vai sen jälkeinen vaihe. Sairaalahoidon aikana potilaat olivat valppaana selviytyäkseen leikkauksestaan. Myöhemmin, toipumisen aikana potilaat eivät olleet enää niin kiinnostuneita selviytymisestään. Potilaiden selviytymisestä kiinnostuminen näkyi aktiivisempaan osallistumiseen aikaisempiin ja uusiin asioihin sekä sosiaalisena aktiivisuutena. Hoitotyössä potilaita tulee rohkaista siihen, että leikkauksella saavutettavat tulokset eivät näy välttämättä heti, vaan niiden saavuttaminen voi kestää jopa useamman kuukauden. Potilaiden selviytymisen prosessin ymmärtämisen ja siihen puuttumisen avulla voidaan auttaa potilaita selviytymään leikkauksestaan hyvin myös toipumisen aikana. (LaMontage ym. 2004.)

Dropkinin (1999) mukaan potilaiden oma aktiivinen ote selviytymiseensä ennen leikkausta ennusti, millaista selviytymisen käyttäytyminen tulisi olemaan leikkauksen jälkeen. Potilaiden selviytymisen kuvaamisessa käytettiin vertailukohteena potilaiden fyysisen toimintakyvyn vajausta suhteessa sairaalassaoloajan pituuteen. Potilaiden kokemus omasta ahdistuneisuudestaan ennen leikkaustaan ja sen jälkeen määriteltiin erikseen, ja sen yhteyttä potilaiden selviytymisen käyttäytymiseen tutkittiin. (Dropkin 1999.) Yilmaz ym. (2011) ovat tutkineet potilaan leikkausta edeltävän ahdistuneisuuden yhteyttä potilaan sosiaalisen tuen tarpeeseen. Tulokset osoittivat, ettei potilaan iällä ollut yhteyttä potilaan kokemaan ahdistuneisuuteen. Potilaat, joilla oli pidempi koulutustausta, olivat vähemmän ahdistuneita kuin potilaat, joilla oli lyhyempi koulutustausta. Avioliitossa olleet potilaat kokivat vähemmän ahdistuneisuutta, ja he kokivat saavansa myös enemmän tukea sairaalassa. Samalla he tarvitsivat myös vähemmän kipulääkitystä ja toipuivat nopeammin kuin vähemmän sosiaalista tukea saaneet potilaat. Potilaiden sosiaalisen tuen saaminen hoitohenkilökunnan lisäksi perheeltä ja ystäviltä auttoi heitä selviytymään stressiä aiheuttavasta leikkauksesta. (Yilmaz ym. 2011.)

Kopp ym. (2003) ovat tutkineet, millä tavoin potilaiden tyytyväisyys omaan elämäänsä ja heidän käyttämänsä aktiiviset selviytymisen keinot selittävät potilaiden leikkauksesta selviytymistä. Tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden psyykkisten tekijöiden vaikutusta leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Lisäksi tutkittiin, oliko muilla tekijöillä kuin potilaan ahdistuneisuudella merkitystä potilaiden leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Leikkauksen jälkeen potilaiden toipumiseen vaikutti heidän huolestuneisuutensa. Potilailla oli vaikeuksia leikkauksen jälkeisen toipumisen aikana, jos he olivat tyytymättömpiä omaan elämäänsä ja kokivat hallitsevansa itsensä huonommin toipumisensa aikana. (Kopp ym. 2003.)

Sairaalaympäristöstä aiheutuu myös läheisille ja perheelle stressiä potilaiden hoitoympäristöä koskevien erilaisten tunteiden ja fyysisten kokemusten kautta. Kokemukset sairaalasta kuvataan usein kysymyksiä herättäviksi, ja ne saavat aikaan pelon, vihan, avuttomuuden ja eristäytyneisyyden tunteita. (Tusek & Cwynar 2000.) Buchananin ym. (2000) mukaan leikkauspotilaan sairaudesta aiheutuu läheiselle psyykkistä stressiä ja perheeseen kohdistuvan taakan koetaan lisääntyneen. Potilaan, läheisen ja hoitavan lääkärin arviot potilaan terveydentilasta poikkeavat toisistaan. Perheestä läheiset kuvaavat potilaan leikkauksen jälkeistä terveydentilaa usein negatiivisemmin kuin potilasta hoitanut lääkäri. (Buchanan ym. 2000.)

Potilaiden kokemukset terveydentilastaan ja mielialastaan ja arviot senhetkisestä elämäntilanteesta leikkauksen jälkeen voivat olla samankaltaisia, vaikka potilaat arvioisivat kokemukset kivuistaan ja fyysisen toimintakykynsä parantumisestaan eri tavoin eri potilasryhmissä (Salmon ym. 2001). Potilaan terveydentilaa ja vaikutuksia selviytymiseen on tutkittu aiemmin vähän leikkauspotilaiden kohdalla. Aikaisemmissa tutkimuksissa on noussut esille potilaiden fyysisen toipumisen vaikutukset heidän terveydentilaansa, selviytymisen käyttäytymiseen ja strategioihin, stressin kokemiseen ja työkykyyn (Gammon & Mulholland 1996 a/b; de Groot ym. 1997; Dropkin 2001; Salmon ym. 2001; Rosenberger ym. 2004; denBoer ym. 2006; Giske & Gjengedal 2006; Gustafsson & Ahlström 2006; Urcuyo ym. 2005; Hedlund ym. 2010; Johansson ym. 2010).

Leikkauksen jälkeen potilaiden fyysisen toimintakyvyn parantuminen ja kipujen vähentyminen ovat vaikuttaneet potilaiden mielialaan ja terveyden kokemiseen ja vähentänyt heidän väsymystään (Salmon ym. 2001). Rosenberger ym. (2004) ovat tutkineet aiemmin polvileikkauksessa olleiden potilaiden kohdalla leikkauksesta selviytymistä ja heidän toipumistaan. Tutkimuksessa tarkasteltiin aktiivisen ja välttelevän selviytymisen käyttäytymisen fyysisiä vaikutuksia potilaaseen. Potilaiden fyysiseen toipumiseen tarvittavalla ajalla ja leikkauksesta selviytymisen välillä ei havaittu olevan

yhteyttä toisiinsa. Potilaiden kipukokemukset eivät olleet yhteydessä heidän selviytymiseensä, eikä potilaan aktiivisella jaksamisella, toipumiseen tarvittavan ajan ja potilaan paremman selviytymisen välillä ollut yhteisvaikutusta toisiinsa. Potilaiden fyysisessä toimintakyvyssä oli eroja riippuen siitä kokivatko he selviytyvänsä paremmin vai heikommin leikkauksen jälkeen. (Rosenberger ym. 2004.)

Potilaiden psyykkiseen terveydentilaan liittyy se, miten potilaat kokevat hallitsevansa oman tilanteensa sairaalahoitonsa aikana (Giske & Gjengedal 2006; Gustafsson & Ahlström 2006). Gustafssonin ja Ahlströmin (2006) mukaan potilaiden tyypillisimpiä selviytymisen strategioita äkillisessä sairastumisen tilanteessa on, että he pyrkivät selviytymään pitämällä tilanteensa hallinnassa ja tarkastelemaan mahdollisimman objektiivisesti vastaantulevia mahdollisia ongelmatilanteita. Potilaat kokevat yleisemmin, etteivät he olleet ahdistuneita, jos he pyrkivät selviytymään hyväksymällä tilanteensa sellaisena kuin se on tai ajattelemaan, ettei heillä ole mitään hätää. (Gustafsson & Ahlström 2006.) Potilaat odottavat sairaalahoitonsa aikana hoitohenkilökunnan ymmärtävän heidän tilanteensa, ja potilaat odottavat hoitohenkilökunnan olevan heidän tukijoitaan. Hoitohenkilökunta voi tukea potilaita ohjaamalla, kunnioittamalla heidän yksityisyyttään ja valmistelemalla heitä kohtaamaan sairaalahoidon aikana vastaan tulevat asiat ja elämänsä sairaalahoidon jälkeen. (Giske & Gjengedal 2006.)

Potilaiden leikkaukseen valmistautumista ja sen vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen selviytymiseen leikkauksen jälkeen on tutkittu aiemmin polvileikkauksessa olleiden potilaiden kohdalla. Tutkimuksissa leikkausta edeltävillä toimenpiteillä, kuten potilaiden ohjaamisella, vaikutettiin positiivisella tavalla siihen, miten potilaat kokivat selviytyneensä fyysisesti ja psyykkisesti leikkauksensa jälkeen (Gammon & Mulholland 1996 a/b). De Grootin ym. (1997) mukaan potilaiden ahdistuneisuus ja väsymys ennen leikkausta olivat yhteydessä potilaiden fyysiseen terveydentilaan liittyviin vaipeihin leikkauksen jälkeen. Potilaiden selviytymisen käyttäytymisen ei sen sijaan havaittu olleen yhteydessä potilaiden leikkauksen jälkeiseen ahdistuneisuuteen tai fyysiseen terveydentilaan liittyviin vaipeihin. (De Groot ym. 1997.)

Dropkin (2001) on tutkinut pään ja kaularangan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden ahdistuneisuuden, selviytymisen strategioiden ja selviytymisen käyttäytymisen välisiä yhteyksiä. Leikkauksen jälkeen potilaiden itsensä hoitamisen aktiivisuudella oli yhteyttä potilaiden ahdistuneisuuden kokemuksiin ja sitä kautta potilaiden psyykkisen terveydentilaan. Potilaiden psyykkiseen terveydentilaan vaikuttanut ahdistuneisuus vähentyi viidentenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, samalla kun potilaan itsensä hoitamisen aktiivisuus oli lisääntynyt. (Dropkin 2001.)

Selkäranganalueen leikkauksessa olleiden potilaiden leikkauksen jälkeisen terveydentilan vaikutuksia työhön paluuseen on tutkittu vähän. Potilaiden terveydentilaan vaikuttaneet kivut, työkyvyttömyys ja itsensä sairaaksi kokeminen vähentävät potilaiden työhön paluuseen liittyviä odotuksia. Tämän johdosta potilaiden työhön paluuseen liittyvien odotusten kartoittaminen on tärkeää, koska sen avulla voidaan tunnistaa ajoissa ne potilaat, joille on syntymässä tarve pidempiaikaiseen sairauslomaan ja työkyvyttömyyteen. (Johansson ym. 2010.)

Potilaiden elämänlaatua on pidetty aiemmin leikkauspotilaiden kohdalla yhtenä heidän terveyttään kuvaavana tulostittarina (Saban & Pencofer 2007). Ramperaudin ym. (2007) tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden kokemusta elämänlaatusa parantumisesta polvi-, lonkka- ja selkärangan alueen leikkauksen jälkeen. Tutkimuksessa vertailtiin potilaiden fyysisen ja henkisen terveydentilan muutoksia ennen leikkausta ja kaksi vuotta leikkauksen jälkeen. Parhaimpien tulosten saavuttaminen osoitti, miten tärkeää on valita leikkaushoitoon ne potilaat, jotka hyötyvät siitä kaikkein eniten. Potilaiden terveydentilan parantuminen vaikutti positiivisella tavalla heidän elämänlaatuunsa, ja leikkaushoidon hyödyt säilyivät myös tutkimuksen aikana. (Rampersaud ym. 2007.)

Selkärangan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden kokemuksia leikkauksen vaikutuksista terveydentilaansa ja kipujensa helpottumisesta leikkaushoitonsa jälkeen on tutkittu melko vähän. Sabanin ym. (2007) mukaan potilaiden kokemus fyysisen terveyteen liittyvästä elämänlaadusta parantui leikkauksen jälkeen. Tähän oli yhteydessä potilaiden fyysisen toimintakyvyn parantuminen ja kipujen vähentyminen leikkauksen jälkeen. Samalla potilaat kokivat väsymyksensä vähentyneen. Potilaiden saaman sosiaalisen tuen määrässä ennen tai jälkeen leikkauksen ei ollut havaittavissa muutoksia. (Saban ym. 2007.) Selkäleikkauspotilaiden leikkaushoidon vaikutuksia terveydentilaan ja sitä kautta elämänlaatuun on tutkittu kolmen kuukauden, kuuden kuukauden, yhden vuoden, neljän vuoden ja kahdeksan vuoden seurantaan. Kaikkina seuranta-ajankohtina potilaiden fyysisen ja psyykkisen terveydentilan havaittiin parantuneen ja kipujen vähentyneen ja elämänlaadun parantuneen. (Slover ym. 2006; Padua ym. 2007; Abbott ym. 2011). Hedlundin ym. (2010) mukaan psyykkisesti sairaiden potilaiden sairaushistoria ja heidän selviytymisensä olivat yhteydessä heidän kokemuksiinsa elämänlaadustaan. Psyykkisesti sairaiden potilaiden elämänlaadussa painottui enemmän henkiset kuin fyysiset asiat (Hedlund ym. 2010).

Läheisen antamalla tuella on merkitystä potilaalle, sillä Khanin ym. (2009) mukaan läheisen antamalla emotionaalisella tuella on myönteistä vaikutusta potilaan toipumisensa tuloksiin uskomisessa. Läheinen voi parantaa potilaan toipumisen tuloksia osittain vahvistamalla potilaan uskoa omaan toipumiseensa. Läheisen antama tuki

silloin, kun potilas ilmaisee olevansa epävarma, turhautunut tai järkyttynyt omasta leikkauksen jälkeisestä toipumisestaan, on merkityksellistä. (Khan ym. 2009.) Aikaisemmissa tutkimuksissa läheisen näkökulmasta on tutkittu hänen taitoaan arvioida osittain potilaan terveydentilaa ja toimia tällä tavoin potilaan terveydentilaa koskevien tietojen täydentäjänä. Abergelin ym. (2004) mukaan läheisen arvio suuressa pään alueen leikkauksessa olleen potilaan terveydentilasta ja sen vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun oli samantasoista kuin potilaalla. Arvioiden samantasoisuudesta huolimatta läheinen ei voi arvioida kuitenkaan kaikkea potilaan terveydentilaan liittyviä asioita, kuten kipua tai leikkauksen vaikutuksia potilaan tunteisiin. (Abergel ym. 2004.)

Potilaan sairastaminen ja siitä toipuminen heijastuvat myös läheisen terveyteen ja selviytymiseen (Wideheim ym. 2002; Majasaari ym. 2005; Åstedt-Kurki ym. 2004; Rydholm Hedman ym. 2010). Åstedt-Kurjen ym. (2004) tutkimuksen mukaan perheeseen kuuluvien jäsenten kokemaan terveyteen vaikuttaa myönteisesti erityisesti heidän keskinäiset suhteensa ja potilaan sairauden vähäiset vaikutukset perheen jokapäiväiseen elämään. Wideheimin ym. (2002) tutkimuksessa potilaan sairauden ja siitä toipumisen havaittiin aiheuttavan läheisille pelkoa, ahdistuneisuutta ja avuttomuutta. Läheinen pyrki selviytymään keskittymällä käytännön päivittäisen elämän asioihin, joiden hän koki olleen tärkeitä, ja samalla päivittäiset aiemmin tutuksi koetut tavat perheessä muuttuivat. Lisäksi läheinen käytti omana selviytymisen keinonaan omasta fyysisestä terveydestään huolehtimista selvitäkseen stressaavasta tilanteesta perheessä. Perheessä perheenjäsenten roolien havaittiin myös muuttuneen, kun läheinen huolehti potilaasta ja samalla läheisen psyykinen ja fyysinen taakka lisääntyi. Läheinen odotti hoitohenkilökunnalta tietoa potilaan sairaudesta ja toipumisesta sekä perheen ongelmien ja tulevaisuuden huolien ymmärtämistä. (Wideheim ym. 2002.) Rydholm Hedmanin ym. (2010) tutkimuksessa potilaan leikkauksen jälkeen läheisen psyykkiseen terveydentilaan vaikuttivat oma voimattomuuden tunne ja potilaan terveydentilan aiheuttama surullisuus. Läheiset kokivat tyytyväisyyttä potilaan toipumisen edistymisestä, ja potilaan toipumisen hidastumisen he kokivat rasittavana. Potilaiden psyykkisellä terveydentilalla oli merkitystä läheisen kokemuksiin enemmän kuin itse leikkauksella. (Rydholm Hedman ym. 2010.) Majasaaren ym. (2005) mukaan läheisten myönteisiä kokemuksia potilaan hoitamisesta voidaan tukea huomioimalla heidät potilaan hoitamisen yhteydessä. Potilaan sairaudesta aiheutuu läheisen psyykkiseen ja fyysiseen terveydentilaan muutoksia. Perheessä koetaan myös sosiaalisia muutoksia. Läheiset kokivat psyykkiseen terveydentilaansa vaikuttavan hermostuneisuuden, väsymyksen ja ahdistuneisuuden. Unettomuus vaikutti läheisten fyysiseen terveydentilaan. Potilaan sairaus vaikutti perheen päivittäiseen elämään ja taloudelliseen tilanteeseen.

Hoitohenkilökunta rohkaisi potilaita ja läheisiä käyttämään voimavarojaan ja auttoi perhettä uskomaan omiin hoitamisen taitoihinsa potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Hoitohenkilökunnan tuella oli vaikutusta potilaiden ja läheisten selviytymiseen leikkauksen jälkeen. (Majasaari ym. 2005.)

2.2.3 Potilaan ja läheisen selviytymisen ulkoinen tukeminen

Tässä luvussa tarkastellaan aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, miten potilaat ja läheiset kokivat tuen potilasta hoitaneilta henkilöiltä ja sen vaikutuksia potilaisiin, läheisiin ja perheisiin. Potilaan ja läheisen selviytymisen ulkoisessa tukemisessa keskittään potilaiden henkilökunnalta saamaan emotionaaliseen ja tiedolliseen tukeen, läheisen ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön, läheisen henkilökunnalta saamaan emotionaaliseen ja tiedolliseen tukemiseen, sekä käsitellään henkilökunnan antaman ohjauksen yhteyttä potilaan ja läheisen tiedollisessa tukemisessä. Aikaisemmat tutkimukset potilaiden ja läheisten leikkauskokemuksista ovat valikoituneet tähän kirjallisuushakujen pohjalta.

Lepolan ym. (2001) mukaan potilaat haluavat osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon ja he luottavat hoitajien ammattitaitoon ja pätevyyteen. Potilaiden kuvaamia parannusehdotuksia olivat kiireen ja hätiköinnin vähentäminen hoidon ilmapiiirin parantamiseksi, omahoitajan nimeäminen jokaiselle potilaalle ja leikkauksen jälkeisen hoidon parempi huomioiminen. (Lepola ym. 2001.) Sairaalahoidon aikana potilaat ovat kokeneet saavansa hoitohenkilökunnalta enemmän emotionaalista kuin tiedollista tukea. Omahoitajan nimeäminen vaikuttaa myönteisellä tavalla myös potilaiden tuen saamisen kokemuksiin. Sairaalaympäristöön liittyvät tekijät ja potilaiden tuen saamisen kokemukset olivat yhteydessä toisiinsa. (Mattila ym. 2010.) Sahlsten ym. (2007) ovat tutkineet hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa. Tutkimuksessa havaittiin, että potilaiden mahdollisimman suuri osallisuus omaan hoitoonsa edellytti hoitohenkilökunnalta läheistä suhdetta ja yhteydenpitoa potilaaseen, aktiivista vuorovaikutusta ja tasavertaista kohtaamista potilaan kanssa. Lähestymistavan tulee olla hoidollinen ja potilaan voimavaroihin keskittyvä, ja potilaalle tulee antaa mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Sahlsten ym. 2007.) Laxtonin ja Perrinin (2003) tutkimuksessa selkäleikkauspotilaat kokivat saaneensa enemmän sosiaalista tukea ja kokivat vähemmän stressiä elämäntilanteestaan, silloin kun he olivat tyytyväisiä leikkaushoitonsa tuloksiin ja elämänlaatuunsa.

Perheiden terveydenhuollon näkökulmasta perheeseen kuuluvien jäsenten selviytymiseen eri elämäntilanteessa vaikuttaa heidän hoitohenkilökunnalta saamansa tuki (Rantanen ym. 2010; Shyu ym. 2011). Hoitohenkilökunnalta edellytetään taitoa tunnistaa potilaiden ja läheisten yksilölliset tuen tarpeet (Koivula 2002; Jangland ym. 2010). Tuen tarpeisiin vastaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta erilaisten vuorovaikutustaitojen hallitsemista ja käyttämistä (Jangland ym. 2010). Läheisten tuen saamista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä, yhteistyösuhdetta hoitohenkilöstön kanssa eli vuorovaikutusta, on tutkittu aiemmin jonkin verran potilaan sairaalahoidon aikana (Perälä ym. 1999; Mattila ym. 2009; Rantanen ym. 2010; Åstedt-Kurki ym. 2001/b; Trimm & Sanford 2010; Liimatainen ym. 2011). Mattilan ym. (2009) tutkimuksessa potilaan sairaalahoidon aikana läheiset saivat hoitohenkilökunnalta emotionaalista tukea paremmin kuin tiedollista tukea. Läheisistä kuitenkin kolmasosa sai tukea huonosti. Lisäksi potilaan sairaalahoidon aikana hoitohenkilökunnan tulisi keskustella läheisen jaksamisesta ja selviytymistä edistävistä keinoista. Sairaalas-
sa vuodeosaston päivystysvaltaisuudella oli merkitystä läheisten saamaan emotionaalisen tuen määrään. Lisäksi hoitohenkilökunnalla havaittiin olevan keskeinen merkitys läheisten tiedollisina tukijoina. (Mattila ym. 2009.) Rantasen ym. (2010) pilottitutkimuksessa perheen tukemisesta perheiden kohtaaminen näytti toteutuvan melko hyvin ja myönteisenä. Hoitohenkilöstö koettiin luottamusta herättäväksi. Läheisen suhteella potilaaseen havaittiin olevan merkitystä siihen, miten konkreettisesti läheinen osallistui potilaan hoitamiseen. Lisäksi läheisen iällä oli merkitystä siihen, miten hoitohenkilökunnan kohtaaminen koettiin: nuoremmat kokivat kohtaamisen paremmaksi kuin iäkkäämmät. (Rantanen ym. 2010.) Potilaan leikkauksen aikana hoitohenkilökunnan tulee huolehtia myös sairaalassa odottavasta läheisestä. Läheinen tarvitsee tukea hoitohenkilökunnalta potilaan leikkaushoidon aikana selviytyäkseen psyykkisesti koko odottamisen ajan. (Trimm & Sanford 2010.) Liimataisen ym. (2011) mukaan läheiset kokevat sairaalassa saavansa tukea osallistuessaan potilaan hoitoon ja he haluavat olla osallisena potilaan hoitamisessa. Tästä huolimatta läheiset kokivat, ettei hoitohenkilökunta kannustanut heitä riittävästi osallistumaan potilaan hoitamiseen eikä heitä nähty luonnollisena osana potilaan hoitamisessa. (Liimatainen ym. 2011.)

Leikkauspotilaiden läheiset ovat Perälän ym. (1999) tutkimuksen mukaan kokee-
neet yhteistyösuhteensa hoitohenkilökunnan kanssa hyväksi potilaan sairaalahoidon aikana. Läheisten koulutustaustalla oli yhteyttä läheisten kokemuksiin potilaiden kuntoutuksen ja jatkohoitotiedon riittävyden osalta. Pidemmän koulutuksen saaneet olivat tyytymättömämpiä yhteistyöhön hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa kuin lyhyemmän koulutuksen saaneet läheiset. (Perälä ym. 1999.) Åstedt-Kurjen

ym. (2001) tutkimuksessa selvitettiin, millaista on hoitohenkilökunnan ja läheisten vuorovaikutus ja millä tavoin läheinen otetaan mukaan potilaan hoitamiseen. Tutkimuksessa havaittiin, että useimmissa sairaaloissa potilaiden läheisten läsnäoloa potilaan sairaalahoidon aikana pidetään tärkeänä. Hoitohenkilökunta suhtautui läheisiin kuitenkin enemmän potilaan terveydentilaa ja perhettä koskevan tiedon antajana. Hoitohenkilökunta piti läheisen läsnäoloa perhettä koskevien asioiden keskustelun yhteydessä tärkeänä. Keskusteluissa ei käsitelty kuitenkaan läheisten omaa terveydentilaa tai potilaan sairaudesta selviytymistä. Hoitajat olivat eniten yhteydessä potilaan läheisiin, ja yhteydenpidossa korostui potilaan sairaalahoidon jälkeiseen aikaan liittyvä hoitaminen, sairaalan yhteystietojen antaminen sekä potilaan sairaus ja sen ennuste. (Åstedt-Kurki ym. 2001/b.) Aura ym. (2010) ovat tutkineet aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saadusta tuesta potilaan sairaalahoidon aikana. Tutkimuksessa havaittiin läheisten olevan tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua potilaan hoitamiseen. Hoitohenkilökunnan kohtaaminen koettiin myönteiseksi, turvalliseksi ja kunnioittavaksi. Läheinen koki potilaille nimetyn omahoitajan kohtaamisen myönteisenä. Läheiset kokivat saavansa riittämättömästi omaa jaksamistaan tukevaa tietoa. Läheiset toivoivat, että heitä ja potilasta kuullaan, huomioidaan ja tuetaan ja että heille annetaan tietoa. Läheiset odottavat hoitohenkilökunnan olevan aloitteellinen keskustelujen käynnistäjänä. Lisäksi he toivovat mahdollisuutta osallistua potilaan hoitamisen suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Aura ym. 2010.)

Potilaan ja läheisen kokemuksia tuen saamisesta on tutkittu aiemmin kriittisesti sairaiden ja päiväkirurgisten potilaiden sekä leikkauspotilaan anestesian aloituksen vaiheessa (Gilmartin & Wright 2008; Mayne & Bagaoisan 2009; Cypress 2010; Mottram 2011; Moore ym. 2012). Hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli potilaiden ja läheisten yhdessä hoitamisen osalta. Kriittisesti sairaan potilaan hoitamisessa perheen sisällyttäminen potilaan päivittäiseen hoitamiseen on tärkeää. Läheisiä tulee rohkaista kyselemään potilaan hoitamiseen liittyvistä asioista. Riittävä tiedon saaminen auttaa läheistä ymmärtämään potilaan ja perheen tilannetta sekä vähentää läheisen negatiivisia tunnereaktioita. (Cypress 2010.) Mottram (2011) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan antama tuki osoittautui puutteelliseksi päiväkirurgisten leikkauspotilaiden kohdalla. Gilmartinin ja Wrightin (2008) tutkimuksessa havaittiin, että hoitohenkilökunta ei tunnistanut riittävästi potilaiden psyykkisen tukemisen merkitystä. Potilaiden hoitamisen kehittämiseksi on tärkeää kehittää potilaiden emotionaalista tukemista ja potilaskeskeistä hoitoa. Mooren ym. (2012) tutkimuksessa läheisten tyytyväisyys saamaansa tukeen potilaan sairaalahoidon aikana parantui, kun hoitohenkilökunta piti heihin säännöllisesti yhteyttä (Moore ym. 2012). Maynen ja

Bagaoisanin (2009) tutkimuksessa havaittiin, että leikkausosastolla hoitohenkilökunta voi tukea leikkauspotilasta anestesian aloituksen yhteydessä potilaan mukana olevan tukihenkilön avulla. Leikkauspotilaan ahdistuneisuudella on psyykkisiä ja fyysisiä vaikutuksia mielialaan, käyttäytymiseen ja elintoimintoihin. Tukihenkilön mukaan ottaminen potilaan leikkausosastolla tapahtuvan hoidon aloitusvaiheeseen edellyttää uudenlaista ajattelutapaa leikkausosaston hoitohenkilökunnan toiminnassa ja edellyttää erittäin huolellista suunnittelua. (Mayne & Bagaoisan 2009.)

Luszczynskan ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin, että potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen naisläheiset tukivat potilasta miesläheisiä enemmän. Potilaan selviytymisen käyttäytyminen vaikutti siihen, millä tavoin läheinen tuki potilasta toipumisen myöhäisemmässä vaiheessa. (Luszczynska ym. 2007.) Okkosen ja Vanhasen (2006) seurantatutkimuksessa havaittiin potilaan leikkaushoidon jälkeen perheen tuen suojelevan ja edistävän potilaan terveyttä. Tulokset vahvistivat käsitystä siitä, että hoitotyössä on tärkeää pitää huolta myös niistä potilaista, joiden ei ole mahdollista saada tukea perheeltään tai jotka asuvat yksin. (Okkonen & Vanhanen 2006.) Shyun ym. (2011) seurantatutkimuksessa vuosi potilaan leikkauksen jälkeen korostuivat hoitohenkilökunnan käyttöön tarkoitetut interventiomenetelmät, joiden avulla läheisten selviytymistä voidaan tukea (Shyu ym. 2011).

Potilalle annettavalla tiedolla vähennetään oman sairauden aiheuttamaa ahdistuneisuutta ja parannetaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. Potilaan luottamusta omaan toipumiseensa voidaan vahvistaa suosittelemalla hänelle erilaisia opaslehtisiä ja fyysisiä harjoittelua. (Alaselkäsairaudet: Käypä hoito -suositus 2008.)

Potilaiden kokemuksia hoitohenkilökunnalta saadusta tiedosta on tutkittu aiemmin päiväkirurgisten potilaiden kokemana (Gilmartin 2007; Banner ym. 2011; McCloud ym. 2011). Potilaiden odotuksia tiedon saamisesta ja heidän saamansa tiedon välistä yhteyttä on tutkittu aiemmin trauma-, vatsakirurgia, urologia-, sydän- ja keuhkopotilaiden sairaalahoidon aikana (Rankinen ym. 2007). Hoitohenkilökunnan arvioimana on tutkittu potilasohjaukseen liittyneen tiedon ja ohjausmateriaalin laatua ja ohjauksen resursointia (Kääriäinen & Kyngäs 2005 ja 2010; Salanterä ym. 2005), ja kirjallisuuskatsauksina on tarkasteltu hoitohenkilökunnan ohjauksen mittaamista ja ohjauksen vaikutuksia potilaaseen (Johansson ym. 2004; Johansson 2005). Lisäksi on tutkittu leikkauspotilaiden ohjausta ja sen vaikutusta potilaan elämänlaatuun (Leino-Kilpi ym. 2005) ja hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia tukea tiedon avulla potilaan kotona selviytymistä leikkaushoidon jälkeen (McMurray ym. 2007). Potilaan ja läheisen saamaa ohjausta on tutkittu aiemmin päivystyspotilaiden ja päiväkirurgisten leikkauspotilaiden kohdalla (Paavilainen ym. 2012; Boughton & Halliday 2009).

Tutkittaessa potilaiden ja hoitajien käsityksiä potilaiden tiedon saamisesta tulokset osoittivat hoitohenkilökunnan ymmärtävän puutteellisesti leikkauspotilaiden tiedon tarpeita (Yiu ym. 2010).

McCloudin ym. (2011) mukaan päiväkirurgisten leikkauspotilaiden kokemukset lyhyenä sairaalassaoloaikana keskittyivät heidän kipuunsa, pahoinvointiinsa, itsensä hoitamisen ongelmiin ja ahdistuneisuuteensa. Siksi hoitotyössä tulee keskittyä laajemmin potilaiden tarpeisiin. Hoitohenkilökunta voi parantaa potilaiden hoitokokemuksia huolehtimalla riittävästä tiedon jakamisesta. (McCloud ym. 2011.) Bannerin ym. (2011) tutkimuksessa havaittiin, että leikkauspotilaat joutuivat luopumaan tavanomaisista harrastuksistaan ja tehtävistään. Toipumisensa edistyessä leikkauspotilaat hyväksyivät muuttuneen terveydentilansa ja määrittivät itselleen uudelleen normaalin olotilansa. Tämän vuoksi potilaiden hoitamisessa on tärkeää kehittää eri sukupuolten tarpeita huomioivaa terveystasvatusta ja palveluita. (Banner ym. 2011.) Gilmartinin (2007) mukaan potilaille annettavan tiedon tulee olla oikea-aikaista. Potilaat kokivat suullisen ohjauksen riittämättömänä. Selviytymiselle stressaavana koettiin erilaiset fyysiset oireet, joille potilaat eivät osanneet tehdä mitään. Potilaiden tiedollinen tukeminen korostui tärkeänä tuen muotona, jotta potilaat osaisivat hoitaa itseään ja hyödyntää terveystasvatusta. (Gilmartin 2007.)

Rankisen ym. (2007) tutkimuksen mukaan leikkauspotilaat saivat tiedollista tukea vähemmän kuin odottivat saavansa. Puutteellisten tietojen osa-alueet olivat potilaan fyysinen terveydentila, toimintakyky, kokemuksiin perustuvat tiedot sekä eettiset, sosiaaliset ja taloudelliset asiat. Potilaiden tiedollisessa tukemisessa korostui ohjauksen kehittämisen tarpeet kaikilla puutteellisten tietojen osa-alueilla. Kaikkein ongelmallisimpia olivat kokemuseräiset ja eettiset tiedot sekä sosiaaliseen ja taloudelliseen tilanteeseen liittyvät tiedot. (Rankinen ym. 2007.)

Riittävä tiedon saaminen ohjauksen avulla tukee potilaan tyytyväisyyttä. Potilaan tiedon saamisen tarpeet kohdistuvat hänen sairauteensa ja sen hoitamiseen sekä näistä selviytymiseen. Potilaat ovat kokeneet myös sairauteensa liittyvien tunteiden käsittelyn puutteelliseksi. Hoitohenkilökunnalle haastavinta on tunnistaa potilaiden tarpeet niiden yksilöllisyyden vuoksi. Potilaiden tukemisessa kirjallinen ohjausmateriaali koetaan suullista ja audiovisuaalista ohjausta tukevana. Ohjaamisella vaikutetaan positiivisesti potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään. Potilaat toivovat läheisensä olevan mukana ohjaustilanteissa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Potilaille ja läheiselle annettavat kirjalliset ohjeet ovat tärkeitä tiedon välittämisen menetelmiä ja osa hyvää hoitoa. Potilaat arvostavat saamiaan kirjallisia ohjeita, mutta ne ovat hyödyllisiä vain, jos ne ovat ymmärrettäviä ja potilas noudat-

taa niitä. (Montin 2008.) Salanterän ym. (2005) tutkimuksessa potilaille jaettavan kirjallisen ohjamateriaalin laatua on tutkittu ulkoasun, opetuksellisen sisällön, kielen, rakenteen ja luottavuuden osalta. Potilasohjeiden havaittiin olevan ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan asiallisia. Puutteellisuutena havaittiin vaikea luottavuus ja opetuksellisuus. Potilasohjeiden parantamiseksi ohjeisiin tulisi sisällyttää potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvän tiedon lisäksi potilaan omaa selviytymistä ja voimavarojen tukemista edistävää tietoa. (Salanterä ym. 2005.) Hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilasohjausta on tutkittu ohjausresurssien ja toteuttamisen osalta (Kääriäinen & Kyngäs 2010). Kääriäisen ja Kyngäksen (2010) tutkimuksessa potilasohjauksen resursointi arvioitiin melko riittäväksi. Ongelmiksi koettiin ohjaukseen käytettävissä olleen ajan niukkuus sekä ohjaustilanteen olosuhteiden ja välineiden puutteellisuus. Hoitohenkilökunnan koettiin antavan suullista ja yksilöllistä potilasohjausta hyvin. (Kääriäinen & Kyngäs 2010.)

Leikkauspotilaiden ohjaaminen on keskittynyt suurelta osin potilaan leikkausta edeltävään ajankohtaan. Leikkauspotilaan ohjausta käsittelevissä tutkimuksissa mittaaminen on painottunut potilaiden kokemusten ja oppimisen mittaamiseen. Useimmiten tutkittavana potilasryhmänä ovat olleet sydänpotilaat. Tutkimuksissa mittaaminen ei ole kohdistunut potilasohjauksen sosiaalisiin tai eettisiin näkökohtiin. Potilasohjaukseen liittyvillä interventiomenetelmillä on positiivisia vaikutuksia, mutta näitä vaikutuksia on erittäin vaikea arvioida. (Johansson ym. 2004.) Ortopedisten leikkauspotilaiden tiedollinen tukeminen ohjauksen avulla on kohdistunut potilaan kivun, tiedon, ahdistuneisuuden, harjoittelun tai sairaalassa olemisen mittaamiseen (Johansson ym. 2005).

Leino-Kilven ym. (2005) tutkimuksessa havaittiin leikkauspotilaan ohjaustilanteessa saamalla tiedolla olevan positiivinen yhteys potilaan kokemaan elämänlaatuun. McMurrayn ym. (2007) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan mahdollisuuksissa tukea potilaan kotona selviytymistä tiedon avulla oli puutteita yksilöllisen potilasohjauksen osalta. Potilasta hoitaneet henkilöt antoivat potilaalle epätarkkoja tietoja. Potilaiden koti- tai työolosuhteita koskevat tiedot olivat puutteellisia. Potilasohjauksen kehittämiseksi tarvitaan yksilöllisempää lähestymistapaa, jossa otetaan paremmin huomioon myös potilaan ikä, sukupuoli, leikkaushoito sekä potilaan perhe ja sosiaalisen tuen saaminen. (McMurray ym. 2007.)

Paavilaisen ym. (2012) mukaan potilaiden ja läheisten tiedollisen tuen kehittämiseksi ohjauksen avulla tarvitaan lisää lääkehoitoa koskevaa tietoa. Päivystyspotilaiden hoitotyö on kehittynyt entistä perhekeskeisemmäksi. Käytännön hoitotyössä on tarpeen mahdollistaa paremmin läheisen olo potilaan lähellä sairaalassaoloaikana.

(Paavilainen ym. 2012.) Boughtonin ja Hallidayn (2009) tutkimuksessa potilaan ja läheisen tiedollisen tukemisen kehittämiseksi tarvitaan tiedon jakamisen kehittämistä erityisesti siinä, miten potilas ja läheinen voivat valmistautua selviytymään kotona. Potilaiden ja läheisten riittävä ohjaaminen suullisesti ja kirjallisesti vähentää heidän ahdistuneisuuttaan ja stressiään. Potilaan ja läheisen huolellinen valmistaminen potilaan kotona hoitamiseen varmistaa sen, että heillä on selkeät odotukset tulevasta. Lisäksi he osaavat turvautua riittävästi myös muiden ulkopuolisten apuun potilaan toipumisen aikana. (Boughton & Halliday 2009.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella potilaan ja läheisen ulkoinen tukeminen emotionaalisen ja tiedollisen tuen avulla ei ole ongelmatonta. Potilaiden onnistunut selviytymisen tukeminen edellyttää hoitohenkilökunnalta emotionaalisen tuen alueen osalta aktiivisia vuorovaikutustaitoja, yhteydenpitoa ja tasavertaista suhtautumista potilaaseen. Läheisten emotionaalisen tuen saamisessa on myös puutteita ja hoitohenkilökunta ei tunnista läheisen tuen tarvetta riittävästi. Läheiseen suhtauduttiin tiedonantajana. Potilaan ja läheisen keskinäiset suhteet ovat yhteydessä siihen millä tavoin läheinen osallistuu potilaan hoitamiseen. Läheiset kokevat yhteistyösuhteensa henkilökunnan kanssa sinällään hyväksi. Heidän välillään ei ollut havaittu näissä tutkimuksissa olevan eripuraa. Potilaan ja läheisen tiedollisessa tukemisessa oli myös puutteita. Potilaan ja läheisen tiedollinen tukeminen on yhteydessä kokemuksiin elämänlaadusta ja henkilökunnan antaman ohjauksen parantamiseen on esitetty aikaisemmissa tutkimuksissa konkreettisia kehittämisohdotuksia.

2.3 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Selkäleikkauspotilaan arjessa ja kotona selviytymistä vaikeuttavat hänen sairaudestaan aiheutuneet muutokset fyysisessä terveydentilassa (Herno 1999; Salmenperä ym. 2002). Potilaan elämänlaatuun ja sitä kautta psyykkiseen terveydentilaan vaikuttavat tekijät liittyvät työkyvyttömyyteen, vapaa-ajan toiminnan rajoittumiseen ja leikkaushoidon odottamiseen (Ramnarine-Singh 1999; Tusek & Cwynar 2000; Salmenperä ym. 2002; Yilmaz ym. 2011). Potilaan leikkaushoidosta selviytymiseen vaikuttavat hänen kokemiensa kipuoireiden kesto, leikkausta edeltäneen sairausloman pituus, ikä ja psykososiaaliset tekijät (Hurme & Alaranta 1999; Kotilainen & Seitsalo 1999). Tässä tutkimuksessa potilasta tarkastellaan selkäleikkauspotilaana, joka on läpikäynyt ennalta suunnitellun kirurgisen toimenpiteen.

Läheiselle ja perheelle potilaan leikkaushoidon läpikäyminen vaikuttaa lisäten heidän ahdistuneisuuttaan, pelkojaan ja stressiään sekä vaikuttaa heidän kykynsä vastaanottaa heille annettua tietoa (Buchanan ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001/b; Majasaari ym. 2005; Mayne & Bagoisan 2009; Rantanen ym. 2010). Läheisten huomioiminen potilaan sairaalahoidon aikana lisää heidän tyytyväisyyttään potilaan hoitoon, läheisten aktiivisempaa osallistumista potilaan hoitoon ja tuen antamista potilaalle hänen toipumisensa aikana (Majasaari ym. 2005; Brigitte & Cypress 2010). Perheen vaikutus potilaan ja läheisen selviytymiseen syntyy perheen arjen rutiineista ja perheen merkitys korostuu potilaan leikkaushoidon läpikäymisen aikana (Marin 1999; Boughton & Halliday 2009; Rantanen ym. 2010; Tastan ym. 2011). Tässä tutkimuksessa läheistä tarkastellaan yksilönä ja perheenjäsenenä. Potilas ja läheinen muodostivat yhdessä tutkimuksessa tarkoitettua perheen.

Selviytyminen on ihmisen jatkuvaa pyrkimystä selviytyä erilaisista tilanteista, jotka hän kokee stressaavina (Lazarus 1999; Giske & Gjengedal 2006; Carver & Connor-Smith 2010; Hedlund ym. 2010). Stressin kokeminen on yksilöllistä (Giske & Gjengedal 2006), ja se vaatii potilaalta ja läheiseltä sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja. Ulkoisiin voimavaroihin sisältyy kokemus sosiaalisesta tuesta. (Lazarus & Folkman 1984.) Potilaan ja läheisen käyttämiä selviytymisen strategioita ovat ongelmakeskeinen ja tunnetilakeskeinen selviytyminen (Sundeen ym. 1998; Lazarus & Lazarus 2006, Giske & Gjengedal 2006; Drageset ym. 2010). Näiden kahden selviytymisen strategian vaikuttavuus ja yhteensopivuus vaihtelevat erilaisissa tilanteissa (LaMontage ym. 2004). Keskeinen sosiaalisen tuen välittäjä potilaalle ja läheiselle on hoitohenkilökunta, ja heidän onnistumisensa tuen välittämisessä edellyttää potilaan ja läheisen tuen tarpeen tunnistamista (Koivula 2002; Gustafsson & Ahlström 2006). Sosiaalisen tuen saaminen on läheiselle potilaan sairaudesta selviytymisen kannalta tärkeää (Kyngäs 1999; Tastan ym. 2011). Tässä tutkimuksessa potilaan ja läheisen selviytymistä tarkastellaan heidän sisäisten ja ulkoisten voimavarojensa muutoksina potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. Ulkoisella voimavaralla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan potilaalle ja läheiselle antamaa tukea.

Potilaan ja läheisen selviytymisen sisäisenä voimavarana vaikuttavat potilaan leikkaus ja hänen terveydentilansa. Potilaan sopeutuminen leikkaukseensa motivoi häntä hyödyntämään omia selviytymisen mahdollisuuksiaan, joita hän tarvitsee siinä tilanteessa (Sundeen ym. 1998). Potilaiden peloilla, masentuneisuudella, odotuksilla ja omilla toimintatavoilla on merkitystä toipumiselle ja selviytymiselle (Lepola ym. 2001; denBoer ym. 2006, Saban & Penckofer 2007; Johansson ym. 2010). Potilaan aikaisempien toimintatapojen merkitys, oma aktiivinen ote selviytymiseensä ja

hoitohenkilökunnan roolin merkitys ovat korostuneet aikaisemmissa tutkimuksissa (Dropkin 1999; Kopp ym. 2003; LaMontage ym. 2004; Drageset ym. 2010; Yilmaz ym. 2011). Potilaan arviot terveydentilastaan, mielialastaan ja elämäntilanteestaan kohdistuvat heidän kokemuksiinsa fyysisestä ja psyykkisestä terveydestään. Potilaiden terveydentilaan vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä myös potilaan työhön paluuseen liittyvien odotusten vähentymiseen (Johansson ym. 2010). Potilaan fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan vaikuttaa hänen fyysisen toimintakykynsä parantuminen, kipujen vähentyminen, ahdistuneisuus ja väsymys (de Groot ym. 1997; Salmon ym. 2001). Rosenbergerin ym. (2004) tutkimuksen tuloksissa potilaan kipukokemuksilla ei havaittu olleen kuitenkaan yhteyttä potilaiden selviytymiseen, aktiiviseen jaksamiseen ja toipumiseen tarvittavan ajan välillä (Rosenberger ym. 2004). Potilaiden psyykkiseen terveydentilaan vaikuttavat taito hallita omaa tilannettaan ja itsensä hoitamisen aktiivisuus (Dropkin 2001; Gustafsson & Ahlström 2006). Potilaiden terveydentilaa kuvaa myös heidän kokemuksensa omasta elämänsälaadustaan (Slover ym. 2006; Saban & Pencofer 2007; Rampersaud ym. 2007; Padua ym. 2007; Hedlund ym. 2010; Abbott ym. 2011). Läheiselle potilaan sairaudesta aiheutuu stressiä, ja läheisen arvio potilaan terveydentilasta poikkeaa potilaan arviosta (Buchanan ym. 2000). Tästä syystä läheisen on mahdollista toimia vain osittain terveydentilaan liittyvien asioiden arvioitsijana (Abergel ym. 2004). Potilaan sairaudella ja siitä toipumisella on myös vaikutusta läheisen terveyteen (Wideheim ym. 2002; Majasaari ym. 2005; Åstedt-Kurki ym. 2004; Rydholm Hedman ym. 2010). Perheeseen kuuluvien jäsenten keskinäiset suhteet vaikuttavat positiivisella tavalla perheenjäsenten kokemaan terveyteen (Åstedt-Kurki ym. 2004). Läheiset kokevat pelkoa, ahdistuneisuutta ja avuttomuutta (Wideheim ym. 2002). Heidän psyykkiseen terveyteensä vaikuttivat oma voimattomuuden tunne, surullisuus, hermostuneisuus, väsymys ja ahdistuneisuus (Majasaari ym. 2005; Rydholm Hedman ym. 2010). Potilaan toipumisen edistymisestä he kokevat tyytyväisyyttä (Rydholm Hedman ym. 2010). Unettomuus vaikuttaa läheisen fyysiseen terveydentilaan (Majasaari ym. 2005).

Potilaan ja läheisen selviytymistä tukevaan perhehoitotyöhön sisältyy hoitohenkilökunnalta saatu ulkoinen tuki. Hoitohenkilökunnalta edellytetään taitoa tunnistaa heidän yksilölliset tarpeensa (Koivula 2002; Jangland ym. 2010). Potilaat haluavat osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, ja he luottavat hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja pätevyyteen (Lepola ym. 2001). Potilaat ja läheiset kokevat saavansa hoitohenkilökunnalta emotionaalista tukea enemmän kuin tiedollista tukea (Mattila ym. 2009; Mattila ym. 2010). Potilaiden mahdollisimman suurta osallisuutta omaan hoitoonsa tukee hoitohenkilökunnan aktiivinen toiminta, johon sisältyy aktiivinen vuorovaikutus ja yhteydenpito, läheisyyden osoittaminen ja tasavertainen kohtaaminen

potilaan kanssa (Sahlsten ym. 2007). Läheisten tukemiseksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan vuorovaikutustaitoja, yhteydenpitoa ja kohtaamistaitoja (Perälä ym. 1999; Jangland ym. 2010; Rantanen ym. 2010; Moore ym. 2012). Hoitohenkilökunnan käyttöön tarkoitettujen interventiomenetelmien kehittäminen läheisten selviytymisen tukemiseen on osoitettu tärkeäksi (Shyu ym. 2011). Sairaalassa läheisten tuen saaminen on yhteydessä siihen, miten he osallistuvat potilaan hoitamiseen (Liimatainen ym. 2011). Hoitohenkilökunta pitää läheisten läsnäoloa tärkeänä (Åstedt-Kurki ym. 2001), mutta tästä huolimatta hoitohenkilökunnan on koettu kannustaneen riittämättömästi läheisiä osallistumaan potilaan hoitamiseen (Liimatainen ym. 2011). Läheisten kokemukset hoitohenkilökunnan kohtaamisesta ovat olleet myönteisiä, ja hoitohenkilökunnan odotetaan antavan heille tukeaan ja olevan aloitteellinen keskusteluiden käynnistäjänä (Aura ym. 2010). Hoitohenkilökunta ei tunnista aina riittävästi potilaiden psyykkisen tukemisen merkitystä (Gilmartin & Wright 2008). Hoitohenkilökunnan on tärkeää pitää huolta myös niistä potilaista, joilla ei ole mahdollista saada tukea perheeltään tai jotka asuvat yksin (Okkonen & Vanhanen 2006). Hoitohenkilökunta vähentää potilaiden sairautensa aiheuttamaa ahdistuneisuutta riittävällä tiedon antamisella, jolloin myös tyytyväisyys omaan hoitoon parantuu (Alaselkäsairaudet: Käypä hoito-suositus 2008). Hoitohenkilökunta ymmärtää leikkauspotilaiden tiedon tarpeita kuitenkin puutteellisesti (Yiu ym. 2010), ja hoitotyössä on tarpeen keskittyä riittävän tiedon antamiseen (McCloud ym. 2011). Tiedon antamisen kehittämisessä on tarpeen ottaa huomioon oikea-aikaisuus ja myös eri sukupuolten väliset tarpeet (Gilmartin 2007; Banner ym. 2011). Potilaat saavat tiedollista tukea vähemmän kuin odottavat (Rankinen ym. 2007), ja hoitohenkilökunnalle on haastavaa tunnistaa potilaiden yksilölliset tiedon tarpeet (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Tiedollisessa tukemisessa käytettävän ohjausmateriaalin tulisi sisältää enemmän potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvän tiedon lisäksi potilaan omaa selviytymistä ja voimavarojen tukemista edistävää tietoa (Salanterä ym. 2005). Hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaiden ohjaukseen käytettävän ajan on todettu olevan niukka (McMurrayn ym. 2007; Kääriäinen & Kyngäs 2010) ja hoitohenkilökunnan mahdollisuudet tukea potilaan kotona selviytymistä tiedon avulla on riittämätöntä potilasohjauksen osalta (McMurrayn ym. 2007). Potilaiden ohjaustilanteessa saamalla tiedolla vaikutetaan positiivisella tavalla potilaan kokemuksiin elämänlaadustaan (Leino-Kilpi ym. 2005), ja potilaan ja läheisen tiedollisen tukemisen kehittämiseksi tarvitaan hoitohenkilökunnan tiedon jakamisen kehittämistä (Boughton & Halliday 2009; Paavilainen ym. 2012).

3.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata selkärangan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia selviytymisensä voimavaroista ja ulkoisesta tukemisesta sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa käsitteellinen malli potilaan ja läheisen selviytymisestä. Tavoitteena on tuotetun mallin avulla tulevaisuudessa edistää hoitotyöntekijöiden perhehoitotyötä selkärangan alueen leikkauksessa olleen potilaan ja hänen läheisensä hoidossa sairaalassa. Tuotettu malli potilaan ja läheisen selviytymisestä tukee tutkimuksen lopullista päämäärää, potilaan ja perheen terveydentilan parantumista.

Tutkimustehtävinä on

1. kuvata, millaista on potilaan ja läheisen selviytyminen potilaan kotiinlähtötilanteessa (artikkelit I ja III)
2. kuvata, millaista on potilaan ja läheisen selviytyminen 6 viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen (artikkelit II ja IV)
3. kuvata ja verrata, millä tavoin potilaan ja läheisen selviytyminen on muuttunut sairaalasta kotiuduttua ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen (yhteenvedo 5.3)
4. kuvata potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroja ja heidän ulkoista tukemistaan ja muodostaa näistä malli (yhteenvedo 5.4).

4.

TUTKIMUSAINEISTOT JA MENETELMÄT

4.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelminä käytettiin määrällistä menetelmää. Tutkimusaineistot kerättiin kevään 2008 ja syksyn 2010 välisenä aikana. Toisen aineiston keruu alkoi viisi viikkoa ensimmäisen jälkeen. Tutkimusaineiston keräämisessä on ajallisesti kyseessä pitkittäistutkimus, jonka tutkimusaineisto on kerätty seurantatutkimuksen tavoin samoilta potilailta ja heidän läheisiltään (Polit ym. 2001). Tässä tutkimuksessa potilaan ja läheisen seuranta tapahtui jo kuuden viikon kuluttua potilaan leikkauksesta. Tutkimuksen kulku on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen toteutuminen

4.1.1 Kyselylomakkeiden kehittäminen ja pilotointi

Tutkimuksessa käytetyt potilaan ja läheisen selviytymisen kyselylomakkeet kehitettiin tätä tutkimusta varten, koska valmista soveltuvaa kyselylomaketta ei löydetty. Potilaan ja perheen selviytyminen -kyselylomakkeen kehittämisessä hyödynnettiin aikaisempaa tutkimustietoa (esim. Abergel ym. 2004, Dropkin, 2001, Kopp ym. 2003, Wideheim ym. 2002). Lisäksi potilaalla ja läheisellä käytetyn kyselylomakkeen sisällön suunnittelussa hyödynnettiin pilottitutkimusta (Leikkola 2006) ja asiantuntijapaneelia.

Leikkolan (2006) neurokirurgisen potilaan ja hänen läheisensä leikkauksen jälkeistä selviytymistä koskeva tutkimus on ollut esitutkimus, jonka tuloksia on käytetty apuna potilaan ja läheisen kyselylomakkeiden suunnittelussa. Esitutkimuksen avulla

tutkija on saanut konkreettisemmän otteen tutkimustehtävään (Heikkilä 2002). Esitutkimukseen osallistui seitsemän aikuista neurokirurgista potilasta ja heidän läheisensä. Tutkimuksen aineisto kerättiin potilaan ja läheisen ryhmähaastatteluna kotona potilaan kotihoidon aikana. Tutkimuksen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Analyysin tuloksena kuvattiin potilaan ja hänen läheisensä leikkauksen jälkeistä selviytymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä. (Leikkola 2006.)

Tutkimuksessa hyödynnettiin asiantuntijapaneelia kyselylomakkeiden asiasisällön, väittämien selkeyden ja ymmärrettävyyden ja vastausajan tarkistamisessa. Asiantuntijapaneeliin kuului kolme tutkijataustaista jäsentä ja kymmenen hoitoalan työntekijää. Hoitoalan työntekijät arvioivat potilaalla ja läheisellä käytetyssä kyselylomakkeessa dikotomisella (kyllä/ei) asteikolla taustakysymysten ja väittämien selkeyttä ja luettavuutta. Arvioinnin tarkoituksena oli tunnistaa ja korjata väittämät, jotka oli mahdollista ymmärtää väärin tai jotka olivat kieliasultaan huonoja. Arvioinnissa kyselylomakkeiden luettavuutta ja selkeyttä saatiin parannettua. Potilaan kyselylomakkeen arviointien vastausprosentti oli 70, ja läheisen kyselylomakkeen arviointien vastausprosentti oli 80. Asiantuntijapaneelin jälkeen kyselylomakkeet esitettiin potilailla (N=30) ja heidän itsensä määrittämällään läheisellä (N=30). Esitestaus suoritettiin tammi-helmikuun 2008 aikana. Potilaalle tarkoitettua kyselylomakkeen arviointien vastausprosentti oli 70 (n=20) ja läheisen 57 (n=17). Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeisiin ei tehty enää muutoksia. (Metsämuuronen 2003, Heikkilä 2008.)

4.1.2 Kyselylomake

Potilaalla ja läheisellä käytettyjen kyselylomakkeiden alussa oli *taustamuuttujia* mitattavia taustatietokysymyksiä (liite 1 ja liite 2). Taustatietokysymyksillä kartoitettiin vastaajien ikä, sukupuoli, siviilisäätö, perhetietoja, työelämätietoja, potilaan leikkaushoitoon johtanut sairaus ja harrastukset (kysymykset 1–18). Analyysia varten (artikkelit I–IV) ikä luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi (alle ja yli 45-vuotiaisiin) niiden pienien vastaajamäärien vuoksi. Analyysivaiheessa taustatietokysymyksistä kaksi vastaajan asumista kartoittavaa kysymystä jätettiin pois, koska taustatietokysymyksiä oli paljon ja ne eivät mahtuneet raportointiin (artikkelit I–IV).

Potilaan ja läheisen arviointeja omasta ja toistensa arkipäiväisestä selviytymisestä ennen leikkausta selvitettiin visuaalianalogiasteikolla, jossa oli 100mm pitkä viiva, johon vastaaja merkitsi rastilla sopivan vastausvaihtoehdon oman kokemuksensa perusteella (kysymykset 19–20). Analyysivaiheessa nämä kaksi kysymystä jätettiin pois, koska

kysymysmuotoilut olivat olleet potilasta ja läheistä koskevia yleisiä kysymyksiä ja ne eivät tuoneet sellaisenaan lisäarvoa aineiston kuvaamiseen.

Selviytymisen voimavaroja mitattiin strukturoiduilla kysymyksillä, joiden vastausvaihtoehdot olivat ”ehdottomasti eri mieltä”, ”vähän eri mieltä”, ”vähän samaa mieltä” ja ”ehdottomasti samaa mieltä”. Kysymykset olivat samoja asioita kartoitettavia väittämiä ja ne oli muotoiltu siten että potilas ja läheinen vastaisivat niihin henkilökohtaisten kokemustensa osalta. Potilaan kyselylomakkeessa oli tässä osiossa yhteensä 67 väittämää (kysymykset 21–87) ja läheisen kyselylomakkeessa 62 väittämää (kysymykset 21–82). Väittämät muodostivat molemmissa kyselylomakkeissa 12 väittämäryhmää. Väittämäryhmät olivat: tulevaisuuteen suhtautuminen, motivoituneisuus potilaan toipumiseen, itsensä hoitamisen aktiivisuus, arjen normaalius, oma ja yhteinen hyvinvointi, yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan, mielialan muutokset, epävarmuus tulevaisuudesta, terveydentilan heikentyminen, sosiaalinen eristäytyminen, pelko potilaan menettämisestä ja yhteiselämän monimutkaistuminen. Potilaan kyselylomakkeessa oli mukana kolme väittämäryhmää, joissa väittämien lukumäärä oli suurempi kuin läheisen kyselylomakkeessa. Poikkeavat väittämät koskivat potilaan omaa mielialaa, fyysistä jaksamista sekä potilaan ja läheisen yhteiselämää. Väittämiä ei voinut muotoilla läheiselle soveltuvaksi väittämäksi (taulukko 1). (Artikkelit I–II.)

Väittämäryhmien kysymyksissä tulevaisuuteen suhtautumisen kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan ja läheisen jaksamisesta, potilaan hoitoon liittyneiden valintojen pohtimisesta ja uskosta tulevaisuuden positiivisuuteen. Motivoituneisuus potilaan toipumiseen -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan toipumisesta, omasta luottavaisuuden tunteesta ja potilaan toipumisen havaitsemisesta. Itsensä hoitamisen aktiivisuus -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä avun etsimisestä, asennoitumisesta potilaan sairautta kohtaan ja potilaan hoitamista koskevan tiedon etsimisen aktiivisuudesta. Arjen normaalius -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä normaalielämän viettämisestä ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisestä. Oma ja yhteinen hyvinvointi -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan ja läheisen väsymisestä, potilaan sairautteen sopeutumisesta ja perheen keskinäisestä huolenpidosta. Yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan ja läheisen tuntemuksista hyvästä hoitamisesta. Mielialan muutokset -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan ja läheisen mielialan vaihteluista, masentuneisuudesta, peloista ja henkisestä väsymisestä. Epävarmuus tulevaisuudesta -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan työhön paluusta. Terveydentilan heikentyminen kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan fyysisestä terveydentilasta, toipumisesta ja riittävän levon saamisesta. Sosiaalinen eristäytyminen -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan ja läheisen yhteydenpidosta

kodin ulkopuolelle. Pelko potilaan menettämisestä -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä leikkaukseen liittyneiden riskien tiedostamisesta ja läheisten huolesta. Yhteiselämän monimutkaistuminen -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä perheen sisäisten ongelmien lisääntymisestä ja talouteen liittyneistä ongelmista.

Selviytymiseen vaikuttavaa ulkoista tukea mitattiin strukturoiduilla kysymyksillä, joiden vastausvaihtoehdot olivat ” ehdottomasti eri mieltä”, ” vähän eri mieltä”, ” vähän samaa mieltä” ja ” ehdottomasti samaa mieltä”. Kysymykset ovat samalla tavoin muotoiltu siten, että niiden avulla saatiin selville potilaan ja läheisen henkilökohtaiset kokemukset selviytymisensä tukemisesta. Potilaan kyselylomakkeessa oli tässä osiossa yhteensä 38 väittämää (kysymykset 88–125) ja läheisen kyselylomakkeessa 32 väittämää (kysymykset 83–114). Väittämät muodostivat molemmissa kyselylomakkeissa kuusi pienempää väittämäryhmää. Väittämäryhmät olivat: itsehoitoon motivoiminen, tiedon puutteellisuus, läsnäolon osoittaminen, ilmapiiri ohjaustilanteessa, potilaan/perheen ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioon ottaminen ohjaustilanteessa, potilaan käyttäytyminen ja perheen tunteet. Potilaan kyselylomakkeessa oli mukana kolme väittämäryhmää, joissa väittämien lukumäärä on suurempi kuin läheisen kyselylomakkeessa. Poikkeavat väittämät koskivat potilaan itsehoitoon motivoitumista, puutteellista tiedon saamista ja potilasta hoitaneilta henkilöitä saatua läsnäoloa ja huolenpitoa. Väittämiä ei voinut muotoilla läheiselle soveltuvaksi väittämäksi. Läheisen kyselylomakkeessa oli yksi väittämäryhmä, jossa väittämien lukumäärä oli suurempi kuin potilaan kyselylomakkeessa. Poikkeava väittämä koski perheessä koettujen tunteiden osalta läheisen tunteita omasta terveydentilastaan (taulukko 2). (Artikkelit III–IV.)

Väittämäryhmien kysymyksissä potilaan itsehoitoon motivoimisen kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan hoitamiseen ja kuntouttamiseen liittyneen tiedon saamisesta hoitajilta, fysioterapeutilta ja lääkäriltä. Tiedon puutteellisuus -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä suullisten ja kirjallisten kotihoito-ohjeiden riittävydestä ja selkeydestä ja niiden saamisen oikea-aikaisuudesta. Läsnäolon osoittaminen -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilasta hoitaneiden henkilöiden (hoitajat, fysioterapeutti ja lääkäri) keskusteluaktiivisuudesta, spontaanista avun tarjoamisesta ja riittävän ajan antamisesta potilaalle ja läheiselle. Ilmapiiri ohjaustilanteessa -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä potilaan ja läheisen kokemuksiin turvallisuuden tunteesta ohjaustilanteessa ja kokemukseen potilasta hoitaneiden henkilöiden ammattitaitoisesta toiminnasta. Potilaan/perheen ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioon ottaminen -kysymysosioon sisältyi kysymyksiä ymmärrettävän ja potilaan hoitamiseen tarvittavan tiedon saamisesta. Potilaan käyttäytyminen ja perheen tunteet -kysymysosioon sisältyi kysy-

myksiä potilaan käyttäytymisen muuttumisesta, potilaan sairaudesta johtuvan häpeän ja katkeruuden kokemisesta, omaan elämään tyytymättömyydestä ja turvattomuuden kokemisesta sekä päivä kerrallaan elämisestä.

Potilaan ja läheisen *kokonaisarviota omasta selviytymisestään leikkauksen jälkeen* selvitettiin 100 mm pitkällä visuaalianalogiasteikolla (kysymys 126/115). (Artikkelit I–IV.)

Taulukko 1. Yhteenveto potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarat -mittarin väittämäryhmistä

Selviytymiseen voimavarojen osa-alueet	Väittämien määrä	
	Potilas	Läheinen
Tulevaisuuteen suhtautuminen	6	6
Motivoituneisuus omaan toipumiseen	4	4
Itsensä hoitamisen aktiivisuus	7	7
Arjen normaalius	2	2
Oma ja yhteinen hyvinvointi	7	7
Yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan	3	3
Mielialan muutokset	11	9
Epävarmuus tulevaisuudesta	3	3
Terveystilan heikentyminen	10	8
Sosiaalinen eristäytyminen	4	4
Pelkoa potilaan menettämisestä	2	2
Yhteiselämän monimutkaistuminen	8	7
Yhteensä	67	62

Taulukko 2. Yhteenveto potilaan ja läheisen ulkoinen tuki –mittarin väittämäryhmistä

Selviytymisen ulkoisen tukemisen osa-alueet	Väittäminen määrä	
	Potilas	Läheinen
Itsehoitoon motivoituminen	10	8
Tiedon puutteellisuus	7	6
Läsnäolon osoittaminen	9	5
Ilmapiiri ohjaustilanteessa	2	2
Potilaan/Läheisen ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioon ottaminen	3	3
Potilaan käyttäytyminen ja perheen tunteet	7	8
Yhteensä	38	32

4.2 Tutkimuksen kohdejoukko

4.2.1 Kyselyyn osallistuneet

Potilaan ja läheisen kyselyjen aineistot kerättiin kevään 2008 ja syksyn 2010 aikana yhden suomalaisen keskussairaalan ortopedian ja neurokirurgian vuodeosastoilta. Tutkimuksen kohdejoukkona oli aikuinen selkärangan alueen leikkauksessa ollut potilas ja hänen läheisensä. Tutkimuksen aloitusvaiheessa kyselyyn osallistuvien joukon suuruus on arvioitu Terveystieteen ja hyvinvointilaitoksen ylläpitämästä valtakunnallisesta toteutuneiden hoitajaksojen tilastosta (liite 3). Potilaiden hoitajaksojen yhteismäärän avulla aineistojen kertymiseen tarvittava aika arvioitiin kohtuulliseksi tutkimukseen osallistuvassa sairaalassa. Tutkimuksessa ei ole ollut käytettävissä muita luotettavia tilastotietoja selkärangan alueen leikkauksessa olevien potilaiden yhteismäärästä Suomessa. Vuonna 2006 kirurgiseen hoitoon odottavien potilaiden määrää koskevan rekisteritietokannan rakentaminen oli vielä keskeneräinen eikä rekisteristä ollut mahdollista saada tilastotietoja kirurgiseen hoitoon odottavien potilaiden määrästä tätä tutkimusta varten (Olli Nylander 10.8.2006).

Kohdejoukon valintavaiheessa selvitettiin, millä tavoin eri yliopisto- ja keskussairaaloissa pidetään yhteyttä potilaisiin ja läheisiin potilaan leikkauksen jälkeen. Samalla selvitettiin, millä tavoin eri sairaaloiden neurokirurgisilla ja ortopedisillä osastoilla toimittiin potilaan kotiutumistilanteessa. Lisäksi pyrittiin selvittämään, oliko osaston henkilökunnalla käytössään erityistä toimintamallia, jota sovellettiin potilaisiin ja perheisiin kotiutumisen jälkeen. Kartoitustyön avulla varmistuttiin siitä, että eri sairaanhoitopiirin sairaaloiden osastoilla hoitajien yhteydenpito potilaisiin ja läheisiin potilaiden kotiutumisen jälkeen oli hyvin samankaltaista.

Suomessa olevien 21 sairaanhoitopiirin yliopisto- ja keskussairaaloitten www-sivustojen tietoihin perehdyttiin, ja niiltä poimittiin tietoja sairaaloiden osastojen toiminnasta ja sisällöstä. Tutkija oli sähköpostitse yhteydessä yliopistollisten ja keskussairaaloitten neurokirurgisten ja ortopedisten osastojen 27 osastohoitajaan, jotka olivat 16:sta eri sairaanhoitopiiristä. Sähköpostikysely suoritettiin helmikuussa 2006. Sähköpostikyselyn viestissä osastonhoitajia pyydettiin kuvaamaan oman osastonsa yhteydenpitoa potilaisiin ja läheisiin potilaiden kotiuduttua sairaalasta. Kysely lähetettiin vain sellaisille osastonhoitajille, joiden osastoilla hoidettiin aikuisia selkäranganalueen leikkauksessa olleita potilaita. Yhteydenpitoaan potilaisiin kuvasi 12 osastonhoitajaa, jotka olivat seitsemän eri sairaanhoitopiirin alueelta. Kyselyn tuloksena havaittiin, etteivät hoitajat olleet yhteydessä potilaisiin tai heidän läheisiinsä potilaan kotiuduttua

osastolta. Hoitajat ohjaavat potilasta ottamaan tarvittaessa yhteyttä osastolle, jos näillä on kysyttävää tai potilaan hoitamiseen liittyviä ongelmia.

Tutkimukseen oli tarkoitus ottaa mukaan potilaan sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeisissä kyselyvaiheissa 150 potilasta ja 150 läheistä. Ne potilaat ja läheiset, jotka antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisestaan ensimmäisessä kyselyvaiheessa, olivat myös samalla toisen kyselyvaiheen kohdejoukko. Kaikki tutkimukseen suostumuksensa antaneet potilaat ja läheiset eivät kuitenkaan lopulta olleet mukana molemmissa kyselyvaiheissa, koska heiltä ei saatu ensimmäisessä kyselyvaiheessa yhteystietoja tai ne olivat puutteelliset. Nämä vaikuttivat siihen, että toisessa kyselyvaiheessa yhteystiedot olivat käytettävissä 126 potilaalta ja 126 läheiseltä. Tutkimukseen osallistui kuitenkin kyselyn ensimmäisessä vaiheessa vain 92 potilasta ja 55 läheistä. Toisen vaiheen kyselyyn kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen osallistui 126 potilasta ja 126 läheistä. Näistä vastaajista tutkimukseen osallistui kuitenkin lopulta vain 61 potilasta ja 50 läheistä. Katoanalyysia ei voitu tehdä.

4.3. Aineiston analysointi

4.3.1 Kyselyaineiston tilastollinen analyysi

Kyselyaineisto analysoitiin tilastollisesti PASW Statistic for Windows -ohjelmistopakettilla (SPSS inc. versio 18.0). Potilaan ja läheisen kyselyaineistojen analysoinnissa selviytymisen voimavarojen ja selviytymiseen vaikuttaneen ulkoisen tuen väittämryhmien väittämät on käännetty yhdensuuntaisiksi, ja tämä on otettu huomioon tulosten raportoinnissa (Metsämuuronen 2003, Burns & Grove 2005). Tutkimusaineistojen analysointivaiheessa potilaan ja läheisen aineistoissa havaittiin kolmen väittämän laadinnassa olleen virhe, jonka vuoksi vastaajan vastauksen tulkintaa ei voitu tehdä yksiselitteisesti. Raportointivaiheessa nämä kysymykset on jätetty väittämryhmästä pois. (Liite 4.)

Aineistojen ominaisuuksien kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia, vaihteluvälejä, keskiarvoja ja mediaaneja. Keskiarvot on laskettu väittämryhmille, joissa vastausten määrä oli vähintään 80 prosenttia väittämryhmän kysymyksistä. Selviytymisen voimavarojen ja selviytymisen ulkoisen tukemisen väittämille oli neljä vastausluokkaa, joihin vastaaja merkitsi sopivan vaihtoehdon. Vastaajan antama vastaus pisteytettiin näiden mukaisesti 1–4 pisteen arvoiseksi. 1–2 pisteen arvoinen vastaus

kuvasi väittämryhmän olleen vähemmän merkityksellinen/kielteinen asia vastaajan selviytymisen voimavarana tai selviytymisen ulkoisena tukena. 3–4 pisteen arvoinen vastaus kuvasi väittämryhmän olleen tärkeä/erityisen tärkeä tai positiivinen asia vastaajan selviytymisen voimavaroille tai selviytymisen ulkoisena tukena. Normaalius testattiin, jotta voitiin tehdä ratkaisu parametristen ja ei-parametristen menetelmien käytöstä jatkossa. Kaikkien muuttujien jakaumat eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Taustamuuttujien ja väittämryhmien muuttujien välisen yhteyden tarkastelussa käytettiin ei-parametrisia Kruskal-Wallis- ja Mann-Whitney-Wilcoxon-testejä. Väittämryhmien muuttujien ja leikkauksen jälkeisen selviytymisen kokonaisarvion välisen yhteyden tarkastelussa käytettiin Spearmanin korrelaatiota. (Burns & Grove 2005.) (Artikkelit I–IV). Lopuksi ensimmäisten ja toisten aineistojen väittämryhmien muuttujien välistä vaikutusta keskiarvoihin on tarkasteltu käyttämällä ei-parametrista tilastollista menetelmää (Wilcoxonin parittainen testi). Saman vastaajan rinnakkaisaineistojen vertailussa olleiden keskiarvojen ja mediaanien vertailussa olleet muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita. (Metsämuronen 2004, Metsämuuronen 2009.) Muuttujien raportoimisessa tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p < 0.05$ (Polit ym. 2001, Heikkilä 2010).

Visualianalogiasteikkoa eli VAS-mittaria on käytetty aikaisemmissa tutkimuksissa subjektiivisten kokemusten, kuten kivun, väsymystilan, pahoinvoinnin, mielialan, tarkkaavaisuuden, unen laadun, toimintakyvyn, kliinisten oireiden vakavuuden ja ympäristöolosuhteita koskevien asenteiden, mittaamiseen. VAS-mittari on 10 senttimetriä pitkä jana, ja se sisältää 100 pistettä (1 millimetri = 1 piste). Tässä tutkimuksessa VAS-asteikkoa ei luokiteltu erikseen, vaan potilas ja läheinen merkitsivät oman arvionsa selviytymisestään janalle. Pisteiden arvo määräytyi mittarin alkupisteen ja merkityn pisteen välimatkasta. (Polit ym. 2001; Burns & Grove 2007.) Tutkimuksessa 0 tarkoitti heikkoa ja 100 erittäin hyvää arvosanaa. Yli 50 pisteen arvio merkitsi parempaa selviytymistä.

4.3.2 Potilaan ja läheisen selviytymisen mallintaminen

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena tuottaa potilaan ja läheisen selviytymistä kuvaava käsitteellinen hoitotyön malli. Tutkimuksen tarkoituksena oli potilaan ja läheisen käytännön selviytymisen kuvaaminen mallina eikä luodun mallin testaaminen (Lauri & Kyngäs 2005). Mallilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa käsitteellistä kokonaisuutta potilaan ja läheisen selviytymisestä. Se on muodostunut potilaan ja läheisen selviytymiseen vaikuttaneiden muuttujien välisen yhteyden tarkastelusta. Malli on rakennettu

tilastollisia menetelmiä hyväksikäyttäen, ja sen avulla voidaan hahmotella kokonaisuus tarkastelemalla selviytymiseen kuuluneiden osien keskinäisiä suhteita ja päätellä osien välisiä muutoksia potilaan leikkauksen jälkeen (Hirsjärvi ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa kuvattavan mallin osa-alueet tuotettiin neljässä osatutkimuksessa, joista ensimmäisessä kuvataan potilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavaroja potilaan kotiutuessa sairaalasta (artikkeli I). Toisessa osatutkimuksessa kuvataan potilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavaroja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen (artikkeli II). Kolmannessa osatutkimuksessa kuvataan potilaan ja hänen läheisensä selviytymisen tukemista potilaan sairaalasta kotiinlähtötilanteessa (artikkeli III). Neljännessä osatutkimuksessa kuvataan potilaan ja hänen läheisensä selviytymisen tukemista kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen (artikkeli IV). Osatutkimusten tuloksena saatiin joukko kuvauksia potilaan ja läheisen voimavaroista ja tuesta sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. Näiden avulla ei voitu vielä muodostaa tarkempaa kuvausta voimavarojen ja tuen välisestä suhteesta kahden eri vaiheen välillä. (Walker & Avant 2005.)

Lopullisen mallinnuksen rakentamista jatkettiin tarkastelemalla sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeisiin kyselyvaiheisiin osallistuneiden potilaiden (n=53) ja läheisten (n=32) aineistoja parittain etsimällä voimavaroissa ja tuessa tapahtuneita vastaajakohtaisia muutoksia. Aineistojen parittaminen tehtiin vastaajien taustamuuttajätietojen avulla ja tällä tavoin varmistettiin, että parittaisessa aineistossa verrataan saman vastaajan tietoja kahdessa eri vaiheessa. Mallinnusta varten tarkasteltiin keskiarvoja ja mediaaneja vertailemalla väittämryhmien välillä tapahtuneita muutoksia. (Metsämuuronen 2004, Metsämuuronen 2009, Polit & Beck 2010.)

4.4 Eettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettisyys huomioitiin tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kuula 2006; ETENE 2001) noudattaen Maailman lääkäriliiton Helsingin julistuksen eettisiä periaatteita (WMA 2008). Eettisten näkökohtien mahdollisimman hyvän täyttämisen avulla tutkimuksessa pyrittiin saavuttamaan hyvän tekeyvyys, kunnioittamaan ihmisarvoa ja toimimaan oikeudenmukaisesti (Polit ym. 2001). Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyivät tutkimuksen tarkoitukseen, tutkimukseen osallistuvien tietoisuuteen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, aineiston käsittelyyn ja raportointiin. (Vehviläinen-Julkunen 2006; Hirsjärvi & Hurme 2004.) Tämän tutkimuksen aihe

oli tärkeä, koska siitä on vähän tutkittua tietoa. Tutkimustulosten pohjalta kuvattua selviytymismallia voidaan hyödyntää selkärangan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden ja heidän läheistensä hoidossa perhehoitotyön edistämisen kautta.

Koska kyseessä oli potilaisiin ja heidän läheisiinsä kohdistuva tutkimus, tutkimusta varten pyydettiin lausunto sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta (16.11.2007 / R07165H). Sairaalaakohtainen tutkimuslupa anottiin tutkimukseen osallistuneen sairaalan toimialuejohtajalta. Tutkimukseen osallistuneita informoitiin kyselylomakkeen mukana olleen saatekirjeen avulla avoimesti tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimusaineiston keruusta ja käyttötavasta. Kirjeessä kerrottiin myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta ottaa yhteyttä tutkijaan lisätietojen saamiseksi (Vehviläinen-Julkunen 2006; Polit ym. 2001.) Vastaajilta edellytettiin sujuvaa suomen kieltä, sillä saatekirjeet, suostumuslomakkeet ja kyselylomakkeet olivat suomenkielisiä. Sekä potilaalta että läheiseltä pyydettiin kirjallinen suostumus potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa (liite 5). Toisessa kyselyvaiheessa suostumukset syntyivät tietoisesti, kun he palauttivat heille postitse lähetetyn kyselylomakkeen takaisin tutkijalle (liite 6). Tutkimukseen osallistuneille korostettiin molemmissa kyselyvaiheissa, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa. Vastaajien yksityisyyden suojaamiseksi tutkimusaineiston käsittelyvaiheessa vastaajien vastaukset käsiteltiin nimettöminä (Polit ym. 2001). Tutkimuksesta kieltäytyneistä ei pidetty nimelistaa hyvän tutkimuseettisen toiminnan takaamiseksi. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ja heidän läheistensä muodostivat ryhmänä tutkimuksessa tarkoitettun perheen. Perheen ainutlaatuisuus huomioitiin siten, että potilas itse määritteli tutkimukseen mukaan tulevan läheisensä (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999; Åstedt-Kurki ym. 2001/a; Åstedt-Kurki ym. 2004).

Aineistot on analysoitu niin, että yksittäiset vastaukset eivät erotu tilastollisessa tarkastelussa. Tällä on pyritty estämään se, ettei yksittäiselle vastaajalle aiheutuisi mitään hankaluuksia (Burns & Grove 2007, Kuula 2006).

Tutkija perehtyi käytettyihin aineistonkeruumenetelmiin ja analyysimenetelmiin ja on pyrkinyt löytämään tarkoituksenmukaisimman menetelmän tutkimusta varten. Tutkija on pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen etenemisen selkeästi ja raportoinut tulokset rehellisesti (Kuula 2006, Vehviläinen-Julkunen 2006.)

5.1 Selviytyminen kotiinlähtötilanteessa (artikkelit I ja III)

Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroja kuvaa osajulkaisu ”Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta” (artikkeli I). Artikkelissa kuvataan molempien kokemuksia keskeisistä voimavaroista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä sekä heidän kokonaisselviytymistään. Potilaan ja läheisen selviytymistä edistävää tukea kuvaa osajulkaisu “ Henkilökunnan tuki selkäleikkauspotilaalle ja perheenjäsenelle – parantaako se kotona selviytymistä?” (artikkeli III). Artikkelissa kuvataan molempien kokemuksia keskeisistä selviytymisen ulkoisena tukena koetuista tekijöistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä sekä kokonaisselviytymistä. Tässä luvussa esitetään potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen ja ulkoisen tukemisen keskeiset tulokset potilaan kotiinlähtötilanteessa.

Selkäleikkauksessa ollut potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat leikkauksen jälkeen omia yksilöllisiä voimavarojaan sekä tukea potilasta hoitaneilta henkilöiltä (hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti) selviytyäkseen potilaan sairaudesta ja leikkauksesta aiheutuneista muutoksista. Perheeseen potilaan terveydentilasta aiheutuu muutoksia, jotka vaikuttavat myös heidän yhteiseen päivittäiseen elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa. Potilas ja läheinen kokevat keskeisinä voimavaroinaan potilaan oman motivoituneisuuden toipumiseen sekä yhteisen luottamuksen hoitohenkilökuntaan. Molemmat kokevat leikkauksen riskien ja potilaan menettämisen pelon heikentävän voimavarojaan. Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olleet tekijät liittyvät potilailla hoitohenkilökuntaan luottamiseen, itsensä hoitamisen

aktiivisuuteen ja omaan ja yhteiseen hyvinvointiin. Läheisten voimavaroihin ovat yhteydessä tulevaisuuteen liittyvä epävarmuus, luottamus hoitohenkilökuntaan ja kokemukset arjen normaaliudesta. Potilaan ja läheisen kokemukset selviytymisen voimavarojen ja kokonaisselviytymisen välisistä yhteyksistä osoittivat, miten tärkeää hoitotyössä on yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Potilaat kokivat mielialansa vaihtelujen heikentävän erityisesti kokonaisselviytymistään. Läheisten kokonaisselviytymistä vahvisti potilaiden motivoituneisuus omaan toipumiseen. Läheiset kokivat potilaan mielialamuutosten ja terveydentilan heikentymisen, sosiaalisen eristäytymisen ja yhteiselämän monimutkaistumisen heikentävän omaa kokonaisselviytymistään. (Artikkeli I.)

Potilaat ja läheiset saavat sairaalassa hoitohenkilökunnalta tiedollista ja emotionaalista tukea ja konkreettista apua. Potilaan lyhyiden hoitoaikojen seurauksena vaatimukset potilaan kotona tapahtuvalle hoidolle ovat lisääntyneet, ja ne ovat ohjanneet hoitohenkilökunnan toimintaa potilaan hoitamisessa. Perheenä potilaan ja läheisen selviytymistä tukee heidän keskinäinen lähentymisensä ja tukemisensa. Potilas koki selviytymisensä suurimpana ulkoisena tukena ohjaustilanteen ilmapiirin hoitavien henkilöiden kanssa ja heidän osoittamansa läsnäolon, potilaan ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioon ottamisen ja potilaan itsehoitoon motivoitumisen. Läheiset kokivat suurimpana ulkoisena tukenaan potilaan ohjaustilanteessa vallinneen ilmapiirin ja potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen tunteiden muutokset. Potilaiden selviytymisen ulkoisen tukemisen kokemukseen yhteydessä olleet tekijät liittyivät ohjaustilanteessa vallinneeseen ilmapiiriin ja potilasta hoitaneiden henkilöiden antamaan motivointiin. Merkittävää selviytymisen tukemisessa oli se, että potilaat kokivat saaneensa tietoja, ja se oli tukenut heidän selviytymistään. Läheisten selviytymisen tukemiseen olivat yhteydessä potilaan motivoiminen itsensä hoitamiseen. He kokivat potilasta hoitaneiden henkilöiden osoittaneen heille läsnäoloaan vähäisesti. Potilaan ja läheisen kokemukset selviytymisensä ulkoisen tukemisen ja kokonaisselviytymisen välisistä yhteyksistä osoittivat siihen vaikuttavan erityisesti heille annetun tiedon määrä ja potilaan käyttäytymisessä ja perheenjäsenten välisissä suhteissa tapahtuneet muutokset. Potilaat kokivat puutteelliset tiedot kotihoidosta tai lääkäreiltä omaa kokonaisselviytymistään heikentäväksi. Potilaiden ja läheisten kokonaisselviytyminen vahvistui, jos he kokivat potilaan käyttäytymisen ja perheenjäsenten välisten tunteiden muuttuneen. (Artikkeli III.)

5.2 Selviytyminen kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen (artikkelit II ja IV)

Osajulkaisu ”Potilaiden ja heidän perheidensä selviytymisen voimavarat kuusi viikkoa potilaan selkäleikkauksen jälkeen” (artikkeli II) kuvaa potilaan ja läheisen kokemuksia selviytymisen keskeisistä voimavaroista, niihin yhteydessä olevista tekijöistä ja kokonaisselviytymisestä kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. Potilaan ja läheisen kokemuksia selviytymistä edistävistä tuesta, siihen yhteydessä olevista ja kokonaisselviytymiseen vaikuttaneista tekijöistä kuvaa osajulkaisu ”Potilaan ja läheisen selviytymisen tukeminen kuusi viikkoa potilaan selkäleikkauksen jälkeen” (artikkeli IV). Tässä luvussa esitetään potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen ja ulkoisen tukemisen keskeiset tulokset kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen.

Potilaan toipussa kotona potilaat ja heidän läheisensä kokivat keskeisenä selviytymisen voimavarana potilaan motivoituneisuuden toipumiseensa, arkensa normaaliuden ja yhteisen luottamuksen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Pelon koettiin heikentävän molempien voimavaroja. Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olleet tekijät liittyivät potilailla yhteiselämän monimutkaistumiseen, kokemukseen tulevaisuuden epävarmuudesta ja omaan motivoituneisuuteen. Läheisillä selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olleet tekijät liittyivät heidän suhtautumiseensa tulevaisuutta kohtaan, potilaiden itsensä hoitamisen aktiivisuuteen ja heidän kokemukseensa tulevaisuuden epävarmuudesta. Potilaan kokemukset selviytymisen voimavarojen ja kokonaisselviytymisen välisistä yhteyksistä osoittivat näillä olevan positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia potilaalle. Potilaan kokonaisselviytymistä vahvistivat kokemukset myönteisemmästä tulevaisuuteen suhtautumisesta, omaan toipumiseen liittyvän motivaation parantumisesta, arjen normaaliudesta ja oman ja yhteisen hyvinvoinnin parantumisesta. Potilaan kokonaisselviytymistä heikensivät kokemukset mielialojen muutoksista, tulevaisuuden epävarmuudesta, oman terveydentilan heikentymisestä, sosiaalisesta eristäytymisestä ja yhteiselämän monimutkaistumisesta. Läheiset kokivat kokonaisselviytymisensä heikommaksi, jos he kokivat potilaan mielialan vaihtelevan ja eristäytyvän sosiaalisesti. (Artikkeli II.)

Kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen hoitotyön käytännön työn haasteena on potilaalle ja läheiselle soveltuvan, heidän selviytymiselleen merkityksellisen tuen antaminen. Potilaan selviytymistä tukee ohjaustilanteessa vallinnut ilmapiiri ja potilaan käyttäytymisessä ja perheessä koettujen erilaisten tunteiden muuttumattomuus. Potilaan oma motivoituneisuus hoitamiseen ja potilasta hoitaneiden henkilöiden läsnäolon osoittaminen koettiin selviytymistä tukevana. Läheisen selviytymistä tuki

potilaan käyttäytymisessä ja perheessä koettujen erilaisten tunteiden muuttumattomuus ja ilmapiiri ohjaustilanteessa. Potilaan selviytymisen ulkoisen tukemisen kokemukseen yhteydessä olleet tekijät liittyivät potilaan käyttäytymiseen ja perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Läheinen koki selviytymisen ulkoisen tukemisen yhteydessä potilaan itsensä hoitamiseen motivoimisen vähemmän tärkeänä tukena ja ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioimisen vähäisenä tukena. Läheinen koki tiedon saamisen selviytymistään tukevana. Potilaan ja läheisen kokonaisselviytymistä vahvisti, jos he kokivat, että potilaan käyttäytyminen ja perheenjäsenten väliset tunteet eivät olleet muuttuneet. (Artikkeli IV.)

5.3 Selviytymisen muuttuminen potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja kuuden viikon päästä

5.3.1 Tutkimushenkilöiden taustatiedot parittaisessa tutkimusaineistossa

Parittaisen tutkimusaineiston muodostamisessa hyödynnettiin ensimmäiseen ja toiseen kyselytutkimukseen osallistuneiden potilaiden ja läheisten taustamuuttujatiedoista ikää, sukupuolta ja ammattia koskevia tietoja. Taustamuuttujatietojen avulla muodostettiin potilaiden (n=53) ja läheisten (n=32) aineistot. Parittaisessa aineistossa kyselylomakkeista hylättiin potilaiden aineistosta 8 ja läheisten aineistosta 18 sen vuoksi, että tiedot olivat puutteelliset eikä yhdistämistä taustatietojen avulla voitu tehdä luotettavalla tavalla.

Parittaiseen tutkimukseen mukaan otetuista potilaista (n=53) ja läheisistä (n=32) suurin osa oli 45-vuotiaita tai vanhempia. Molemmissa ryhmissä naisten osuus oli miehiin verrattuna hieman suurempi. Selvästi suurin osa oli siviilisäädyltään naimisissa tai avoliitossa. Useimmat potilaista ja läheisistä olivat työelämässä, sillä he eivät olleet työ- tai sairauseläkkeellä tai työttömänä. Potilaista ja läheisistä suurin osa oli kokenut aiemmin leikkauksia. Vapaa-ajan toiminnan aktiivisuus omista harrastuksissa oli epäsäännöllistä. Yhteydenpito ihmisten kanssa osoitti, että huomattavan suurella osalla potilaista ja läheisistä oli mahdollisuus puhua asioistaan yhden tai useamman henkilön kanssa. Yhteydenpito läheiseen oli hyvin tiivistä, sillä suurin osa piti yhteyttä päivittäin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilaan ja läheisen taustatiedot.

Taustamuuttujat	Potilas (n = 53)		Läheinen (n = 32)	
	n	%	n	%
Sukupuoli				
Nainen	28	53	18	56
Mies	25	47	14	44
Ikä (luokiteltu)				
Alle 45 vuotta	19	36	13	41
45 vuotta tai vanhempi	34	64	19	59
Siviilisääty				
Naimaton	5	9	2	6
Naimisissa/avoliitossa	41	78	27	84
Eronnut	6	11	2	6
Leski	1	2	1	3
Työ- tai sairauseläkkeellä				
Ei	37	72	25	83
Kyllä	13	26	4	13
Hakemus on vireillä	1	2	1	3
Työttömyys				
Ei	43	92	29	97
Kyllä	4	8	1	3
Perheen jäsenet				
Ei lapsia	10	20	6	20
Lapsi tai useampia lapsia	20	40	16	53
Lapsia, mutta eivät asu vakituisesti kodissani	20	40	8	27
Sairausloman määrä ennen leikkausta (luokiteltu)				
0–3 kuukautta	18	49	--	--
> 3 kuukautta	13	35	--	--
> 12 kuukautta	6	16	--	--
Muu pitkäaikainen sairaus				
Ei	35	67	--	--
Kyllä	17	33	--	--
Ensimmäinen leikkauskerta				
Ei	13	25	--	--
Kyllä	40	75	--	--
Ensimmäisen kerran mukana leikkauksessa potilaan läheisenä				
Ei	--	--	18	58
Kyllä	--	--	13	42
Aikaisempia leikkauksia (luokiteltu)				
Ei kertaakaan	11	21	14	45
Kerran tai useammin	42	79	17	55
Harrastaminen				
Minulla ei ole ollut harrastuksia ennen sairastumistani tai sen jälkeen	7	14	--	--
Minulla ei ole ollut harrastuksia ennen potilaan sairastumista tai sen jälkeen	--	--	3	10
Olen joutunut lopettamaan harrastukset	17	34	--	--
Olen harrastanut epäsäännöllisesti sairastumiseni jälkeen	20	40	--	--
Olen harrastanut epäsäännöllisesti potilaan sairastumisen jälkeen	--	--	16	52
Harrastan säännöllisesti	6	12	12	38

Selkäleikkauspoti-

laan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen – 59

Taulukko 3. (jatkoa edell. sivulta) Potilaan ja läheisen taustatiedot

Yksi tai useampi ihminen, jonka kanssa voi puhua asioista				
Ei	1	2	2	6
Kyllä	52	98	29	94
Yhteydenpidon määrä läheisimpään ihmiseen				
Päivittäin	40	80	20	65
Viikoittain	9	18	11	35
Kerran kuukaudessa	1	2	--	--

5.3.2 Selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olleiden tekijöiden muutokset

Verrattaessa potilaan selviytymisen voimavaroissa tapahtuneita muutoksia sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen havaittiin tilastollisesti erittäin merkitseviä muutoksia tulevaisuuteen suhtautumisessa. Potilaat kokivat tulevaisuuteen suhtautumisen myönteisenä selviytymisen voimavaranaan, mutta sen merkitys voimavarana oli muuttunut hieman vähäisemmäksi kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. Potilaat kokivat motivoituneisuuden merkityksen selviytymisen voimavarana säilyneen kuuden viikon aikana ennallaan, ja se koettiin yhä edelleen positiivisena selviytymisen voimavarana. Potilaiden itsensä hoitamisen aktiivisuuden kohdalla oli kuuden viikon ajanjakson aikana tapahtunut merkitsevää muutosta. Kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen itsensä hoitamisen aktiivisuus oli yhä edelleen positiivinen asia selviytymisen voimavarana, mutta sen merkitys oli hieman pienempi potilaan myöhäisemmässä toipumisen vaiheessa. Potilaiden terveydentilan heikentymisen ei koettu olleen potilaan selviytymisen voimavaroja heikentävä potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa eikä kuusi viikkoa sen jälkeen. Kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen muutos näiden kahden vaiheen välillä oli pieni, mikä osoitti toisessa vaiheessa vielä selvemmin sen, etteivät potilaat kokeneet terveydentilansa heikentymistä selviytymisensä voimavaroja heikentävänä. Sosiaalisen eristäytymisen potilaat kokivat kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen vähäisempänä. Sosiaaliseen eristäytymiseen sisältyi muun muassa muiden ihmisten ymmärtämättömyys potilaan sairautta kohtaan ja perheen arkielämän rajoittuminen. Erittäin merkitsevä muutos oli

positiivista ja sisällöllinen merkitys oli suuri, sillä potilaat eivät kokeneet enää sosiaalista eristäytymistä kuusi viikkoa leikkauksensa jälkeen. Potilaat kokivat pelon huonontavan selviytymisen voimavarojaan kummassakin vaiheessa. Kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen pelko koettiin hieman pienempänä kuin heti sairaalasta kotiutumisen vaiheessa, mutta sen sisällöllinen merkitys koettiin yhä edelleen samalla tavoin. (Taulukko 4.)

Taukukko 4. Potilaiden selviytymisen voimavarat ja kokemus eri osa-alueiden toteutumisesta

Selviytymisen voimavarojen osa-alueet	n ₁	n ₂	Mediaani		Keskiarvo	p-arvo	Q _{=Q1-Q3}	
			1. aineisto	2. aineisto			1. aineisto	2. aineisto
Tulevaisuuteen suhtautuminen	53	52	3,67	3,50	-0,244	0,000	2,17-4,00	1,67-4,00
Motivoituneisuus omaan toipumiseen itsensä hoitamisen aktiivisuus	51	52	3,75	3,63	-0,190	0,020	2,25-4,00	1,75-4,00
Arjen normaalius	53	48	3,50	3,25	-0,224	0,004	3,00-4,00	2,25-4,00
Oma ja yhteinen hyvinvointi	52	50	3,00	3,50	0,041	0,589	1,00-4,00	1,00-4,00
Yhteinenluottamus hoitohenkilökuntaan	52	51	3,14	3,00	-0,108	0,183	1,86-4,00	1,57-4,00
Pelkoa potilaan menettämisestä	50	49	4,00	3,67	-0,085	0,151	2,33-4,00	2,33-4,00
Mielialan muutokset*	51	51	4,00	3,50	-0,153	0,020	2,00-4,00	2,50-4,00
Epävarmuus tulevaisuudesta *	52	51	1,95	2,00	0,011	0,991	1,00-3,09	1,00-3,27
Terveydentilan heikentyminen*	46	44	1,67	1,83	-0,008	0,929	1,00-4,00	1,00-4,00
Sosiaalinen eristäytyminen*	53	51	2,50	2,50	-0,167	0,045	1,40-3,80	1,00-3,60
Yhteiselämän monimutkaistuminen*	50	50	2,75	2,25	-0,388	0,001	1,25-4,00	1,00-3,50
	50	51	1,88	1,63	-0,088	0,177	1,00-3,00	1,00-3,13

Asteikko 1- 4, jossa 4 = ehdottomasti samaa mieltä, 3 = vähän samaa mieltä, 2 = vähän eri mieltä, 1 = ehdottomasti eri mieltä

Taulukkoon on lihavoitu tilastollisesti merkitsevästi muuttuneet osa-alueet (p<0.05)

Q_{=Q1-Q3}, jossa Q₁ on alakvartiili ja Q₃ on yläkvartiili

1.aineisto= potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa

2.aineisto= 6 viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen

*Osio, jossa asteikon merkitys on käänteinen eli pienet arvot tarkoittavat myönteistä tai positiivista merkitystä

Läheisten parittaisen aineiston vertailussa merkitseviä muutoksia havaittiin potilaiden aktiivisuudessa itsensä hoitamiseen. Läheiset kokivat potilaan itsensä hoitamisen myönteisenä selviytymisen voimavarana potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. Selviytymisen voimavarana sen koettiin muuttuneen kuusi viikkoa myöhemmin merkitykseltään hieman pienemmäksi. Läheiset kokivat arkensa muuttuneen normaalimmaksi kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen kuin potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa. Selviytymisen voimavarana arjen normaalius koettiin merkitsevänä myönteisenä asiana. Potilaan mielialan muutokset, kuten läheisen omat kokemukset mielialansa jatkuvasta vaihtelusta, hermostuneisuus potilaan terveydentilasta ja toipumisen epäonnistumisesta sekä läheisen henkinen väsymys ja masentuneisuus, läheiset kokivat kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen vähäisempänä. Muutos oli positiivista, eivätkä läheiset kokeneet enää potilaan mielialan muuttuvan yhtä usein kuin aiemmin. Läheiset eivät kokeneet terveydentilan heikentymistä enää kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen selviytymisen voimavaroja heikentävänä. Läheisellä terveydentilan heikentymiseen sisältyivät muun muassa levonpuute, nukkumisongelmat ja potilaan kokemat kivut ja fyysinen jaksamattomuus. Muutoksen sisällöllistä merkitystä selittää myös se, että kuuden viikon jälkeen vastaaja on voinut kokea, että nämä asiat eivät olleet enää ajankohtaisia. Sosiaalisen eristäytymisen läheiset kokivat muuttuneen erittäin merkitsevästi myönteisemmäksi. Tähän sisältyivät samalla tavoin kuin potilaalla muun muassa muiden ihmisten ymmärtämättömyys potilaan sairautta kohtaan, läheisen liikkumisen rajoittumisen kodin ulkopuolelle ja perheen arkielämän rajoittuminen. Muutoksen sisällöllinen merkitys oli suuri. Läheiset eivät kokeneet enää sosiaalista elämäänsä eristäytyneeksi kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Läheisen selviytymisen voimavarat ja kokemus eri osa-alueiden toteutumisesta

Selviytymisen voimavarojen osa-alueet	n ₁	n ₂	Mediaani		Keskiarvo	p-arvo	Q ₌₀₁₋₀₃	
			1. aineisto	2. aineisto			1. aineisto	2. aineisto
Tulevaisuuteen suhtautuminen	32	32	3,33	3,33	-0,016	0,765	2,00-4,00	2,33-3,83
Motivoituneisuus omaan toipumiseen	31	31	4,00	4,00	0,000	0,975	2,00-4,00	2,50-4,00
Itsensä hoitamisen aktiivisuus	31	31	3,00	2,75	-0,233	0,003	1,75-3,50	1,75-3,50
Arjen normaalius	31	32	3,00	4,00	0,468	0,002	1,50-4,00	2,50-4,00
Oma ja yhteinen hyvinvointi	32	32	3,14	3,21	0,069	0,467	2,14-3,86	2,14-3,86
Yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan	31	32	4,00	4,00	0,000	0,982	2,33-4,00	2,00-4,00
Pelkoa potilaan menettämisestä	31	31	4,00	3,50	-0,067	0,450	2,50-4,00	3,00-4,00
Mielialan muutokset*	31	32	1,89	1,72	-0,125	0,050	1,00-2,89	1,00-3,78
Epävarmuus tulevaisuudesta *	29	29	1,67	2,33	0,207	0,217	1,00-4,00	1,00-4,00
Terveydentilan heikentyminen*	32	32	2,44	1,94	-0,318	0,002	1,38-3,50	1,00-3,75
Sosiaalinen eristäytyminen*	32	32	2,25	1,75	-0,320	0,002	1,00-3,75	1,00-4,00
Yhteiselämän monimuutkaistuminen*	32	32	1,62	1,64	-0,030	0,414	1,00-3,00	1,00-3,29

Asteikko 1-4, jossa 4 = ehdottomasti samaa mieltä, 3 = vähän samaa mieltä, 2 = vähän eri mieltä, 1 = ehdottomasti eri mieltä
Taulukkoon on lihavoitu tilastollisesti merkittävästi muuttuneet osa-alueet (p<0,05)

Q₌₀₁₋₀₃ jossa Q₁ on alakvantiili ja Q₃ on yläkvantiili

1.aineisto= potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa

2.aineisto= 6 viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen

*Osio, jossa asteikon merkitys on käänteinen eli pienet arvot tarkoittavat myönteistä tai positiivista merkitystä

5.3.3 Selviytymisen ulkoiseen tukemiseen yhteydessä olleiden tekijöiden muutokset

Verrattaessa potilaan selviytymisen ulkoisessa tukemisessa tapahtuneita muutoksia sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen havaittiin merkittäviä muutoksia potilaiden itsehoitoon motivoitumisen kohdalla. Potilaat kokivat motivoitumisensa itsensä hoitamiseen heidän selviytymistään tukevana sekä sairaalasta kotiutumisen vaiheessa että kuusi viikkoa leikkauksensa jälkeen. Sisällölliseltä merkitykseltään havaittu merkitsevä muutos oli tärkeä, sillä se oli säilynyt lähes yhtä suurena molemmilla vastauskerroilla. Ohjaustilanteissa vallinneen ilmapiirin potilaat kokivat myönteisenä ulkoisena tukena selviytymiselleen. Havaittu merkitsevä muutos oli pieni, ja muutoksen sisällöllinen merkitys säilyi tärkeänä molemmilla vastauskerroilla. (Taulukko 6.)

Läheisten parittaisessa aineistossa merkitsevinä muutoksina havaittiin potilasta hoitaneiden henkilöiden (hoitajat, lääkäri, fysioterapeutti) läsnäolon osoittamisen olleen läheiselle vähäistä. Läsnäolon osoittamiseen kuului muun muassa hoitohenkilökunnan huolenpidon osoittaminen ja avun tarjoaminen läheiselle sekä läheisen huomioiminen ja ohjaaminen. Puutteellisen läsnäolon sisällöllinen merkitys oli suuri, sillä sekä sairaalasta kotiutumisen vaiheessa että kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen läheiset kokivat hoitohenkilökunnan osoittaneen heille läsnäoloaan vähäisesti. Kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen potilasta hoitaneiden henkilöiden läsnäolon koettiin muuttuneen hieman paremmaksi, mutta sen sisällöllinen merkitys säilyi yhä edelleen samana. Läheiset kokivat muutosta potilaan käyttäytymisessä ja perheessä koetuissa erilaisissa tunteissa. Potilaan käyttäytymiseen ja perheessä koettuihin erilaisiin tunteisiin sisältyivät muun muassa läheisen kokema katkeruus ja häpeä potilaan sairaudesta, heidän päivä kerrallaan elämisensä ja läheisen tyytymättömyys omaan elämäänsä. Parittaisessa aineistossa muutoksen sisällöllinen merkitys oli suuri, sillä läheiset kokivat potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen erilaisten tunteiden muuttumattomuuden tukena heidän selviytymiselleen. Muutos sairaalasta kotiutumisesta kuuden viikon jälkeiseen tilanteeseen oli tämän osalta pieni. Tämä osoitti kuitenkin potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen erilaisten tunteiden muuttumattomuuden olleen vielä selvemmin jälkimmäisessä vaiheessa heidän selviytymiselleen tukea antava tekijä. (Taulukko 7.)

Taulukko 6. Potilaiden kokemus selviytymisen ulkoisen tukemisen eri osa-alueiden toteutumisesta

Selviytymisen ulkoisen tuen osa-alueet	n ₁	n ₂	Mediaani		Keskiarvo	p-arvo	Q _{= 01-03}	
			1. aineisto	2. aineisto			1. aineisto	2. aineisto
Itsehoitoon motivoituminen	53	53	3,50	3,20	-0,197	0,022	1,70-4,00	1,70-4,00
Tiedon puutteellisuus	48	51	2,71	2,71	-0,090	0,535	1,29-4,00	1,43-4,00
Läsnäolon osoittaminen	53	53	3,33	3,11	-0,135	0,114	1,78-4,00	1,67-4,00
Ilmapiiiri ohjaustilanteessa	52	52	4,00	3,50	-0,177	0,019	2,00-4,00	2,00-4,00
Potilaan ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioinnin ottaminen	52	53	3,00	3,00	-0,141	0,198	2,00-4,00	1,33-4,00
Potilaan käyttäytyminen ja perheen tunteet*	52	53	1,50	1,43	-0,059	0,147	1,00-3,14	1,00-3,00

Asteikko 1- 4, jossa 4 = ehdottomasti samaa mieltä, 3 = vähän samaa mieltä, 2 = vähän eri mieltä, 1 = ehdottomasti eri mieltä
Taulukkoon on lihavoitu tilastollisesti merkittävästi muuttuneet osa-alueet (p<0.05)

Q_{= 01-03}, jossa Q₁ on alakvartiili ja Q₃ on yläkvartiili

1.aineisto= potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa

2.aineisto= 6 viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen

*Osio, jossa asteikon merkitys on käänteinen eli pienet arvot tarkoittavat myönteistä tai positiivista merkitystä

Taulukko 7. Läheisen kokemus selviytymisen ulkoisen tukemisen eri osa-alueiden toteutumisesta

Selviytymisen ulkoisen tuen osa-alueet	n ₁	n ₂	Mediaani		Keskiarvo	p-arvo	Q _{= 01-03}	
			1. aineisto	2. aineisto			1. aineisto	2. aineisto
Itsehoitoon motivoituminen	28	31	1,75	1,75	0,060	0,429	1,00-2,88	1,00-3,75
Tiedon puutteellisuus	27	29	2,17	2,00	0,005	0,766	1,00-3,67	1,00-4,00
Läsnäolon osoittaminen	28	31	1,30	1,80	0,379	0,010	1,00-2,80	1,00-4,00
Ilmapiiiri ohjaustilanteessa	27	30	2,50	2,25	0,000	0,912	1,00-4,00	1,00-3,50
Läheisen ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioinnin ottaminen	27	29	1,67	2,00	0,026	0,583	1,00-4,00	1,00-4,00
Potilaan käyttäytyminen ja perheen tunteet*	31	32	1,50	1,25	-0,208	0,050	1,00-3,25	1,00-2,25

Asteikko 1- 4, jossa 4 = ehdottomasti samaa mieltä, 3 = vähän samaa mieltä, 2 = vähän eri mieltä, 1 = ehdottomasti eri mieltä
Taulukkoon on lihavoitu tilastollisesti merkittävästi muuttuneet osa-alueet (p<0.05)

Q_{= 01-03}, jossa Q₁ on alakvartiili ja Q₃ on yläkvartiili

1.aineisto= potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa

2.aineisto= 6 viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen

*Osio, jossa asteikon merkitys on käänteinen eli pienet arvot tarkoittavat myönteistä tai positiivista merkitystä

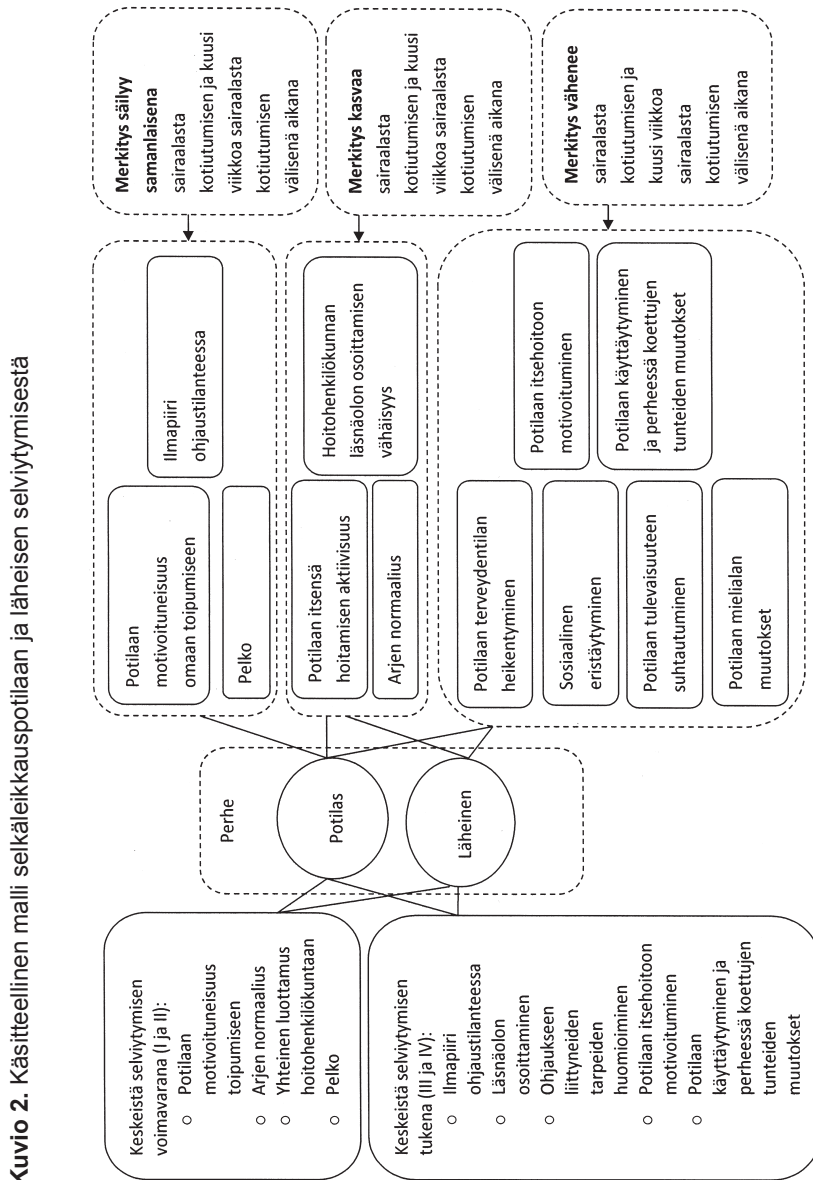
5.4 Selviytymisen mallin kuvaaminen

Potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen voidaan nähdä prosessina, joka on esitetty kuviossa 2. Käsitteellinen malli selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisestä kuvaa molempien selviytymistä kokonaisuutena. Potilas ja läheinen muodostavat yhdessä tässä tutkimuksessa tarkoitettun perheen. Potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa sen jälkeen molempien keskeisinä selviytymisen voimavaroina ovat kokemukset potilaan motivoituneisuudesta omaan toipumiseensa, arjen normaalius perheessä, heidän yhteinen luottamuksensa hoitohenkilökuntaan sekä heidän pelkonsa potilaan menettämisestä. Näiden kokemusten merkitys potilaan ja läheisen näkökulmasta sekä niihin yhteydessä olevien tekijöiden yksityiskohtaisemmat kuvaukset on julkaistu osajulkaisuissa I ja II. Potilaan ja läheisen ulkoiseen tukeen sisältyviä keskeisiä osa-alueita ovat kokemukset heidän ohjaustilanteessaan vallinneesta ilmapiiristä, hoitohenkilökunnan läsnäolon osoittamisesta, heidän ohjaukseensa liittyneiden tarpeiden huomioimisesta, potilaan itsensä hoitamiseen motivoitumisesta sekä potilaan käyttäytymisessä ja perheessä koettujen tunteiden muutoksista. Ulkoisen tuen kokemusten merkitys potilaan ja läheisen näkökulmasta sekä niihin yhteydessä olevien tekijöiden yksityiskohtaisemmat kuvaukset on julkaistu osajulkaisuissa III ja IV.

Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen on yksilöllistä. Potilaan ja läheisen selviytymisen prosessia sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen on kuvattu yksityiskohtaisesti yhteenveto-osan tulososassa. Prosessin kuvaamisessa on otettu esille potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen ja selviytymisen tuen osa-alueita, joiden merkitys säilyy samanlaisena tai merkitys lisääntyy tai vähenee potilaan sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen välisenä aikana. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisen mallissa on kuvattu näkyviin osa-alueet joilla on merkitystä potilaalle ja läheiselle, koska heidän selviytymisen prosessinsa eroavat toisistaan. Potilaan selviytymisen keskeisiä voimavaroja ovat potilaan motivoituneisuus omaan toipumiseensa ja hänen pelkonsa. Ulkoisena tukena hänelle on tärkeää kokemukset ohjaustilanteessa vallinneesta ilmapiiristä. Näiden merkitys säilyy samanlaisena potilaan sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen välisenä aikana. Potilaalle ja läheiselle potilaan itsensä hoitamisen aktiivisuuden ja arjen normaaliuden merkitys selviytymisen voimavarana kasvavat potilaan sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen välisenä aikana. Samalla potilaalle ja läheiselle hoitohenkilökunnan osoittaman läsnäolon vähäisyyden merkitys ulkoisena tukena kasvaa.

Potilaan ja läheisen selviytymisessä on selviytymisen voimavarana ja selviytymisen tukena osa-alueita, joiden merkitys vähenee potilaan sairaalasta kotiutumisen ja kuusi

viikkoa sairaalasta kotiutumisen välisenä aikana. Potilaalle ja läheiselle kokemukset potilaan terveydentilan heikentymisestä, sosiaalisesta eristäytymisestä, tulevaisuuteen suhtautumisesta ja potilaan mielialan muutoksista ovat heille selviytymisen voimavarojen osa-alueita, joiden merkitys vähenee. Potilaan ja läheisen kokemukset potilaan itsehoitoon motivoitumisesta ja perheessä koettujen tunteiden muutoksista ovat heidän selviytymisensä tuen osa-alueita, joiden merkitys vähenee potilaan sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen välisenä aikana.



6.

POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa erityisesti mittaamisen onnistuminen. Tässä tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan määrällisen menetelmän luotettavuuden osalta reliabiliteetin ja validiteetin pohjalta. (Polit ym. 2001, Metsämuuronen 2003.)

Potilaan ja perheen selviytyminen -kyselylomaketta käytettiin ensimmäisen kerran tässä tutkimuksessa. Kyselylomakkeen luotettavuutta pyrittiin parantamaan tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen huolellisella rakentamisella. Mittauksen toistettavuutta pyrittiin parantamaan esitestaamalla kyselylomakkeet potilaalla ja läheisellä, jolloin vastausprosentit olivat korkeat. Kyselylomakkeen reliabiliteettia arvioitiin Chronbachin alfa-kertoimella. Hyväksyttävänä pidettävänä kertoimen arvona pidetään yleensä arvoa 0.70 (Burns & Grove 2007; Polit & Beck 2008). Alfa-kertoimen arvot vaihtelivat potilaan koko tutkimusaineostossa välillä 0.154–0.885 ja läheisen koko tutkimusaineostossa välillä 0.000–0.905. Huomattavasti arvon 0.70 alle jääneiden osioiden arvoja potilailla ja läheisillä selittää väittämien lukumäärän vähäisyys joissakin väittämäryhmässä. Läheisillä huomattavasti alle 0.70:n jääneitä arvoja selittää myös leikkauksesta kulunut aika. Kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen läheiset saattoivat kokea jotkin väittämäryhmät sellaisiksi, että ne oli tarkoitettu huonompikuntoisten potilaiden läheisille. Tutkimuksen kyselylomakkeen luotettavuutta olisi parantanut se, että tutkimuksessa olisi ollut käytettävissä aiemmin käytetty kyselylomake. Päätös tähän tutkimukseen tehtävän kyselylomakkeen rakentamisesta perustui selviytymisen ilmiön mittaamiseen aiemmin käytettyjen kyselylomakkeiden soveltumattomuudelle.

Aikaisemmin selviytymisen mittaamisessa käytettyjä kyselylomakkeita on käytetty tutkimuksissa yhdessä useiden kyselylomakkeiden kanssa. Näissä tutkimuksissa selviytymisen kyselylomakkeita on käytetty potilaiden fysiologisen ja fyysisen terveyden mittaamiseen (Gammon & Mulholland 1996), havainnointikyvyn mittaamiseen (Gammon & Mulholland 1996), selviytymisen käyttäytymisen mittaamiseen (de Groot ym. 1997, Rosenberger ym. 2004), selviytymisen strategioiden mittaamiseen (Dropkin 2001) ja potilaan aktiivisen jaksamisen mittaamiseen (Rosenberger ym. 2004). Tässä tutkimuksessa käytetyillä kyselylomakkeilla on mitattu potilaan ja hänen läheisensä selviytymistä kokonaisvaltaisesti.

Tässä tutkimuksessa validiteetin arvioinnin kohteena olivat sisältö- ja rakennevaliditeetti sekä ulkoinen ja sisäinen validiteetti (Metsämuuronen 2003; Burns & Grove 2007). Sisältövaliditeetin osalta tarkastellaan sitä, mittaako kyselylomake sitä, mitä sen on tarkoitettu mittaavan ja onko tutkimuksessa käytetyt käsitteet kuvattu riittävän laajasti kyseisen ilmiön osalta (Metsämuuronen 2003). Kyselylomakkeen sisältövaliditeettia pyrittiin parantamaan perehtymällä laajasti tutkittavaan ilmiöön, hyödyntämällä pilottitutkimusta ja asiantuntijapaneelia. Tutkittavaan ilmiöön perehtymisessä hyödynnettiin laajoja tutkimusaineistohakujen kautta esille saatuja tieteellisiä kotimaisia ja ulkomaisia julkaisuja. Kyselylomakkeen rakentamisessa hyödynnety pilottitutkimus oli laadullinen tutkimus, jonka luotettavuuden tarkastelun yhteydessä on pohdittu koko tutkimusprosessin luotettavuutta arvioimalla tutkimusaineiston keräämistä, aineiston analysointia ja tutkimuksen raportointia (Kylmä & Juvakka 2007). Asiantuntijapaneeli arvioi, vastasiko kyselylomakkeiden sisältö taustateoriaa (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006). Asiantuntijapaneeli arvioi erikseen potilaalle ja läheiselle tarkoitettuja kyselylomakkeita heinäkuussa 2007, ja arvioinnissa hyödynnettiin arviointiasteikkoa ja sanallista arviointia. Kyselylomakkeen face-validiteetin arvioimiseksi asiantuntijapaneelia pyydettiin arvioimaan kyselylomakkeen sopivuutta selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisen mittaamiseen potilaan leikkauksen jälkeen. Arviointitulokset tilastoitiin, ja vastauksista laskettiin kyllä- ja ei-arvioiden prosentuaaliset osuudet. Arviointitulosten laskettu yksimielisyys oli potilaalle tarkoitettussa mittarissa 88,0 prosenttia ja läheiselle tarkoitettussa mittarissa 87,5 prosenttia. Prosentuaaliset osuudet olivat molemmissa mittareissa arvoiltaan hyvät (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006). Tuloksia hyödynnettiin mittareiden muokkaamisessa ja kehittämisessä.

Tutkimuksessa käytettyjä aineistohakuja päivitettiin ja täydennettiin tutkimusprosessin aikana. Tutkimuskohdetta koskeneiden tieteellisten julkaisujen määrä on ollut kohtuullinen, ja lopulliseen tutkimusyhteenvedojulkaisuun on otettu mukaan

myös melko vanhoja tutkimuksia. Tämä on tehty sen vuoksi, että tutkimuskohteena olleesta joukosta, aikuisista selkäleikkauspotilaista ja heidän läheisistään, on ollut lopulta vain vähän tutkimustietoa saatavilla.

Rakennevaliditeetti kuvaa sitä, missä määrin menetelmät mittaavat sitä ominaisuutta, jota niiden tulisi mitata (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006). Kyselylomakkeiden luotettavuuden arvioimisessa luovuttiin rinnakkaismittauksesta ja testi-uusintatestistä. Rinnakkaismittauksen esteeksi muodostui se, että siihen soveltuva rinnakkaismittaria ei ollut löydettävissä. Testi-uusintatestin hyödyntämisen esteenä oli se, että mittausten välillä itse mitattava ilmiö olisi muuttunut. VAS-mittarille testi-uusintamittaus ei ole soveltuva, sillä mittausten välinen aika olisi muuttanut mitattavaa ilmiötä ja asteikko sisältää yhden kohteen mittaamisen. Muita rinnakkaismenetelmiä ei voitu käyttää. (Burns & Grove 2007; Polit & Beck 2010.)

Tutkimuksen sisäinen validiteetti liittyy tulosten uskottavuuteen ja siihen, miten tutkija on onnistunut kuvaamaan tiedonantajinaan olleiden potilaiden ja läheisten todellisuutta (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimus oli pitkittäistutkimus, jossa tutkimusaineistoon ulkoisesti vaikuttavia sekoittavia tekijöitä syntyi tutkimusympäristöstä, -ajankohdasta ja -olosuhteista (Polit ym. 2001). Tutkimusympäristöön vaikuttavia tekijöitä voitiin kontrolloida sillä, että tutkimusaineiston kerääminen suoritettiin kahdentyyppisessä ympäristössä, vuodeosastolla ja potilaan ja perheen kotona. Tutkimusajankohdasta syntyviin sekoittaviin tekijöihin pyrittiin vaikuttamaan sillä, että tutkimusaineisto kerättiin potilaalta ja läheiseltä samana ajankohtana. Tutkimusolosuhteista syntyviä sekoittavia tekijöitä pyrittiin kontrolloimaan sillä, että ennen tutkimusaineiston keruuta varmistuttiin siitä, että hoitohenkilökunnan yhteydenpito potilaaseen ja läheiseen oli sairaalahoidon jälkeen samanlaista. Tutkimukseen osallistunut potilasryhmä oli erittäin homogeeninen, sillä tutkimukseen osallistuvat oli rajattu erittäin tarkasti iän, sairauden ja heille tehtävän toimenpiteen mukaan. Tutkimukseen osallistuvat läheiset rajautuivat tutkimukseen mukaan potilaan tutkimukseen määrätymisen kautta.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä (Burns & Grove 2007). Tämän tutkimuksen rajoituksena on aineiston keruu pitkittäistutkimuksena yhdestä keskussairaalasta. Tutkimukseen osallistui sairaalasta kotiutumisen vaiheessa 150 potilasta ja 150 läheistä. Kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen tutkimukseen osallistui 126 potilasta ja 126 läheistä. Kyselylomakkeiden palautusprosentit olivat potilailla 61 ja 48. Läheisten osalta palautusprosentit olivat 37 ja 40. Vastausprosentit ovat alhaiset ja vaikuttavat siihen, miten yleistettäviä tutkimuksesta saadut tulokset ovat. Tutkimuksen tuloksia voidaan

pitää arvokkaina pienistä vastaajamääristä huolimatta, koska selkäleikkauspotilaiden ja läheisten selviytymisestä sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja potilaan leikkauksesta toipumisen myöhäisemmässä vaiheessa on vähän tietoa. Tutkimustulosten voidaan katsoa olevan yleistettävissä keskussairaalassa hoidettavana olleen aikuisen selkäleikkauspotilaan ja hänen läheisensä selviytymisen kokemuksina. Koko maan keskussairaaloiden osalta tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Palautetuista kyselylomakkeista tilastointiin hyväksyttiin kaikki palautuneet kyselylomakkeet. Analysointivaiheessa tarkistettiin, oliko kysymysosioon vastaamatta jääneiden kohtien määrä yli 20 %. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että analyysissa olleiden kysymysosioiden vastausten määrä oli yli 80 %. Analysointivaiheessa tämä tarkoitti sitä, että kysymysosioittain hylättyjen vastausten määrä vaihteli potilailla ja läheisillä molemmissa aineistoissa. Parittaisessa tutkimusaineistossa vastausten määrä kysymysosioissa oli yli 80 prosenttia, ja luotettavan vastausaineiston muodostamisessa hyödynnettiin taustamuuttujatietoja molemmilta vastauskerroilta. Puutteellisesti täytetyistä lomakkeista osa oli jätetty kesken tai joihinkin kyselylomakkeen sivuista oli jätetty vastaamatta ilmeisesti vahingossa. Kyselylomakkeen pituus on saattanut vaikuttaa siihen, ettei koko lomaketta ole täytetty loppuun saakka. Läheisten matalaan palautusprosenttiin on saattanut vaikuttaa se, että toisinaan läheinen sai kyselylomakkeen potilaan kautta. Kyselylomakkeen käyttöön liittyvänä rajoituksena ja vastausprosenttien määrään on voinut vaikuttaa aineistonkeruun vaihe, koska se kohdistui juuri siihen hetkeen, kun potilas oli lähdössä sairaalasta. Kotiinlähdön hetkellä heidän motivaationsa tutkimukseen osallistumiseen on voinut olla alhainen. Toisen vaiheen kyselyssä vastausten määrään on saattanut vaikuttaa se, että potilaan toipuminen on ollut leikkaushoidon jälkeen jo niin pitkällä, että kysymyksiä ei ehkä ole enää koettu ajankohtaisiksi. Lisäksi potilas ja läheinen ovat voineet keskustella keskenään etukäteen kyselyyn vastaamisesta, jolloin se on saattanut vaikuttaa heidän vastaustensa sisältöön.

Tutkimuksen otoksen edustavuuteen vaikuttaa myös kato. Tässä tutkimuksessa ensimmäisen ja toisen vaiheen osallistumisessa tutkimukseen oli lukumääräisiä eroja, mikä on tyypillistä pitkittäistutkimuksessa. Kummassakaan vaiheessa potilaan ja läheisen aineistoista ei pystytty selvittämään vastaamattomien tarkkaa lukumäärää ja sen vaikutusta otoksen edustavuuteen, koska näistä ei pidetty nimelistaa. Potilaan ja läheisten aineistojen kokoja voidaan pitää kuitenkin kohtuullisina, sillä tutkimusaineiston keruu kirjekyselynä oli haastava. Vastaajakato on yleensä suurin juuri kirjekyselyssä. Vastaajakatoa pyrittiin vähentämään motivoivan saatekirjeen, helposti täytettävän kyselylomakkeen ja valmiiden palautuskuorien avulla. (Heikkilä 2010.) Tutkimuksen aineiston keruu-aika oli varsin pitkä ja arvioitiin, että vastaajajoukon

kasvattaminen uusintakyselyllä ei olisi enää ollut tarkoituksenmukaista. Lisäksi tutkimusaineiston keruu kohdistettiin kaikilla tutkimukseen osallistuneilla kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen, jolloin uusintakysely olisi hajottanut mahdollisten vastaajien vastausaikaa ja itse tutkittava ilmiö olisi muuttunut.

Aineiston analysoinnissa tarkastettiin muuttujien jakauman muoto, joka ei ollut normaalijakauman mukainen. Aineiston testaamisessa käytettiin ei-parametrisia menetelmiä, jotka soveltuvat pienten tutkimusaineistojen analysointiin. (Metsämuuronen 2004.)

6.2 Tulosten tarkastelu

Aikaisemmissa tutkimuksissa aikuisen selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymistä on tutkittu vähän, ja tutkimuksissa on keskitytty selkäleikkauksessa olleiden potilaan näkökulmasta kliinisten leikkaustulosten tarkasteluun, kipukokemuksiin, pelkoon uudelleen sairastumisesta, fyysisen toimintakyvyn muutoksiin, työkykyyn, leikkausinfektioihin ja -komplikaatioihin sekä potilaiden elämänlaatuun (esim. Starkweather ym. 2008; Browne ym. 2007; Manca ym. 2008; Johansson ym. 2010). Potilaan selviytymistä on tutkittu aiemmin muiden kuin selkäleikkauspotilaiden kohdalla (kts. Hoffman Barone & Walters 2012). Potilaan selviytymistä koskeissa aikaisemmissa tutkimuksissa on tutkimuksen kohteena ollut leikkauspotilaan selviytymisen käyttäytyminen ja sen yhteys potilaan toipumiseen. Potilaiden kokemuksia on tutkittu ajallisesti ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen (esim. Jacobson ym. 2008; Hedlund ym. 2010). Läheisten näkökulmasta aiempaa tutkimustietoa löytyy heidän merkityksestään potilaan hoitamiseen liittyvänä tiedonantajana (Buchanan ym. 2000; Abergel ym. 2004), läheisen tiedollisen tuen saamisesta (esim. Luszynska ym. 2007) ja potilaan sairaudesta selviytymisestä (esim. Rantanen ym. 2010; Tastan ym. 2011). Potilaan ja läheisen sosiaalisen tuen saamisesta hoitohenkilökunnalta löytyy niukasti tietoa leikkauspotilaiden näkökulmasta (Koivula 2002; Gustafsson & Ahlström 2006). Aikaisemmissa tutkimuksissa selviytymisen mittaaminen on kohdistunut potilaiden stressin, ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, selviytymisen strategioiden ja potilaan aktiivisuuden mittaamiseen. Läheisten selviytymisen mittaaminen on kohdistunut stressin ja sosiaalisen tuen mittaamiseen.

Tämä tutkimus tuotti uutta näkökulmaa, miten potilaan ja läheisen selviytyminen voimavarana, tukemisena, eri ajankohtina ja muutoksina ovat merkittäviä asioita heille

molemmille erikseen ja yhdessä. Lisäksi tutkimus tuotti uutta tietoa selkäleikkauksen kokeneiden potilaiden ja heidän läheistensä selviytymisestä.

Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet potilaat ja läheiset kokivat potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa myönteisimpänä selviytymisensä voimavarana potilaan oman motivoituneisuuden omaan toipumiseensa sekä yhteisen luottamuksen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Pelon molemmat kokivat huonontavan selviytymisen voimavaroja. Tulokset kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen osoittivat potilaiden ja läheisten kokevan edellisten lisäksi arjen normaaliuden myönteisenä selviytymisensä voimavarana. Tutkimuksen tulokset potilaan oman motivoituneisuuden yhteydestä selviytymiseen vahvistavat aikaisempia tuloksia siitä, millainen merkitys potilaan aktiivisella omaan hoitamiseen osallistumisella on hänen onnistuneelle selviytymiselleen (LaMontage ym. 2004; Hedlund ym. 2010). Tutkimuksen tulokset yhteisestä luottamuksesta hoitohenkilökuntaa kohtaa vahvistaa aikaisempia tuloksia siitä, että hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli potilaan ja läheisen tukijana (Dropkin 1999; Kopp ym. 2003; LaMontage ym. 2004; Drageset ym. 2009; Yilmaz ym. 2011) ja potilaat luottavat hoitajien ammattitaitoon (Lepola ym. 2001).

Tässä tutkimuksessa tulokset selviytymisen muutoksista sairaalasta kotiutumisen ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeisten vaiheiden välillä tuovat esille potilaan toipumisen edistymisen, siinä tapahtuvat muutokset ja niiden merkityksen potilaan ja läheisen selviytymiselle. Tutkimuksen tulokset osoittivat potilaan motivoituneisuuden omaan toipumiseen olevan potilaalle selviytymisen voimavarana osa-alue jonka merkitys oli yhtä tärkeää ja myönteinen asia hänen selviytymiselleen leikkauksesta toipumisen aikana. Pelko heikensi potilaan voimavaroja yhä edelleen, vaikka potilaan leikkauksesta oli jo kuusi viikkoa aikaa. Tutkimuksen tulokset potilaan ja läheisen pelon kokemuksesta ja niiden merkityksestä heidän selviytymiselleen vahvistavat aikaisempia tuloksia siitä, että leikkauksen läpikäyminen on heidän molempien selviytymistään uhkaava pelottava kokemus sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja sen jälkeenkin (Buchanan ym. 2000; Lepola ym. 2001; Wideheim ym. 2002; denBoer ym. 2006/b; Tastan ym. 2011). Läheisen tulokset arjen normaaliudesta muuttuivat merkitykseltään yhä suuremmaksi ja olivat selviytymisen voimavarana myönteinen asia läheiselle potilaan leikkauksesta toipumisen aikana. Aikaisemmissa tutkimuksissa läheisen selviytymisessä on korostunut pyrkimys päivittäiseen tavanomaiseen elämään ja käytännön asioihin keskittyminen (Wideheim ym. 2002). Potilaan ja läheisen tulokset potilaan itsensä hoitamisen aktiivisuuden merkityksen kasvamisesta sisäisenä voimavarana tuli tutkimuksessa esille verrattaessa potilaan sairaalasta kotiutumisen vaihetta ja kuusi viikkoa sairaalasta kotiutumisen välistä aikaa. Tulokset viittaavat potilaan terveydentilassa

tapahtuneisiin myönteisiin muutoksiin potilaan ja läheisen näkökulmasta, potilaan toipumisen edistymiseen ja potilaan omatoimisuuden lisääntymiseen. Rosenbergerin ym. (2004) tutkimuksessa saadut tulokset potilaan selviytymisen käyttäytymisen vaikutuksista hänen itsensä hoitamiseen tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Rydholm Hedmanin ym. (2010) tutkimuksessa saadut tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Heidän tutkimuksessaan läheisen terveydentilaan vaikuttaa heidän tyytyväisyytensä potilaan toipumisen edistymiseen ja potilaan terveydentilaan ja tällä on läheisen kokemuksiin enemmän merkitystä kuin itse leikkauksella.

Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet potilaat ja läheiset kokivat potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa myönteisimpänä ulkoisena tukena selviytymiselleen ilmapiirin ohjaustilanteessa ja potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen erilaisten tunteiden muuttumattomuuden. Potilaat kokivat suurimpana tukenaan myös hoitavien henkilöiden läsnäolon osoittamisen ja heidän ohjaukseensa liittyneiden tarpeiden huomioimisen ja itsehoitoon motivoitumisensa. Sahlstenin ym. (2007) tutkimuksessa saadut tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Heidän tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan läheinen suhde potilaaseen ja aktiivinen vuorovaikutus ja tasavertainen kohtaaminen potilaan kanssa edistivät potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa. Läheiset kokivat potilasta hoitaneiden henkilöiden osoittaneen läsnäoloaan vähäisesti potilaan kotiutumisen vaiheessa. Tutkimuksen tulokset läsnäolon osoittamisen vähäisyydestä poikkeavat aikaisemmista tutkimuksista, joissa on todettu läheisten saavan potilaan sairaalahoidon aikana emotionaalista ja tiedollista tukea (Mattila ym. 2009) ja hoitohenkilökunnan huomioivan heidät potilaan hoitamisessa (Majasaari ym. 2005). Lisäksi aikaisemmat tutkimukset perheen tuen tarpeesta ovat osoittaneet sosiaalisen tuen saamisen olevan perheelle potilaan sairaudesta ja eri elämäntilanteista selviytymisen kannalta tärkeää (Kyngäs 1999; Rantanen ym. 2010; Shyu ym. 2011; Tastan ym. 2011). Tulokset kuusi viikkoa potilaan leikkauksen jälkeen osoittivat potilaan ja läheisen kokevan suurimpana ulkoisena tukena selviytymiselleen ilmapiirin ohjaustilanteessa, potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen tunteiden muuttumattomuuden. Tutkimuksen tulokset potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen tunteiden muuttumattomuudesta vahvistavat aikaisempia tuloksia siitä, että jokaisen selviytymisen käyttäytyminen on yksilöllistä (Drageset ym. 2009) ja perheeseen kuuluvien jäsenten terveyteen vaikuttaa heidän keskinäiset suhteensa (Åstedt-Kurki ym. 2004). Potilaat kokivat myönteisenä tukenaan itsehoitoon motivoitumisen ja potilasta hoitaneiden henkilöiden läsnäolon osoittamisen. Tuloksissa läheinen koki potilasta hoitaneiden henkilöiden osoittaneen heille läsnäoloaan vähäisesti ja potilaan ohjaukseen liittyneiden tarpeiden huomioimisen olleen puutteellista. Rantasen ym.

(2010) tutkimuksessa perheen tukemisessa perheiden kohtaaminen oli onnistunut, tässä tutkimuksessa tulokset läheisten kohtaamisesta olivat päinvastaiset aiempien tutkimusten kanssa. Perälän ym. (1999) ja Auran ym. (2010) tutkimuksissa läheiset olivat kokeneet yhteistyösuhteensa hoitohenkilökunnan kanssa hyväksi, vaikka läheisten omaa jaksamista tukeva tieto oli ollut riittämätöntä.

Tutkimuksen tulokset selviytymisen muutoksista sairaalasta kotiutumisen ja kuuden viikon jälkeen osoittivat ilmapiirin ohjaustilanteessa olleen potilaalle myönteinen tuki ja sen merkitys voimavarana säilyi potilaan toipumisen edistyessä. Läheinen koki hoitohenkilökunnan läsnäolon osoittamisen vähäisyyden olleen läheiselle selviytymisen tukena osa-alue, jonka sisällöllinen merkitys kasvoi potilaan toipumisen edistyessä. Tutkimuksen tulokset potilaan ohjaustilanteessa vallinneen ilmapiirin merkityksestä potilaalle ja hoitohenkilökunnan läsnäolon osoittamisen vähäisyyden merkityksestä läheiselle osoittivat hoitohenkilökunnan ymmärtäneen roolinsa ainoastaan potilaan tukijana. Giskan ja Gjengedal (2006) tutkimuksessa potilaat odottivat sairaalahoitonsa aikana hoitohenkilökunnan ymmärtävän heidän tilanteensa ja olevan heidän tukijoitaan. Tulosten mukaan potilaat ja läheiset kokivat potilaan itsehoitoon motivoitumisen merkityksen vähenevän selviytymisensä tukena potilaan toipumisen edistyessä. Läheisellä potilaan käyttäytymisen ja perheessä koettujen tunteiden muuttumattomuuden merkitys selviytymisen tukena väheni potilaan toipumisen edistyessä. Selviytymisen voimavaroihin kuuluvissa tuloksissa potilas ja läheinen kokivat potilaan toipumisen edistyessä heidän terveydentilansa heikentymisen ja sosiaalisen eristymisensä vähentyneen. Potilas ja läheinen kokivat nämä positiivisina muutoksina voimavaroilleen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty potilaan fyysisellä toipumisella olevan vaikutusta potilaan terveydentilaan ja selviytymisen käyttäytymiseen, ja tältä osin aiempien tutkimusten tulokset vahvistavat tämän tutkimuksen tuloksia (Gammon & Mulholland 1996 a/b; de Groot ym. 1997; Dropkin 2001; Salmon ym. 2001; Rosenberger ym. 2004; denBoer ym. 2006; Giske & Gjengedal 2006; Gustafsson & Ahlström 2006; Urcuyo ym. 2005; Hedlund ym. 2010; Johansson ym. 2010).

Johanssonin ym. (2010) tutkimuksessa potilaiden työhön paluuseen liittyvien odotusten kartoittaminen on tärkeää, jotta voidaan ajoissa tunnistaa ne potilaat, joilla on syntymässä tarve pidempiaikaiseen sairauslomaan tai työkyvyttömyyteen. Tässä tutkimuksessa tulokset potilaiden tulevaisuuteen suhtautumisen muutoksista koettiin myönteisenä selviytymisen voimavarana, vaikka niiden merkitys oli vähäisempi potilaan toipumisen edistyessä. Tulos potilaan mielialan muutosten vähentymisestä, johon sisältyi myös läheisen omat mielialavaihtelut, hermostuneisuus ja henkinen väsymys, koettiin positiivisena muutoksena läheisen selviytymisen voimavaroille. Tutkimuksen

tulos potilaan mielialan muutoksista vahvistaa aiempia tuloksia siitä, että läheisen selviytymiseen heijastuvat potilaan sairastaminen ja siitä toipuminen (Wideheim ym. 2002; Majasaari ym. 2005; Åstedt-Kurki ym. 2004; Rydholm Hedman ym. 2010).

Tuotetun mallin avulla pystyttiin nostamaan esiin potilaan ja läheisen selviytymisen keskeiset kokemukset ja niiden yhteydet heidän voimavaroihinsa ja ulkoiseen tukemiseensa. Malli on laaja kuvaus potilaan ja läheisen kokemuksista. Haasteena oli yhtenäisen kokonaisuuden muodostaminen useasta eri osa-alueesta, jossa mukana olivat sekä potilaan että läheisen kokemukset selviytymisestä.

Malli selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisestä on muodostettu potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarana ja tukena esiintyvistä keskeisistä osa-alueista, ajallinen tarkastelu on ollut potilaan sairaalasta kotiutumisen vaihe ja kuusi viikkoa potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Potilas ja läheinen ovat yhdessä osa perhettä. Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen ja ulkoisen tuen osa-alueiden merkitys muuttuu potilaan toipumisen edistyessä. Mallissa kuvataan näiden osa-alueiden merkityksen säilyminen ja muuttuminen ja niiden yhteydet potilaaseen ja läheiseen. Potilaan ja läheisen selviytyminen ovat yksilöllisiä kokemuksia, ja mallissa yksilöllinen selviytyminen on kuvattu kokonaisuuteen kuuluvien osien yhdistämisen avulla.

6.3 Tulosten hyödyntäminen

Aikuisen selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisestä on vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Tutkimuksessa potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen, ulkoisen tukemisen ja kokonaiselviytymisen eroavaisuudet osoittivat, miten tärkeää hoitotyössä on molempien yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja selviytymisen yksilöllinen tukeminen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä perhehoitotyön mukaisia toimintamalleja hoitotyöhön selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymisen edistämiseksi ja samalla heidän terveydentilansa parantamiseksi. Tulosten pohjalta kehitettyä mallia potilaan ja läheisen selviytymisestä voidaan hyödyntää soveltaen myös muiden leikkauspotilaiden hoitamisessa, ja sitä voidaan edelleen kehittää vastaamaan paremmin muiden leikkauspotilaiden tarpeita.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat kehittämisehdotukset:

1. Potilaiden ja läheisten hoitamiseen tulisi kehittää selviytymisen voimavaroja tukevia toimintamalleja, joiden avulla voidaan edistää ja tukea molempien selviytymistä sairaalasta kotiutumisen jälkeen.
2. Hoitotyössä on oleellista lievittää sekä potilaiden että läheisten pelkoja potilaan sairaudesta.
3. Hoitohenkilökunnan tulisi kehittää potilaan ja läheisen hoitamiseen toimintamalleja, joiden avulla he voivat varmistua paremmin potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen ja tukemisen riittävydestä.
4. Potilaiden ja läheisten hoitamiseen potilaan toipumisen aikana tulisi kehittää hoitotyöhön soveltuvia menetelmiä, joiden avulla voidaan mahdollistaa hoitohenkilökunnan läsnäolo potilaan toipumisen aikana.
5. Hoitotyössä tulee kiinnittää riittävästi huomiota siihen, että potilaan ja läheisen selviytymiseen ovat yhteydessä molempien voimavarat ja tukeminen.
6. Hoitohenkilökunnan luottamusta herättävä toiminta ja potilaan motivoiminen omaan toipumiseen vahvistaa sekä potilaan että läheisen selviytymisen voimavaroja.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa selviytymistä, siihen sisältyviä voimavaroja ja selviytymisen tukemista tutkittiin yhden keskussairaalan kahdella vuodeosastolla. Tutkimusaineisto kerättiin kahdessa eri vaiheessa. Jatkotutkimuksessa selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytymistä voisi tutkia laajemmassa tutkimusympäristössä siten, että mukaan sisällytettäisiin useampien erikoisalojen aikuisia leikkaukspotilaita ja heidän läheisiään. Jatkossa potilaan ja läheisen selviytymistä voitaisiin selvittää tarkemmin myös henkilökunnan näkökulmasta.

Tutkimuksessa potilaan ja läheisen selviytymistä mitattiin tutkimusta varten laaditulla mittarilla. Jatkotutkimusta varten mittaria tulisi testata ja kehittää pidemmälle. Mittarin soveltuvuutta toipumisen myöhäisemmän vaiheen tutkimiseen tulisi myös testata ja kehittää.

Tutkimustulokset osoittavat, että selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen ovat pääosin hyvin samankaltaisia keskeisten selviytymisen voimavarojen ja ulkoisen tukemisen osalta. Potilaiden ja läheisten kokonaiselviytyminen sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen erosivat toisistaan ja korostivat yksilöllisen hoitotyön merkitystä potilaiden ja läheisten hoitamisessa. Tutkittaessa

potilaan ja läheisen selviytymistä prosessina sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen selviytymisessä on eroja. Jatkotutkimuksessa voitaisiin kartoittaa tarkemmin sairaaloiden hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia uudenlaisen tuen antamiseen potilaalle ja läheiselle, kun potilas on kotiutunut sairaalasta. Interventiomenetelmien kehittämistä potilaiden ja läheisten selviytymisen tukemiseen olisi myös perhehoitotyöhön soveltuvien menetelmien kehittämisen näkökulmasta hyödyllistä kartoittaa jatkossa tarkemmin. Teknologian hyödyntäminen hoitohenkilökunnan yhteydenpidossa potilaaseen ja läheiseen potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen tukisivat yhtenä perhehoitotyön menetelmänä heidän hoitoaan. Lisäksi nykyajan kiireellisessä ja haasteellisessa sairaalaympäristössä se tukisi hoitohenkilökunnan työstä selviytymistä.

Lähteet

- Aalto T. J., Malmivaara A., Kovacs F., Herno A., Alen M., Salmi L., Kröger H., Andrade J., Jiménez R., Tapaninaho A., Turunen V., Savolainen S. & Airaksinen, O. 2006. Preoperative predictors for postoperative clinical outcome in lumbar spinal stenosis. *Spine* 31(18), 648–663.
- Abbott A. D., Hedlund R. & Tyni-Lenne R. 2011. Patients' experience post-lumbar fusion regarding back problems, recovery and expectations in terms of the international classification of functioning, disability and health. *Disability and rehabilitation* 33(15–16), 1 399–1 408. doi: 10.3109/09638288.2010.533240.
- Abergel A., Spector S., Khafif A., & Fliss D. M. 2004. Patient, caregiver, and surgeon perceptions of quality of life following anterior skull base surgery. *Arch otolaryngol head neck surgery* 130 (11), 1 276–1 281. doi:10.1001/archotol.130.11.1276.
- Alaselkäsaairaudet (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 22.9.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Aura M., Paavilainen E., Asikainen P., Heikkilä A., Lipponen V. & Åstedt-Kurki P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* 8(2), 14–21.
- Banner D., Miers M., Clarke B. & Albarran J. 2011. Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 919–930.
- Boughton M., & Halliday L. 2009. Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse* 33(1), 30–40.
- Brigitte S. & Cypress R. N. (eds.) (2010). The intensive care unit. Experiences of patients, families and their nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 29 (2), 94–101.
- Browne J., Cook C., Pietrobon R., Bethel M. A. & Richardson J. 2007. Diabetes and early postoperative outcomes following lumbar fusion. *Spine* 32(20), 2 214–2 219.
- Buchanan K., Elias L. J. & Goplen G. B. 2000. Differing perspectives on outcome after subarachnoid hemorrhage: the patient, the relative, the neurosurgeon. *Neurosurgery* 46(4), 831–840. doi:10.1097/00006123-200004000-00012.
- Burns N. & Grove S. K. 2007. Understanding nursing research. Building an evidence-based practice. 4th edition. Elsevier Saunders, Philadelphia. Sivut 209–212, 382, 390–391, 423–424, 445–472.
- Burns N. & Grove S. K. 2005. The practise of nursing research. Conduct, critique & utilization. Fifth edition. Elsevier Saunders, Missouri. Sivut 441–460, 483–499, 517–534.
- Carver C. S. & Connor-Smith J. 2010. Personality and coping. *The Annual Review of Psychology* 61, 679–704. doi: 10.1146/annurew.psych.093008.100352.
- Cypress B. 2010. The intensive care unit: Experiences of patients, families and their nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 29(2), 94–98.
- Danielsson A. 2007. What impact does spinal deformity correction for adolescent idiopathic scoliosis make on quality of life. *Spine* 32(19), 101–108.
- De Groot K. I., Boeke S., Van der Berge H. J., Duivenvoorden H. J., Bonke B. & Passchier J. 1997. The influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. *Pain* 68, 19–25.

- den Boer J. J., Oostendorp R. A. B., Beems T., Munneke M. & Evers A. W. M. 2006/a. Reduced work capacity after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral and work-related risk factors. *Pain* 126, 72–78. doi:10.1016/j.pain.2006.06.010.
- den Boer J. J., Oostendorp R. A. B., Beems T., Munneke M. & Evers, A. W. M. 2006/b. Continued disability and pain after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral factors. *Pain* 123, 45–52. doi:10.1016/j.pain.2006.02.008.
- Drageset S, Lindström T. C., & Underlid K. 2010. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing* 66(1), 149–158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x.
- Dropkin M. J. 1999. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Practice* 7(6), 309–313. doi:10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x.
- Dropkin M. J. 2001. Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nursing* 24(2), 143–148. doi:10.1097/00002820-200104000-00010.
- Elder J., Hoh D. & Wang M. Y. 2008. Postoperative continuous paravertebral anesthetic infusion for pain control in lumbar spinal fusion surgery. *Spine* 33(2), 210–218. doi:10.1097/BRS.0b013e318160447a.
- Etene 2001. Terveystienon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisusarja I. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.etene.org/dokumentit.shtml>. Luettu 5.5.2012.
- Falicov A., Fisher C. G., Sparkes J., Boyd M. C., Wing P. C. & Dvorak M. F. 2006. Impact of surgical intervention on quality of life in patients with spinal metastases. *Spine* 31(24), 2 849–2 856.
- Friedman M. M., Bowden V. R., Jones E. G. 2003. Family nursing research, theory and practice. Fifth Edition. Pearson education, Uppersaddle river, New Jersey. Sivut 35–58, 463–510.
- Gammon J., & Mullholland C. W. 1996a. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 24, 303–308.
- Gammon J., & Mullholland C. W. 1996b. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies* 33(6), 589–604.
- Giannini S., Faldini C., Pagkrati S., Grandi G., Romagnoli M. & Merlini L. 2006. Surgical treatment of neck hyperextension in duchenne muscular dystrophy by posterior interspinous fusion. *Spine* 31(16), 1 805–1 809.
- Gilmartin J. & Wright K. 2008. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2 418–2 425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x.
- Gilmartin J. 2007. Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1 109–1 117. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01548.x.
- Giske T. & Gjengedal E. 2006 'Preparative waiting' and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing* 57(1), 87–94.
- Glassman S. D., Hamill C. L., Bridwell K. H., Schwab F., Dimar J. R. & Lowe T. G. 2007. The impact of perioperative complications on clinical outcome in adult deformity surgery. *Spine* 32 (24), 2 764–2 770. doi:10.1097/BRS.0b013e31815a7644.

- Gustafsson M. & Ahlström G. 2006. Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43(5), 557–565.
- Hedlund M., Ronne-Engström E., Carlsson M. & Ekselius L. 2010. Coping strategies, health-related quality of life and psychiatric history in patients with aneurismal subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurochir* 152(8), 1 375–1 382. doi:10.1007/s00701-010-0673-y.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Edita Prima Oy, Helsinki. Sivut 61, 234.
- Heikkilä T. 2010. Tilastollinen tutkimus 7-8. painos. Edita Prima Oy, Helsinki. Sivut 66–67, 194–195.
- Heino, T. 2005. *Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta.* (Counselling of a day surgery arthroscopy patient in the patient's experience.) (Academic Dissertation). Tampere, Finland: Acta Universitatis Tampereensis 1077.
- Helenius I., Remes V., Lamberg T., Schlenzka D. & Poussa M. 2008. Long-term health-related quality of life after surgery for adolescent idiopathic scoliosis and spondylolisthesis. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 90, 1 231–1 239. doi:10.2106/JBJS.G.00114.
- Heliövaara M., Slätis P. & Paavolainen P. 2009. Nivelrikon esiintyvyyttä ja kustannukset. *Duodecim* 124, 1 869–1 874.
- Herno A. 1999. Lannerankakanavan ahtauma. *Duodecim* 115, 1 755–1 762.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsingin yliopisto, Helsinki. Sivut 19–20.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Hämeenlinna. Sivut 145–146, 231–233.
- Hoffman Barone S. & Waters K. 2012. Coping and adaptation in adults living with spinal cord injury. *American Association of Neuroscience Nurses* 44(5), 271–283. doi:10.1097/JNN.0b013e3182666203.
- Howard A., Donaldson S., Hedden D., Stephens D., Alman B. & Wright J. 2007. Improvement in quality of life following surgery for adolescent idiopathic scoliosis. *Spine* 32(24), 2 715–2 718.
- Huang M. E., Wartella J., Kreutzer J., Broaddus W. & Lyckholm L. 2001. Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a review of the literature. *Brain Injury* 15(10), 843–856. doi:10.1080/02699050010013653.
- Hurme M. & Alaranta H. 1999. Leikatun välilevyypotilaan ennuste. *Duodecim* 115, 1 749–1 753.
- Ibrahim A., Crockard A., Antonietti P., Boriani S., Bünger C., Gasbarrini A., Grejs A., Harms J., Kawahara N., Mazel C., Melcher R. & Tomita K. 2008. Does spinal surgery improve the quality of life for those with extradural (spine) osseous metastases? An international multicenter prospective observational study of 223 patients. *Journal of Neurosurgery: Spine* 8, 271–278.
- Jacobson A. F., Myerscough R. P., DeLambo K., Fleming E., Huddleston A. M., Bright N. & Varley J. D. 2008. Patients' perspectives on total knee replacement. A qualitative study sheds light on pre- and postoperative experiences. *American Journal of Nursing* 108 (5), 54–63.
- Jagannathan J., Shaffrey C. I., Oskouian R. J., Dumont A. S., Herrold C., Sansur C. A. & Jane J. A. 2008. Radiographic and clinical outcomes following single-level anterior cervical discectomy and allograft fusion without plate placement or cervical collar. *Journal of Neurosurgery: Spine* 8, 420–428.

- Jangland E., Larsson J. & Gunningberg L. 2010. Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 25, 533–541. doi: 10.1111/j.4171-6712.2010.00860.x.
- Johansson K., Nuutila L., Virtanen H., Katajisto J., Salanterä S. 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2), 212–223.
- Johansson K., Salanterä S., Heikkinen K., Kuusisto A., Virtanen H. & Leino-Kilpi H. 2004. Surgical patient education: assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasiexperimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8, 81–92. doi: 10.1016/j.cein.2004.09.002.
- Johansson A-C., Linton S. J., Rosenblad A., Bergkvist L. & Nilsson O. 2010. A prospective study of cognitive behavioral factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disability and Rehabilitation* 32(7), 521–529. doi:10.3109/09638280903177243.
- Khan C. M., Iida M., Stephens M. A., Fekete E. M., Druley J. A. & Greene K. A. 2009. Spousal support following knee surgery: roles of self-efficacy and perceived emotional responsiveness. *Rehabilitation Psychology* 54(1), 28–32. doi: 10.1037/a0014753.
- Koivula M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. (Fear, anxiety and social support of coronary artery bypass surgery patients.) (Academic dissertation). Tampere, Finland: University of Tampere.
- Kopp M., Bonatti H., Haller C., Rumpold G., Sollner W., Holzner B., Schweigkofler H., Aigner F., Hinterhuber H. & Gunther V. 2003. Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *Journal of Psychosomatic Research* 55(4), 371–377. doi:10.1016/S0022-3999(03)00012-6.
- Kotilainen E. & Seitsalo S. 1999. Lanneselän välilevytyrän leikkaushoito. *Duodecim* 115, 1 743–1 748.
- Krohne H. W., De Bruin J.T., El-Giamal M., Schmukle S. C. 2000. The assessment of surgery-related coping: The coping with surgical stress scale (COSS). *Psychology and Health* 15, 135–149.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Jyväskylä. Sivut 29–39, 66–98.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki. Sivut 127–134.
- Kääriäinen M., & Kyngäs H. 2010. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24, 548–556. doi:10.1111/j.4171-6712.2009.00747.x.
- Kääriäinen M., & Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. (Patient counselling in nursing research published during 1995–2002.) *Hoitotiede* 17(4), 208–216.
- LaMontage L. L., Hepworth J. T., Cohen F. & Salisbury M. H. 2004. Adolescents' coping with surgery for scoliosis: Effects on recovery outcomes over time. *Research in Nursing & Health* 27(4), 237–253. doi:10.1002/nur.20026.
- Lauri S. & Kyngäs H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY, Porvoo. Sivut 87–88.
- Laxton A. W. & Perrin R. G. 2003. The relations between social support, life stress, and quality of life following spinal decompression surgery. *Spinal Cord* 41(10), 553–558.

- Lazarus R. S. 1999. Hope: an emotion and vital coping resource against despair. *Social Research* 66(2), 653–678.
- Lazarus R. S. & Folkman S. 1984. Stress, appraisal and coping. Springer publishing, New York. Sivut 141-180.
- Lazarus R. S., Lazarus B. N. 2006. Coping with aging. Oxford university press. United States of America. Sivut 52-76.
- Lee J. Y., Sharan A., Baron E. M., Lim M. R., Grossman E., Albert T. J., Vaccaro A. R. & Hilibrand A. S. 2006. Quantitative prediction of spinal cord drift after cervical laminectomy and arthrodesis. *Spine* 31(16), 1 795–1 798.
- Leikkola P. 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Leino-Kilpi H., Johansson K., Heikkinen K., Kaljonen A., Virtanen H. & Salanterä S. 2005. Patient education and health-related quality of life: Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality* 20(4), 307–316.
- Lepola I., Toljamo M., Aho R., Louet T. 2001. Being a brain tumor patient: a descriptive study of patients' experiences. *The Journal of Neuroscience Nursing* 33(3), 143–147.
- Liimatainen T., Koivula M., Mattila E. & Åstedt-Kurki P. 2011. Avanneleikkattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitojakson aikana. *Hoitotiede* 23(3), 175–184.
- Luszczynska A., Gerstorf D., Boehmer S., Knoll N., & Schwarzer R. 2007. Patients' coping profiles and partners' support provision. *Psychology and Health* 22(7), 749–764.
- Majasaari H., Sarajärvi A., Koskinen H., Autere S. & Paavilainen E. 2005. Patients' perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN Journal* 81(5), 1 030–1 039.
- Manca A., Kumar K., Taylor R. S., Jacques L., Eldabe S., Meglio M., Molet J., Thomson S., O'Callaghan J., Eisenberg E., Milbouw G., Buchser E., Fortini G., Richardson J., Taylor R. J., Goeree R. & Sculpher M. J. 2008. Quality of life, resource consumption and costs of spinal cord stimulation versus conventional medical management in neuropathic pain patients with failed back surgery syndrome (PROCESS trial). *European journal of Pain*. 12, 1 047–1 058. doi:10.1016/j.ejpain.2008.01.014.
- Marin M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa: Paunonen & Vehviläinen-Julkunen *Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Porvoo. Sivut 43–60.
- Mattila E., Kaunonen M., Aalto P., Ollikainen J. & Åstedt-Kurki P. 2010. Support for hospital patients and associated factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(4), 734–745.
- Mattila E., Ollikainen J., Kaunonen M., Åstedt-Kurki P. & Aalto P. 2009. Sairaalapotilaiden käsityksiä läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21 (4), 294–303.
- Mayne I. P. & Bagoisan C. 2009. Social support during anesthesia induction in an adult surgical population. *AORN* 89(2), 307–330.
- McCloud C., Harrington A. & King L. 2011. Understanding people's experience of vitreo-retinal day surgery: a Gadamerian-guided study. *Journal of Advanced Nursing* 68(1), 94–103.
- McGregor A. H., Dore C. J., Morris T. P., Morris S. & Jamrozik K. 2011. Function after spinal treatment, exercise, and r(FASTER). A factorial randomized trial to de-

- termine whether the functional outcome of spinal surgery can be improved. *Spine* 36(21), 1 711–1 720.
- McMurray A., Johanson P., Wallis M. & Griffiths S. 2007. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01725.x.
- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Gummerus, Jyväskylä. Sivut 84, 86–87, 435–436.
- Metsämuuronen J. 2004. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Gummerus, Jyväskylä. Sivut 9–26, 100–111.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos, 1. painos. Gummerus, Jyväskylä. Sivut 1 019–1 020.
- Montin L. 2008. Potilashoidon lähtökohdat. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:55/2008, 63.
- Moore C. D., Bernardini G. L., Hinerman R., Sigond K., Dowling J., Baofeng D. & Shelton W. 2012. The effect of a family support intervention on physician, nurse, and family perceptions of care in the surgical, neurological, and medical intensive care units. *Critical Care Nursing* 35(4), 378–387. doi: 10.1097/CN-Q.0b013e318268fde3.
- Mottram A. 2011. They are marvelous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish: a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of Clinical Nursing* 20, 3 143–3 151. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x.
- Nylander, O. (Stakes) <oll.nylander@stakes.fi> 10.8.2006. Hoidon saatavuus tilasto. [Sähköpostikeskustelu].
- Okkonen E. & Vanhanen H. 2006. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 35(4), 234–244.
- Paavilainen E., Salminen-Tuomaala M. & Leikkola P. 2012. Counselling for patients and family members: a follow-up study in the emergency department. *International Scholarly Research Network Nursing*, Article ID 303790. doi: 10.5402/2012/303790.
- Padua L., Caliandro P., Padua R., Prezioso V., Aulisa A. G., Mastantouni G., Pazzaglia C. & Aulisa L. 2007. Quality of life of patients operated on for lumbar stenosis: a long-term follow-up. *Acta Neurochirurgica* 149, 275–279. doi:10.1007/s00701-006-1099-4.
- Peolsson A., Vavruch L. & Öberg B. 2006. Predictive factors for arm, neck pain, neck specific disability and health after anterior cervical decompression and fusion. *Acta Neurochirurgica* 148, 167–173. doi:10.1007/s00701-005-0660-x.
- Perälä M-L., Rääkkönen O. & Hernesniemi P. 1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. *Hoitotiede* 11(1), 13–21.
- Pohjolainen T., Seitsalo S., Sund R. & Kautiainen H. 2007. Mitä selkävaiva maksaa? *Duodecim* 123, 2 110–2 115.
- Polit D. & Beck C. 2010. Nursing research. Appraising evidence for nursing practice. 7th edition. Lippincott, Philadelphia, United States of America. Sivut 373–375, 413–415.
- Polit D., Beck C. & Hungler B. 2001. Essentials of nursing research methods, appraisal and utilization. 5th edition. Lippincott, Philadelphia, United States of America. Sivut 184–185, 273, 348, 74–82, 473, 308–309, 189.

- Polit D. F. & Beck C. T. 2008. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 8th edition. New York: Wolter Kluwer. Lippincott. Williams & Wilkins. Sivut 449–473.
- Ramnarine-Singh S. 1999. The surgical significance of therapeutic touch. *AORN* 69(2), 358, 360–365, 367–369.
- Rampersaud Y. R., Bheesma R., Lewis S. J., Stas V., Barron R., Davey R. & Mahomed N. 2007. Assessment of health-related quality of life after surgical treatment of focal symptomatic spinal stenosis compared with osteoarthritis of the hip or knee. *The Spine Journal* 8, 296–304. doi:10.1016/j.spinee.2007.05.003.
- Rankinen S., Salanterä S., Heikkinen K., Johansson K., Kaljonen A., Virtanen H. & Leino-Kilpi H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Journal of Quality of Health Care* 19(2), 113–119.
- Rantanen A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämälaatu ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Rantanen A., Heikkilä A., Asikainen P., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa –pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22(2), 141–152.
- Rosenberger P. H., Ickovics J. R., Epel E. S., D’Entremont D. & Jokl P. 2004. Physical recovery in arthroscopic knee surgery: unique contributions of coping behaviors to clinical outcomes and stress reactivity. *Psychology and health* 19(3), 307–320. doi:10.1080/0887044042000193460.
- Rydholm Hedman A.-M., Strömberg L., Grafström M., & Heikkilä K. 2011. Hip fracture patients’ cognitive state affects family members’ experiences – a diary study of the hip fracture recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(3), 451–458. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00848.x.
- Saban K. L. & Penckofer S.M. 2007. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *Journal of Neuroscience Nursing* 39(3), 180–189.
- Saban K. L., Penckofer S. M., Androwich I. & Bryant F. B. 2007. Health-related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: A pilot study. *Health and Quality of Life Outcomes*;5:71. doi:10.1186/1477-7525-5-71.
- Sahlsten M. J. M., Larsson I. E., Sjöström B., Lindencrona C. S. C. & Plos K. A. E. 2007. Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 16, 630–637. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01660.x.
- Salanterä S., Virtanen H., Johansson K., Elomaa L., Salmela M., Ahonen P., Lehtikunnas T., Moisander M.-L., Pulkkinen M.-L. & Leino-Kilpi H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17(4), 217–228.
- Salmenperä R., Tulli S. & Virta M. (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tammi, Tampere. Sivut 313–333.
- Salmon P., Hall G. M., Peerbhoy D., Shenkin, A. & Parker C. 2001. Recovery from hip and knee arthroplasty: Patients’ perspective on pain, function, quality of life, and well-Being up to 6 months postoperatively. *ArchPhysMedRehabil* 82(3), 360–366. doi:10.1053/apmr.2001.21522.
- Seitsalo S., Keskimäki I. & Kotilainen E. 1999. Selkäkipujen leikkaushoito on poikkeusratkaisu – miksi selkäleikkaukset yleistyvät? *Duodecim* 115, 1 734–1 342.
- Shyu Y.-I., Chen M.-C., Liang J. & Tseng M.-Y. 2011. Trends health outcomes for family caregivers of hip-fractures elders during the first 12 months after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 658–666.

- Slower J., Abdu W. & Hanscom B. 2006. The impact of comorbidities on the change in short-form 36 and Oswestry scores following lumbar spine surgery. *Spine* 31(17), 1974–1980. doi:10.1097/01.brs.0000229252.30903.b9.
- Slusarz R., Beutth W. & Książkiewicz B. 2008. Postsurgical examination of functional outcome of patients having undergone surgical treatment of intracranial aneurysm. *Scandinavian journal of Caring Science* 23, 130–139. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00599.x.
- Starkweather A.R., Witek-Janusek J., Nockels R. P., Peterson J. & Mathews H. L. 2008. The multiple benefits of minimally invasive spinal surgery: Results comparing transforaminal lumbar interbody fusion and posterior lumbar fusion. *Journal of Neuroscience Nursing* 40(1), 32–39.
- Sundeen S. J., Stuart G. W., Rankin E. A. D. & Cohen S. A. 1998. Nurse-client interaction. Implementing the nursing process. 6th edition. Mosby, St. Louis, Missouri.
- Taneichi H., Suda K., Kajino T., Matsumura A., Moridaira H. & Kaneda K. 2006. Unilateral transforaminal lumbar interbody fusion and bilateral anterior-column fixation with two Brantigan I/F cages per level: clinical outcomes during a minimum 2-year follow-up period. *Journal of Neurosurgery: Spine* 4, 198–205.
- Tastan S., Kose G., Iyigun E., Ayhan H., Coskun H. & Hatipoglu S. 2011. Experiences of the relatives of patients undergoing cranial surgery for a brain tumor: A descriptive qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing* 43(2), 77–84. doi:10.1097/JNN.0b013e31820c94da.
- The World Medical Association. *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 1964, last revised by the 59th General Assembly in 2008. Available from URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. Accessed 1 May 2013. *Surgery. Journal of Family Nursing* 16(4), 435–461. doi:10.1177/1074840710385691
- Tusek D. L. & Cwynar R. E. 2000. Strategies for implementing a guided imagery program to enhance patient experience. *Advanced Practice in Acute & Critical Care* 11(1), 68–76.
- Urcuyo K. R., Boyers A. E., Carcer C. S. & Antoni M. H. 2005. Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health* 20(2), 175–192.
- Walker L. O. & Avant K. C. 2011. Strategies for theory construction in nursing. 5th edition. Prentice Hall, United States of America. Sivut 57–69.
- Watanabe K., Hasegawa K., Hirano T., Uchiyama S. & Endo N. 2007. Evaluation of post-operative residual spinal deformity and patient outcome in idiopathic scoliosis patients in Japan using the scoliosis research society outcomes instrument. *Spine* 32(5), 550–554.
- Vehviläinen-Julkunen K. & Paunonen M. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen & Vehviläinen-Julkunen *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Porvoo. Sivut 206–214.
- Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen & Vehviläinen-Julkunen *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Porvoo. Sivut 26–34.
- Wideheim A. K., Edvardsson T., Pählson A. & Ahlström G. 2002. A family's perspective on living with a highly malignant brain tumor. *Cancer Nursing* 25(3), 236–244.
- Yilmaz M., Sezer H., Gürlür H. & Bekar M. 2011. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing* 21, 956–964. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x.

- Yiu H. Y. M., Chien W-T., How-Lin M. & Qin B. 2010. Information needs of Chinese surgical patients in discharge: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 1 041–1 052.
- Åstedt-Kurki P. & Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa: Paunonen & Vehviläinen-Julkunen *Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Porvoo. Sivut 320–330.
- Åstedt-Kurki P., Jussila A-L., Koponen L., Lehto P., Maijala H., Paavilainen R. & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Porvoo. Sivut 11-28.
- Åstedt-Kurki P., Lehti K., Tarkka T. & Paavilainen E. 2004. Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 115–123.
- Åstedt-Kurki P., Paavilainen E. & Lehti K. 2001/a. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 288–293.
- Åstedt-Kurki P., Paavilainen E., Tammentie T. & Paunonen-Ilmonen M. 2001/b. Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. *Journal on Family Nursing* 7(4), 371–390.

LIITTEET

Liite 1.

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMINEN LEIKKAUKSEN JÄLKEEN

KYSELYLOMAKE POTILAALLE

Pyydämme Teitä vastaamaan kysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan.

Taustamuuttajat

1. Ikänne on _____ vuotta
 - a. Nainen
 - b. Mies

3. Mikä on ammattitutkintonne?
 - a. Kurseja tai ei ammatillista koulutusta
 - b. Koulutason koulutusta
 - c. Ammattikorkeakoulu tai opistotasoista koulusta
 - d. Yliopistotutkinto

4. Mikä on Teidän nykyinen ammattinne?

5. Mikä on Teidän siviilisäätynne?
 - a. Olen naimaton
 - b. Olen naimissa/avoliitossa
 - c. Asun asumuserossa/ olen eronnut
 - d. Olen leski

6. Kuuluuko Teidän perheeseen myös?
 - a. Minulla ei ole lapsia
 - b. Minulla on lapsi tai useampia lapsia
 - c. Minulla on lapsia, mutta he eivät asu vakituisesti kodissani

7. Miten pitkään olette olleet sairauslomalla ennen leikkaustanne viimeisen vuoden aikana? noin _____ kuukautta

8. Oletteko työ- / tai sairaseläkkeellä?
 - a. Ei
 - b. Kyllä, osa-eläkkeellä, mistä lähtien _____ (vuosiluku) kokoaikaisesti, mistä lähtien _____ (vuosiluku)
 - c. Hakemus on vireillä, minkä tyyppinen? osa-eläkkeestä
kokoaikaisesta eläkkeestä

9. Oletteko työttömänä (ei sairauslomalla)
- Ei
 - Kyllä
10. Mikä oli Teidän leikkaushoitoa vaatinut sairautenne?
- Selkäranganalueen kuluma
 - Selkäranganalueen välilevytyrän pullistuma
 - Sekä selkäranganalueen kuluma että välilevytyrä
 - Muu, mikä? _____
11. Sairastatteko jotain muuta pitkäaikaista sairautta?
- Ei
 - Kyllä
mikä? _____
12. Olitteko ensimmäistä kertaa leikkauksessa tämän sairauden vuoksi?
- Ei
 - Kyllä
13. Onko Teitä aikaisemmin leikattu jollakin tavoin jonkun muun sairauden takia?
- Ei kertaakaan
 - Kerran
 - Kahdesti
 - Useammin
14. Miten suuressa kunnassa tai kaupungissa asutte?
- alle 3000 asukasta
 - 3 001-5 500 asukasta
 - 5 501- 10 000 asukasta
 - 10 001- 20 000 asukasta
 - 20 001- 45 000 asukasta
 - 45 001- 100 000 asukasta
 - yli 100 000 asukasta
15. Millaisella asuinalueella asutte kunnassa/kaupungissa?
- Taajaan asutetussa asuinalueella keskustassa tai keskustan läheisyydessä (noin 1-5 km)
 - Harvaan asutetulla asuinalueella kauempana keskustasta (alle 15 km), mutta kylä/kaupunkitaajama-alueella
 - Harvaan asutetulla asuinalueella, kauempana keskustasta ja kylä/kaupunkitaajama-alueesta
16. Miten paljon olette harrastanut sairastumisenne jälkeen?
- Minulla ei ole ollut harrastuksia ennen sairastumistani tai sen jälkeen
 - Olen joutunut lopettamaan harrastukseni sairastumiseni jälkeen
 - Olen harrastanut epäsäännöllisesti sairastumiseni jälkeen
 - Olen harrastanut säännöllisesti sairastumiseni jälkeen

17. Onko Teillä yksi tai useampi ihminen, jonka kanssa voitte puhua asioista avoimesti?

- a. Ei
b. Kyllä, kenen kanssa? _____

18. Kuinka usein olette yhteydessä läheisimpään ihmiseen?

- a. Päivittäin
b. Viikoittain
c. Kerran kuukaudessa
d. Harvemmin

19. Millaisen arvion antaisitte omasta arkipäiväisestä selviytymisestäänne ennen leikkaustanne? Merkitkää 10 cm pitkälle viivalle rastilla sopiva vastausvaihtoehto oman kokemuksenne perusteella (0 on heikko ja 10 erittäin hyvä).

0 10

heikko erittäin hyvä

20. Millaisen arvion antaisitte läheisenne arkipäiväisestä selviytymisestä sairautenne kanssa ennen Teidän leikkaustanne? Merkitkää 10 cm pitkälle viivalle rastilla sopiva vastausvaihtoehto oman kokemuksenne perusteella (0 on heikko ja 10 erittäin hyvä).

0 10

heikko erittäin hyvä

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMISEEN VAIKUTTAVAT VOIMAVARAT

Vastatkaa seuraaviin leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen liittyviin kysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto. Merkitkää jokaisesta vastauksesta ainoastaan yksi vaihtoehto. Ajaatelkaa vastatessanne leikkauksenne jälkeistä aikaa.

	Ehdottomasti eri mieltä	Vähän eri mieltä	Vähän samaa mieltä	Ehdottomasti samaa mieltä
21. Luotan omaan jaksamiseen leikkaukseni jälkeen				
22. Uskon tulevaisuuteni olevan positiivinen minulle				
23. Uskon omaan hoitooni liittyneiden päätösteni olleen järkeviä.				
24. Oma uskoni tulevaisuuteni positiivisuudesta on aikaisempaa vahvempi.				

25. Erilaisten hoitoon liittyvien vaihtoehtojen pohtiminen yksin on ollut minulle tärkeää				
26. Erilaisten hoitoon liittyvien vaihtoehtojen pohtiminen yhdessä muiden ihmisten kanssa on ollut minulle tärkeää				
27. Olen ollut tyytyväinen omaan toipumiseeni				
28. Tunnen luottavani itseäni				
29. Luotan siihen, että minulla on mahdollisuuksia selviytyä				
30. Oman toipumisen havaitseminen on tuntunut minusta hyvältä				
31. Aktiivinen avun etsiminen itselleni on ollut minulle tärkeää				
32. Fyysinen terveydentilani takia jouduin etsimään itselleni apua leikkaukseni jälkeen				
33. Psykkisen terveydentilani takia jouduin etsimään itselleni apua leikkaukseni jälkeen				
34. Olen hoitanut itseäni (omasta mielestäni) runsaalla kipulääkityksellä leikkaukseni jälkeen				
35. Asennoitumiseni omaan sairauteeni on muuttunut myönteisemmäksi leikkaukseni jälkeen				
36. Olen noudattanut leikkaukseni jälkeen annettuja hoito-ohjeita tunnollisesti				
37. Olen ollut aktiivinen itseni hoitamista koskevan tiedon saamiseksi hoitohenkilökunnalta				
38. Vietän jälleen normaalielämää leikkaukseni jälkeen				
39. Olen ylläpitänyt omia sosiaalisia suhteitani kotini ulkopuolisiin ihmisiin leikkaukseni jälkeen (esim.ystäviin)				
40. Fyysinen väsymykseni on helpottunut leikkaukseni jälkeen				
41. Henkinen uupumiseni on helpottunut leikkaukseni jälkeen				
42. Sopeuduin sairauteeni				
43. Läheiseni sopeutui sairauteeni				
44. Suhteeni läheiseni kanssa on ollut tasapainoinen leikkaukseni jälkeen				
45. Minun ja läheiseni välinen toisistamme huolehtimisemme on vahvistanut meidän molempien hyvinvointia				
46. Leikkaukseni jälkeen kotityöt ovat jakaantuneet sairauteni vuoksi perheessäni uudelleen				
47. Tunsin saavani hoitavilta henkilöiltä hyvää hoitoa tilanteesta riippumatta				
48. Suhtauduin myönteisesti hoitavia henkilöitä kohtaan				
49. Tunsin, että läheiseni suhtautui myönteisesti hoitavia henkilöitä kohtaan				
50. Tunnen mielialani vaihtelevan jatkuvasti				
51. Olen toistuvasti hermostunut terveydentilastani				
52. Tunnen olevani hyödytön, koska oma terveydentilani on heikko				
53. Tunnen itseluottamukseni alentuneen				
54. Olen henkisesti väsynyt leikkaukseni jälkeen				
55. Olen masentunut leikkaukseni jälkeen				
56. Pelkään toipumiseni epäonnistuvan				
57. Pelkään rasittavani itseäni liikaa fyysisesti				
58. Pelkään pettyväni lopulliseen leikkaustulokseeni				
59. Pelkään leikkauksen vaikuttavan ulkonäkööni				
60. En uskalla tehdä kotona sellaisia asioita, joista olen selviytynyt aikaisemmin				
61. Epäilen paluutani työelämään				
62. Epäilen, voinko palata enää entiseen työtehtävääni				

63. Pelkään, että joudun palaamaan liian aikaisin töihin				
64. Minulla on ollut kipuja yhä edelleen				
65. Tunnen fyysisesti hallitsevani itseäni huonosti tällä hetkellä				
66. Kävelytapani on muuttunut				
67. Fyysinen jaksamattomuuteni estää minun osallistumiseni perheeni yhteisiin hetkiin				
68. Levon tarpeeni on lisääntynyt				
69. Toipumiseni on vielä keskeneräinen				
70. Tunnen fyysiset voimani vähäisiksi				
71. Nukun huonosti				
72. Yölevon puute uuvuttaa läheistäni				
73. Yölevon puute uuvuttaa minua				
74. Terveystilani vaikuttaa siihen, milloin voin lähteä kodin ulkopuolelle				
75. Perheeni ulkopuoliset ihmiset eivät ole ymmärtäneet sairauttani				
76. Tunnen, että sairauteni on rajoittanut arkielämäämme perheessäni leikkaukseni jälkeen				
77. Sairauteni on rajoittanut harrastuksiani leikkaukseni jälkeen				
78. Tiesin leikkaukseeni liittyvistä riskeistä				
79. Läheiseni tunsi huolta minusta leikkaukseni vuoksi				
80. Perheeni sisäiset ongelmat ovat lisääntyneet leikkaukseni jälkeen				
81. Perheeni on jatkuvasti huolissaan sairaudestani				
82. Hoitamiseeni liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet				
83. Olen epävarma varma läheiseni kanssa siitä, olenko osannut hoitaa itseäni oikein leikkaukseni jälkeen				
84. Toipumiseni on ollut mielestäni normaalia				
85. Läheiseni on myönteisesti vakuuttunut toipumiseni onnistumisesta				
86. Taloudellisten menojen hallinta on vaikeutunut leikkaukseni jälkeen				
87. Olin henkisesti valmistautumaton leikkaukseeni				

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMISEEN VAIKUTTAVA ULKOINEN TUKI

Vastatkaa seuraaviin leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen liittyviin kysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto. Merkitkää jokaisesta vastauksesta ainoastaan yksi vaihtoehto. Ajaatelkaa vastatessanne leikkauksenne jälkeistä aikaa.

	Ehdottomasti eri mieltä	Vähän eri mieltä	Vähän samaa mieltä	Ehdottomasti samaa mieltä
88. Hoitavien henkilöiden antama rohkaisu lisäsi omaa motivaatiotani itseni hoitamiseen				
89. Omatoimisuuteen rohkaiseminen lisäsi uskoani selviytymiseeni				
90. Sain tietoa itseni hoitamiseen hoitajilta				
91. Sain tietoa itseni fyysiseen kuntouttamiseen hoitajilta				
92. Sain tietoa itseni hoitamiseen fysioterapeuteilta				

93. Sain tietoa itseni fyysiseen kuntouttamiseen fysioterapeuteilta				
94. Sain tietoa itseni hoitamiseen lääkäriltä				
95. Sain tietoa itseni fyysiseen kuntouttamiseen lääkäriltä				
96. Sain tietoa kirjallisesti (esim. kirjalliset kotihoito-ohjeet)				
97. Sain ohjausta, joka on auttanut sitoutumaan omaan hoitooni leikkaukseni jälkeen				
98. Kotihoitooni saamani kirjalliset ohjeet olivat riittämättömät				
99. Kotihoitooni saamani suulliset ohjeet olivat riittämättömät				
100. Kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat epäselviä				
101. Suulliset kotihoito-ohjeet olivat epäselviä				
102. Läheiseni sai suullista tietoa kotona auttamiseeni				
103. Läheiseni sai kirjalliset ohjeet kotona auttamiseeni				
104. Sain tietoa leikkauksestani oikeaan aikaan				
105. Minua hoitaneet henkilöt kyselivät riittävän usein terveydentilaani				
106. Minua hoitaneet henkilöt osoittivat minulle huolenpitoaan tarjoamalla minulle apuaan silloin, kun sitä tarvitsin				
107. Minua hoitaneet henkilöt osoittivat minulle huolenpitoaan tarjoamalla apuaan, vaikka en kokenut sitä tarvitsevani				
108. Minua hoitaneet henkilöt ottivat minut huomioon niin, että tunsin, että en ollut yksin				
109. Kun pyysin apua, hoitava henkilö tuli auttamaan minua				
110. Tunsin minua hoitaneiden henkilöiden käyttämän huumorin auttaneen minua selviytymään leikkaukseni jälkeen				
111. Potilastoverit auttoivat minua selviytymään leikkaukseni jälkeen				
112. Hoitavat henkilöt käyttivät riittävästi aikaa ohjaukseeni				
113. Hoitavien henkilöiden tapa antaa tietoa auttoi minua keskittymään omaan hoitooni				
114. Tunsin oloni turvalliseksi ohjauksen aikana				
115. Hoitavien henkilöiden toiminta oli mielestäni ammattitaitoista				
116. Minusta tuntui, että omat taustatietoni vaikuttivat ohjaukseni sisältöön				
117. Tunsin saavani tietoa niin, että ymmärsin sen				
118. Sain tarvitsemaani tietoa				
119. Käyttäytymiseni on muuttunut negatiivisempaan suuntaan leikkaukseni jälkeen				
120. Olen katkera sairaudestani				
121. Tunnen, että elän päivän kerrallaan				
122. Häpeän omaa sairauttani				
123. Perheeni häpeää sairauttani				
124. Olen tyytymätön omaan elämäni tällä hetkellä				
125. Tunnen turvattomuutta omasta terveydestäni tällä hetkellä				

126. Minkälaisen kokonaisarvion antaisitte selviytymisestäänne leikkauksen jälkeen? Merkitkää 10 cm pitkälle viivalle rastilla sopiva vastausvaihtoehto oman kokemuksenne perusteella (0 on heikko ja 10 erittäin hyvä).

0

10

heikko

erittäin hyvä

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Selkäleikkauspoti-

laan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen – 93

Liite 2.

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMINEN LEIKKAUKSEN JÄLKEEN

KYSELYLOMAKE LÄHEISELLE

Pyydämme Teitä vastaamaan kysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan.

Taustamuuttujat

1. Ikänne on _____ vuotta
2. Sukupuolenne
 - a. Nainen
 - b. Mies
3. Mikä on ammattitutkintonne?
 - a. Kursseja tai ei ammatillista koulutusta
 - b. Koulutason koulutusta
 - c. Ammattikorkeakoulu tai opistotasoista koulusta
 - d. Yliopistotutkinto
4. Mikä on Teidän nykyinen ammattinne? _____
5. Mikä on Teidän siviilisäätynne?
 - a. Olen naimaton
 - b. Olen naimissa/avoliitossa
 - c. Asun asumuserossa/ olen eronnut
 - d. Olen leski
6. Kuuluuko Teidän perheeseen myös?
 - a. Meillä ei ole lapsia
 - b. Meillä on lapsi tai useampia lapsia
 - c. Meillä on lapsia, mutta he eivät asu vakituisesti kodissamme
7. Miten pitkään potilas on ollut sairauslomalla ennen leikkaustaan viimeisen vuoden aikana? noin _____ kuukautta
8. Oletteko työ-/ tai sairaseläkkeellä?
 - a. Ei
 - b. Kyllä, osa-eläkkeellä, mistä lähtien _____ (vuosiluku) kokoaikaisesti, mistä lähtien _____ (vuosiluku)
 - c. Hakemus on vireillä, minkä tyyppinen? osa-eläkkeestä
kokoaikaisesta eläkkeestä
9. Oletteko työttömänä (ei sairauslomalla)
 - a. Ei
 - b. Kyllä
10. Mikä oli potilaan leikkaushoitoa vaatinut sairaus?
 - a. Selkäranganalueen kuluma
 - b. Selkäranganalueen välilevytyrän pullistuma
 - c. Sekä selkäranganalueen kuluma että välilevytyrä
 - d. Muu, mikä? _____

11. Sairastaako potilas jotain muuta pitkäaikaista sairautta? a. Ei
b. Kyllä
mikä? _____
12. Olitteko ensimmäistä kertaa mukana potilaan läheisenä leikkauksessa? a. Ei
b. Kyllä
Ei kertaakaan
13. Onko Teitä leikattu aikaisemmin jollakin tavoin jonkun muun sairauden takia? a. Kerran
b. Kahdesti
c. Useammin
14. Miten suuressa kunnassa tai kaupungissa asutte? a. alle 3000 asukasta
b. 3 001-5 500 asukasta
c. 5 501- 10 000 asukasta
d. 10 001- 20 000 asukasta
e. 20 001- 45 000 asukasta
f. 45 001- 100 000 asukasta
g. yli 100 000 asukasta
15. Millaisella asuinalueella asutte kunnassa/ kaupungissa? a. Taajaan asutetussa asuinalueella keskustassa tai keskustan läheisyydessä (noin 1-5 km)
b. Harvaan asutetulla asuinalueella kauempana keskustasta (alle 15 km), mutta kylä/kaupunkitaajama-alueella
c. Harvaan asutetulla asuinalueella, kauempana keskustasta (yli 15 km) ja kylä/kaupunkitaajama-alueesta
16. Miten paljon olette harrastanut potilaan sairastumisen jälkeen? a. Minulla ei ole ollut harrastuksia ennen potilaan sairastumista tai sen jälkeen
b. Olen joutunut lopettamaan harrastukseni potilaan sairastumisen jälkeen
c. Olen harrastanut epäsäännöllisesti potilaan sairastumisen jälkeen
d. Olen harrastanut säännöllisesti potilaan sairastumisen jälkeen
17. Onko Teillä yksi tai useampi ihminen, jonka kanssa voitte puhua asioista avoimesti? a. Ei
b. Kyllä,
kenen kanssa? _____
18. Kuinka usein olette yhteydessä läheisimpään ihmiseen? a. Päivittäin
b. Viikoittain
c. Kerran kuukaudessa
d. Harvemmin
19. Millaisen arvion antaisitte omasta arkipäiväisestä selviytymisestäänne ennen potilaan leikkausta? Merkitkää 10 cm pitkälle viivalle rastilla sopiva vastausvaihtoehto oman kokemuksenne perusteella (0 on heikko ja 10 erittäin hyvä)
- 0 10
-
- heikko erittäin hyvä

20. Millaisen arvon antaisitte potilaan arkipäiväisestä selviytymisestä sairautensa kanssa ennen hänen leikkaustaan? Merkitkää 10 cm pitkälle viivalle rastilla sopiva vastausvaihtoehto oman kokemuksen perusteella (0 on heikko ja 10 erittäin hyvä)

0

10

heikko

erittäin hyvä

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMISEEN VAIKUTTAVAT VOIMAVARAT

Vastatkaa seuraaviin leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen liittyviin kysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto. Merkitkää jokaisesta vastauksesta ainoastaan yksi vaihtoehto. Ajatelkaa vastatessanne potilaan leikkauksen jälkeistä aikaa.

	Ehdottomasti eri mieltä	Vähän eri mieltä	Vähän samaa mieltä	Ehdottomasti samaa mieltä
21. Luotan omaan jaksamiseeni potilaan leikkauksen jälkeen				
22. Uskon tulevaisuuteni olevan positiivinen minulle				
23. Uskon potilaan hoitoonsa liittyneiden päätösten olleen järkeviä				
24. Oma uskoni tulevaisuuteni positiivisuudesta on aikaisempaa vahvempi.				
25. Erilaisten potilaan hoitoon liittyvien vaihtoehtojen pohtiminen yksin on ollut minulle tärkeää				
26. Erilaisten potilaan hoitoon liittyvien vaihtoehtojen pohtiminen yhdessä muiden ihmisten kanssa on ollut minulle tärkeää				
27. Olen ollut tyytyväinen potilaan toipumisesta				
28. Usko siihen, että potilas selviytyy				
29. Potilaan toipumisen havaitseminen on tuntunut minusta hyvältä				
30. Tunnen potilaan luottavan itseensä				
31. Minulle on ollut tärkeää etsiä apua potilaille leikkauksen jälkeen				
32. Fyysinen terveydentilani takia jouduin etsimään aktiivisesti apua itselleni potilaan leikkauksen jälkeen				
33. Psykkinen terveydentilani takia jouduin etsimään itselleni apua potilaan leikkauksen jälkeen				
34. Potilas on hoitanut itseään (omasta mielestäni) runsaalla kipulääkityksellä potilaan leikkauksen jälkeen				
35. Asennoitumiseni potilaan sairauteen on muuttunut myönteisemmäksi hänen leikkauksensa jälkeen				
36. Olen noudattanut potilaan leikkauksen jälkeen annettuja hoito-ohjeita runnollisesti				
37. Olen ollut aktiivinen potilaan hoitamista koskevan tiedon saamiseksi hoitohenkilökunnalta				
38. Vietän jälleen normaalielämää potilaan leikkauksen jälkeen				
39. Olen ylläpitänyt omia sosiaalisia suhteitani kotini ulkopuolisiin ihmisiin potilaan leikkauksen jälkeen (esim.ystäviin)				

40. Fyysinen väsymykseni on helpottunut potilaan leikkauksen jälkeen				
41. Henkinen uupumiseni on helpottunut potilaan leikkauksen jälkeen				
42. Sopeuduin potilaan sairauteen				
43. Potilas sopeutui sairauteensa				
44. Suhteeni potilaan kanssa on ollut tasapainoinen hänen leikkauksensa jälkeen				
45. Minun ja potilaan välinen toisistamme huolehtimisemme on vahvistanut meidän molempien hyvinvointia				
46. Potilaan leikkauksen jälkeen kotityöt ovat jakaantuneet potilaan sairauden vuoksi perheessäni uudelleen				
47. Uskon, että potilas sai häntä hoitaneilta henkilöiltä hyvää hoitoa tilanteesta riippumatta				
48. Suhtauduin myönteisesti hoitavia henkilöitä kohtaan				
49. Tunsin, että potilas suhtautui myönteisesti häntä hoitaneita henkilöitä kohtaan				
50. Tunnen mielialani vaihtelevan jatkuvasti				
51. Olen toistuvasti hermostunut potilaan terveydentilasta				
52. Tunnen itseluottamukseni alentuneen				
53. Olen henkisesti väsynyt potilaan leikkauksen jälkeen				
54. Olen masentunut potilaan leikkauksen jälkeen				
55. Pelkään potilaan toipumisen epäonnistuvan				
56. Pelkään potilaan rasittavani itseään liikaa fyysisesti				
57. Pelkään potilaan pettyvän lopulliseen leikkaustulokseensa				
58. En uskalla antaa potilaan tehdä kotona sellaisia asioita, joista hän on selviytynyt aikaisemmin				
59. Epäilen potilaan paluuta työelämään				
60. Epäilen, voiko potilas palata enää entiseen työtehtäväänsä				
61. Pelkään, että potilas joutuu palaamaan liian aikaisin töihin				
62. Potilaalla on ollut kipuja yhä edelleen				
63. Potilaan fyysinen jaksamattomuus estää hänen osallistumistaan perheeni yhteisiin hetkiin				
64. Potilaan levon tarve on lisääntynyt				
65. Potilaan toipuminen on vielä keskeneräinen				
66. Tunnen fyysiset voimani vähäisiksi				
67. Nukun huonosti				
68. Yölevon puute uuvuttaa potilasta				
69. Yölevon puute uuvuttaa minua				
70. Potilaan terveydentila vaikuttaa siihen, milloin voin lähteä kodin ulkopuolelle				
71. Perheeni ulkopuoliset ihmiset eivät ole ymmärtäneet potilaan sairautta				
72. Tunnen, että potilaan sairaus on rajoittanut arkielämäämme perheessäni hänen leikkauksensa jälkeen				
73. Potilaan sairaus on rajoittanut harrastuksiani hänen leikkauksensa jälkeen				
74. Tiesin potilaan leikkaukseen liittyvistä riskeistä				
75. Tunsin huolta potilaasta hänelle tehtävän leikkauksen vuoksi				
76. Perheeni sisäiset ongelmat ovat lisääntyneet potilaan leikkauksen jälkeen				
77. Perheeni on jatkuvasti huolissaan potilaan sairaudesta				
78. Potilaan hoitamiseeni liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet				
79. Olen epävarma potilaan kanssa siitä, onko potilas osannut hoitaa itseään oikein leikkauksensa jälkeen				
80. Potilaan toipuminen on ollut mielestäni normaalia				
81. Taloudellisten menojen hallinta on vaikeutunut potilaan leikkauksen jälkeen				
82. Olin henkisesti valmistautumaton potilaan leikkaukseen				

Selkäleikkauspoti-

laan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen – 97

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMISEEN VAIKUTTAVA ULKOINEN TUKI

Vastatkaa seuraaviin leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen liittyviin kysymyksiin merkitsemällä sopiva vastausvaihtoehto. Merkitkää jokaisesta vastauksesta ainoastaan yksi vaihtoehto. Ajatelkaa vastatessanne potilaan leikkauksen jälkeistä aikaa.

	Ehdottomasti eri mieltä	Vähän eri mieltä	Vähän samaa mieltä	Ehdottomasti samaa mieltä
83. Sain tietoa potilaan hoitamiseen hoitajilta				
84. Sain tietoa potilaan fyysiseen kuntouttamiseen hoitajilta				
85. Sain tietoa potilaan hoitamiseen fysioterapeuteilta				
86. Sain tietoa potilaan fyysiseen kuntouttamiseen fysioterapeuteilta				
87. Sain tietoa potilaan hoitamiseen lääkäriltä				
88. Sain tietoa potilaan fyysiseen kuntouttamiseen lääkäriltä				
89. Sain tietoa kirjallisesti (esim. kirjalliset kotihoito-ohjeet)				
90. Sain ohjausta, joka on auttanut minua sitouttamaan potilasta omaan hoitoonsa leikkauksensa jälkeen				
91. Potilaan kotihoitoon saamani kirjalliset ohjeet olivat riittämättömät				
92. Potilaan kotihoitoon saamani suulliset ohjeet olivat riittämättömät				
93. Kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat epäselviä				
94. Suulliset kotihoito-ohjeet olivat epäselviä				
95. Lääkärit eivät antaneet riittävästi tietoa minulle				
96. Sain tietoa potilaan leikkauksesta oikeaan aikaan				
97. Hoitavat henkilöt kyselivät riittävän usein potilaan terveydentilasta				
98. Hoitavat henkilöt osoittivat minulle huolenpitoaan tarjoamalla minulle apuaan silloin, kun sitä tarvitsin				
99. Hoitavat henkilöt osoittivat minulle huolenpitoaan tarjoamalla apuaan, vaikka en kokenut sitä tarvitsevani				
100. Hoitavat henkilöt ottivat minut huomioon niin, että tunsin, että en ollut yksin				
101. Hoitavat henkilöt käyttivät riittävästi aikaa ohjaukseeni				
102. Tunsin oloni turvalliseksi ohjauksen aikana				
103. Hoitavien henkilöiden toiminta oli mielestäni ammattitaitoista				
104. Minusta tuntui, että omat taustatietoni vaikuttivat ohjaukseni sisältöön				
105. Tunsin saavani tietoa niin, että ymmärsin sen				
106. Sain tarvitsemaani tietoa				
107. Potilaan käyttäytyminen on muuttunut negatiivisempaan suuntaan hänen leikkauksensa jälkeen				
108. Olen katkera potilaan sairaudesta				
109. Tunnen, että elän päivän kerrallaan				
110. Häpeän potilaan sairautta				
111. Perheeni häpeää potilaan sairautta				
112. Olen tyytymätön omaan elämäni tällä hetkellä				
113. Tunnen olevani terve tällä hetkellä				
114. Tunnen turvattomuutta omasta terveydestäni tällä hetkellä				

115.

Minkäläisen kokonaisarvion antaisitte selviytymisestäänne potilaan leikkauksen jälkeen? Merkitkää 10 cm pitkälle viivalle rastilla sopiva vastausvaihtoehto oman kokemuksenne perusteella (0 on heikko ja 10 erittäin hyvä).

0

10

heikko

erittäin hyvä

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

LIITE 3.

SELKÄRANGANALUEEN LEIKKAUKSESSA OLLEIDEN POTILAIKEN HOITOJAKSOJEN MÄÄRÄ VUONNA 2004

Hoitojaksot arvioina	Selkärangan luuduttamisleikkaus toimenpiteet yhteensä	Selkäytimen ja hermojuurten vapauttamisleikkaus toimenpiteet yhteensä
Etelä-Karjalan shp	36	140
Etelä-Pohjanmaan shp	51	184
Etelä-Savon shp	54	168
HUS	233	1573
Itä-Savon shp	26	127
Kainuun shp	24	60
Kanta-Hämeen shp	29	144
Keski-Pohjanmaan shp	23	73
Keski-Suomen shp	113	336
Kymenlaakson shp	32	244
Lapin shp	36	105
Länsi-Pohjan shp	19	57
Pirkanmaan shp	122	365
Pohjois-Karjalan shp	67	131
Pohjois-Pohjanmaan shp	131	433
Pohjois-Savon shp	129	454
Päijät-Hämeen shp	45	318
Satakunnan shp	54	224
Vaasan shp	45	67
Varsinais-Suomen shp	167	672
Koko maa	1439	5896

Liite 4.

YHTEENVETO KÄÄNNETYISTÄ JA ANALYSOINTIVAIHEESSA POISTETUISTA VÄITTÄMISTÄ

Analysointivaiheessa käännetyt väittämät

Potilaan kyselylomake:

Selviytymisen voimavarat - osio

Yhteiselämän monimutkaistuminen osiosta kysymykset 84 ja 85

Selviytymiseen vaikuttava ulkoinen tuki -osio

Tiedon puutteellisuus osiosta kysymykset 98,99,100,101

Läheisen kyselylomake:

Selviytymisen voimavarat -osio

Yhteiselämän monimutkaistuminen osiosta kysymys 80

Selviytymiseen vaikuttava ulkoinen tuki -osio

Tiedon puutteellisuus osiosta kysymys 96

Potilaan käyttäytyminen ja perheen tunteet osiosta kysymys 113

Analysointivaiheessa poistetut väittämät

Potilaan ja läheisen kyselylomakkeesta poistettiin analysointivaiheessa Itsensä hoitamisen aktiivisuus osiosta väittämät 32,33,34

Liite 5.

SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE POTILAALLE JA LÄHEISELLE

Hyvä potilas ja läheinen

Pyydämme Teitä ja läheistänne osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään aikuisen potilaan ja perheen selviytymistä leikkauksen jälkeen. Läheisellä tarkoitetaan Teidän itse määrittämää läheistänne. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Teille on tehty sairaalassamme selkärangan alueen korjaustoimenpide, joka sisälsi selkärangan kulumisesta aiheutuneen spinaalikanavan ahtauman tai selkärangan nikamavälilevyn esiinluiskahduksesta aiheutuneen nikamavälilevytyrän hoitoa kirurgisesti. Kirurgisen toimenpiteen on voinut tehdä joko neurokirurgi tai ortopedi.

Tutkimuksessa Teitä ja läheistänne pyydetään täyttämään kyselylomake (1) potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja palauttamaan se mukana tulevassa palautuskuoressa. Tutkija lähettää Teille ja läheisellenne kotiin uuden kyselylomakkeen. Kuusi viikkoa toimenpiteenne jälkeen Teitä ja läheistänne pyydetään täyttämään kyselylomake uudelleen (1) ja palauttamaan se mukana tulevassa palautuskuoressa. Kyseessä on tieteellinen tutkimus, johon osallistuminen merkitsee kyselylomakkeeseen vastaamista kaksi kertaa. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 20 minuuttia.

Kirurgisen vuodeosaston hoitaja pyytää Teiltä ja läheiseltänne kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisestanne. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä ja läheisellänne on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta mitenkään hoitoonne nyt tai tulevaisuudessa. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Mikäli Teillä tai läheisellänne on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkijat:

Päivi Leikkola
Terveystieteiden maisteri

Päivi Åstedt-Kurki
Terveystieteiden tohtori,

Eija Paavilainen
Terveystieteiden
tohtori

Tohtoriopiskelija, tutkija
Hoitotieteenlaitos
Tampereen yliopisto

Professori, laitoksen johtaja
Hoitotieteenlaitos
Tampereen yliopisto

Professori
Hoitotieteenlaitos
Tampereen
yliopisto

puh. 040-560 9180

(Potilaalle ja läheiselle annetuissa saatekirjeissä myös sairaalan logo ja yhteystiedot)

SUOSTUMUS POTILAS/LÄHEINEN

POTILAAN JA PERHEEN SELVIYTYMISTÄ LEIKKAUKSEN JÄLKEEN SELVITÄVÄ TUTKIMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa aikuisen potilaan ja perheen leikkauksen jälkeistä selviytymistä selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____ . ____ . 2008

Tampereella ____ . ____ . 2008

Suostun osallistumaan tutkimukseen: Suostumuksen vastaanottaja:

potilaan allekirjoitus

hoitajan allekirjoitus

nimen selvennys

nimen selvennys

osoitetiedot, puhelin ja sosiaaliturvatunnus tai syntymäaika

Selkäleikkauspoti-

laan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen – 103

Liite 6.

SAATEKIRJE POTILAALLE JA LÄHEISELLE KOTIIN

Hyvä potilas ja läheinen

Te ja läheisenne olette mukana tutkimuksessa, jossa selvitetään aikuisen potilaan ja perheen selviytymistä leikkauksen jälkeen. Läheisellä tarkoitetaan Teidän itse määrittämäänne läheistänne. Kirurgisen vuodeosaston hoitaja on pyytänyt Teiltä ja läheiseltänne kirjallisen suostumuksenne osallistumisestanne tutkimukseen. Tutkimuksessa Teitä ja läheistänne on pyydetty täyttämään kyselylomake (Lomake1/Lomake2) potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa ja palauttamaan se mukana tulevassa palautuskuoressa.

Tutkija on lähettänyt maapostitse Teille ja läheisellenne kotiin nyt uuden kyselylomakkeen palautuskuorineen kuusi viikkoa toimenpiteenne jälkeen. Teitä ja läheistänne pyydetään täyttämään nyt kyselylomake (Lomake1/Lomake2) ja palauttamaan se mukana tulevassa palautuskuoressa. Kyseessä on tieteellinen tutkimus. Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 20 minuuttia.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä ja läheisellänne on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta mitenkään hoitoonny nyt tai tulevaisuudessa. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Mikäli Teillä tai läheisellänne on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkijat:

Päivi Leikkola	Päivi Åstedt-Kurki	Eija Paavilainen
Terveystieteiden maisteri	Terveystieteiden tohtori,	Terveystieteiden tohtori
Tohtoriopiskelija, tutkija	Professori, laitoksen johtaja	Professori
Hoitotieteenlaitos	Hoitotieteenlaitos	Hoitotieteenlaitos
Tampereen yliopisto	Tampereen yliopisto	Tampereen yliopisto

puh. 040-560 9180

(Potilaalle ja läheiselle lähetetyissä saatekirjeissä myös sairaalan logo ja yhteyshenkilötiedot)

Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta

Päivi Leikkola

TtM, TtT-opiskelija, ylihoitaja
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
paivi.leikkola@epshp.fi

Mika Helminen

FM, biostatistikko
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tiedekeskus
mika.helminen@uta.fi

Eija Paavilainen

Professori, TtT
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
eija.paavilainen@uta.fi

Päivi Åstedt-Kurki

Professori, THT
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tiedekeskus
paivi.astedt-kurki@uta.fi

Hyväksytty julkaistavaksi 21.2.2013

Selkärangan alueen kivuista kärsivien potilaiden lukumäärä on lisääntynyt viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Määrän kasvuun vaikuttaa osittain myös erilaisten raportointijärjestelmien kehittyminen. (Adams ym. 2006.) Lukumääräisesti välilevyntyrän leikkaushoidot ovat vähentyneet ja ahtauma- ja luudutusleikkaushoidot lisääntyneet (Pohjolainen ym. 2006).

Yleisimpiä selkäranganalueen sairauksia ovat luunivelriikko, joka on yleisin nivelsairaus sekä Suomessa että kautta koko maailman, ja nikamavälilevyn esiinluiskahdus (Heliövaara 1995,

Seitsalo ym. 1999, Freeman 2006). Selkävaivoista kärsivistä potilaista lopulta vain pieni osa (noin 2 %) tarvitsee sairautensa hoitamiseen kirurgista leikkaushoitoa (Frymoyer 1988, Freeman 2006). Yleisimpiä potilaiden leikkaushoidojen syitä ovat välilevyntyrä ja selkäydinkanavan ahtauma (Seitsalo ym. 1999). Potilailla on etukäteen usein korkeat odotukset leikkaushoidonsa lopputuloksesta, ja he voivat kokea leikkaushoidon itselleen viimeisenä hoitovaihtoehtona (Saban ja Penckofer 2007).

Tähän tutkimukseen osallistui aikuisia potilaita, joille oli tehty ennalta suunniteltu selkäranganalueen leikkaus.

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida potilaan ja hänen läheistensä selviytymisen voimavaroja ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä potilaan kotiutuessa sairaalasta selkäleikkauksen jälkeen.

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla potilaan ja perheen selviytyminen -mittarilla vuosien 2008–2010 aikana. Kyselylomake jaettiin 150 potilaalle ja 150 läheiselle. Potilailta lomakkeita palautui 92 (61 %) ja läheisiltä 55 (37 %). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Potilaan ja läheisen selviytymisen keskeisiä voimavaroja olivat potilaan motivoituneisuus omaan toipumiseensa sekä potilaan ja läheisen yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan. Molempien selviytymistä huononsi eniten pelko. Yhteisellä ja potilaiden omalla hyvinvoinnilla oli myönteinen yhteys selviytymisen voimavaroihin. Alle 45-vuotiaat läheiset kokivat arkensa olevan vähemmän normaalia ja sosiaalisen eristäytymisensä vähäisempää kuin yli 45-vuotiaat. Potilaat kokivat oman kokonais selviytymisensä heikommaksi, jos he kokivat oman mielialansa vaihtelevan. Läheiset kokivat oman kokonais selviytymisensä paremmaksi, jos he kokivat myös potilaan motivoituneen omaan toipumiseensa.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää selkäranganalueen leikkauksessa olleiden aikuisten potilaiden perhekeskeisen hoidon kehittämisessä.

ASIASANAT

potilas, läheinen, perhe, selviytyminen, voimavarat

Leikkauksessa hoidettiin potilaan sairastamaa selkärangan välilevyntyrää tai selkäytimen ahtaumaa operatiivisesti.

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Selviytymisellä tarkoitetaan ongelmaratkaisua tilanteessa, joka vaatii potilaalta ja hänen perheeltään paljon voimavaroja (Friedman ym. 2003). Selviytymistä voidaan arvioida ihmisen luonteenpiirteissä tapahtuneina muutoksina tai erilaisten muutosten kehityskulkuna. Kaksi merkittävintä selviytymisen strategiaa ovat ongelmakeskeinen ja tunnetilakeskeinen selviytyminen. (Lazarus ja Lazarus 2006.)

Selviytymisen voimavarat ovat yksilön sisäisiä. Potilaan ja perheen sisäisiin voimavaroihin vaikuttavat heidän oppimansa tavat toimia erilaisissa tilanteissa. Potilaan ja perheen sisäisiin voimavaroihin kuuluvat terveyden kokeminen, positiivinen asenne ja minäkuva. (Lazarus ja Folkman 1984.) Jokaisella potilaalla ja perheenjäsenellä on yksilöllinen tapa käyttäytyä, jonka avulla hän pyrkii selviytymään (Friedman ym. 2003, Drageset ym. 2009).

Ennen leikkausta potilaiden suhtautuminen omaan sairauteensa vaihtelee: osa suhtautuu sairauteensa rauhallisesti ja osa kokee olevansa pelokkaita ja masentuneita (Lepola ym. 2001). Lisäksi potilaat kokevat leikkaushoidon stressaavana (Krohne ym. 2000). Potilaiden voimakkaat sairauden oireet vaikuttavat heidän mielialaansa ja elämänlaatuunsa. Näiden kautta sairauden vaikutukset heijastuvat myös heidän psyykkiseen terveyteensä. Lisäksi potilaan oma toiminta, kotona selviytyminen ja perhesuhteet voivat muuttua. (Krohne ym. 2000, Salmenperä ym. 2002, Urcuyo ym. 2005.)

Leikkauksen läpikäyneen potilaan täytyy toipua ja selviytyä leikkauksen jälkeisestä kivusta ja fyysisen toimintakykynsä rajoituksista. Näiden lisäksi leikkauksesta ja toipumisesta selviytymisessä ovat aikaisemmissa tutkimuksissa korostuneet psykososiaaliset ja elämänlaatuun liittyvät vaikutukset. Potilaan selviytymistapojen ja leikkauksen jälkeisen fyysisen parantumisen välistä yhteyttä tutkittaessa on tullut esille kipujen, liikuntakyvyn (Rosenberger ym. 2004), harrastuksien ja työn merkitys potilaan selviytymiselle (Drageset ym. 2009).

Potilaiden leikkauksen jälkeiseen tilaan ja toipumiseen vaikuttavat useat henkilön historiaan liittyvät sekä lääketieteelliset ja psykologiset muuttujat, kuten persoonallisuus, ahdistuneisuus, huolestuneisuus ja selviytymiskäyttäytyminen (De Groot ym. 1997, Kopp ym. 2003, Johansson ym. 2010). Toisaalta ajallisesti tarkasteltuna potilaiden jaksamisen määrällä ja heidän selviytymisellään ei ole havaittu olleen yhteisvaikutusta toisiinsa ennen leikkausta tai sen jälkeen (De Groot ym. 1997, Rosenberger ym. 2004). Erilaisilla fyysisillä oireilla, kuten kivuilla, on ollut vaikutusta potilaiden selviytymisen kokemuksiin leikkauksen jälkeen (Rosenberger ym. 2004, Johansson ym. 2010). Kokonaiselviytymisellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan ja hänen perheensä antamaa kokonaisarviota selviytymisestään.

Perheellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilasta ja hänen itsensä määrittelemää läheistään, jota kutsutaan myös perheenjäseneksi. Määrittelyn avulla mahdollistettiin perheiden yksilöllinen huomioon ottaminen. (Friedman ym. 2003, Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perheissä pyritään omilla tavoillaan selviytymään potilaan sairaudesta ja leikkauksesta aiheutuneista muutoksista, ja tämän seurauksena perheenjäsenillä voi olla potilaan sairastumisesta myös fyysisiä ja emotionaalisia tuntemuksia (Rantanen ym. 2010). Lisäksi tietoisuus potilaan terveydentilasta voi aiheuttaa perheissä ahdistuneisuutta (Wideheim ym. 2002). Aikaisempien tutkimusten mukaan perheen selviytymiseen vaikuttavat perheen päivittäisen elämän ja sosiaalisten suhteiden muutokset, pelko, avuttomuuden ja voimattomuuden tunne sekä perheenjäsenten erossa oleminen. Lisäksi potilaan sairaus vaikuttaa perheen taloudelliseen tilanteeseen. (Wideheim ym. 2002, Majasaari ym. 2005.)

Sairaalaan kotiutumisen vaiheessa potilaan ja hänen läheistensä tiedetään tarvitsevan tukea ja tietoa siitä, miten potilaan tulee toimia selviytyäkseen kotonaan (Åstedt-Kurki ja Paavilainen 1999, Åstedt-Kurki ym. 2001, Kääriäinen ja Kyngäs 2005). Potilaiden sairaalahoitopäivien vähentyessä heidän odotuksensa hoitohenkilökuntaa kohtaan ovat lisääntyneet (Johansson ym. 2005, Kääriäinen ja Kyngäs 2005). Selkärangan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden ja heidän perheidensä selviytymisen voimavaroista on saatavilla vähäinen määrä tutkimustietoa aikaisemmasta kotimaisesta ja kansainvälisestä kirjallisuudesta. Tutkimustiedon saaminen näiden potilaiden ja perheiden selviytymisen voimavaroista potilaan sairaalasta kotiutumisen vaiheessa on hyödynnettävissä käytännön perhehoitotyön edistämiseksi.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida potilaan ja hänen läheisensä selviytymisen voimavaroja ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä potilaan kotiutuessa sairaalasta selkäleikkauksen jälkeen. Tutkimuksesta saatavan tiedon avulla voidaan kehittää hoitamista siten, että potilaan lisäksi myös potilaan perhe tulee aiempaa paremmin otetuksi huomioon.

Tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Millaisia ovat potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroihin sairaalasta kotiutuessa?
3. Millä tavoin potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarat ja heidän kokonaiselviytymisensä ovat yhteydessä toisiinsa?

TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Kohderyhmä

Kohderyhmän muodostivat perheet, joiden yksi aikuinen perheenjäsen oli ollut selkärangan alueen nikamavälilevyntyrän tai spinaalikanavan ahtauman leikkaushoidossa. Kohderyhmän koko (n = 150 potilasta ja n = 150 läheistä) edusti osajoukkoa tutkimuksen kohteena olleesta perusjoukosta (vrt. Polit ym. 2001). Otoskoon riittävyttä arvioitiin yhdessä tilastotieteen asiantuntijoiden kanssa käyttäen apuna THL:n valtakunnallisia erikoissairaanhoidon hoitoilmoitustietoja (Hilmo) vuodelta 2004 (THL 2006). Hoitoilmoitustilastotiedoista selvitettiin tutkimuksen kohderyhmänä olleiden potilaiden vuosittaista kokonaislukumäärää Suomessa ja arvioitiin, että riittävä aineisto saataisiin kahden vuoden aikana. Aineiston keräämiskohteeksi valittiin yhden yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian ja ortopedian vuodeosastojen aikuispotilaat. Tutkimuskriteerit täyttävät potilaat ja näiden läheiset kutsuttiin tutkimukseen.

Hoitohenkilökunta jakoi lomakkeet tutkimukseen suostuneille potilaille ja heidän läheisilleen, kun potilas oli lähdössä sairaalasta kotiin. He postittivat täyttämänsä lomakkeet tutkijalle viikon kuluessa sairaalasta kotiutumisesta. Potilailta kyselylomakkeita palautui 92 (vastausprosentti 61 %) ja läheisiltä 55 (vastausprosentti 37 %).

Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin 1.4.2008–31.7.2010 strukturoidulla potilaan ja perheen selviytyminen -mittarilla. Tutkimuksessa käytetty mittari perustui aiempaan tietoon (esim. De Groot ym. 2004, Lepola ym. 2001, Rosenberger ym. 2004) ja Leikkolan 2006 tekemään pilottitutkimukseen, jossa kuvattiin potilaan ja perheen selviytymistä leikkauksen jälkeen. Potilaille ja läheiselle tarkoitetut mittarit rakennettiin asiantuntijajaneleissa, joihin kuului kolme tutkijataustaista asiantuntijajäsentä ja hoitotyöntekijöitä (n = 10). Mittarit esitettiin 30 potilaalla. Testauksen jälkeen mittareihin ei tehty muutoksia. (Metsämuuronen 2003, Heikkilä 2008.)

Potilaille ja läheiselle tarkoitetut potilaan ja perheen selviytyminen -mittarit sisälsivät 14 kysymystä taustatekijöistä (ikä, sukupuoli, siviilisääty, perhe, työelämä, sairaus ja harrastaminen). Potilaille tarkoitettu mittari sisälsi 66 ja perheenjäsenelle tarkoitettu mittari 61 kysymystä, jotka olivat kaikki strukturoituja Likert-asteikkollisia väittämiä (ehdottomasti samaa mieltä, vähän samaa mieltä, vähän eri mieltä, ehdottomasti eri mieltä). Näistä muodostui 12 selviytymisen voimavaroja koskevaa kysymysryhmää, joita olivat (1) tulevaisuuteen suhtautuminen, (2) motivoituneisuus potilaan toipumiseen, (3) itsensä hoitamisen aktiivisuus, (4) arjen normaalius, (5) oma ja yhteinen hyvinvointi, (6) yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan, (7) mielialan muutokset, (8) epävarmuus tulevaisuudesta, (9) terveydentilan heikentyminen, (10) sosiaalinen eristäytyminen, (11) pelko potilaan

menettämisestä ja (12) yhteiselämän monimutkaistuminen. Kysymysryhmissä oli 2–11 kysymystä. Potilaan ja läheisen mittareissa arvioitiin potilaan ja perheenjäsenen selviytymisen voimavarojen kysymysryhmiä suhteessa heidän omaan kokonaisselviytymiseensä. Potilaan ja perheenjäsenen arviota omasta kokonaisselviytymisestä mitattiin VAS-mittarilla (Visual Analog Scale). Vastaja merkitsi janalle rastilla sopivan vastausvaihtoehdon oman kokemuksena perusteella (100 millimetriä pitkä jana, arvosanat: 0 = heikko, 100 = erittäin hyvä). Janalta mitattiin vastauksesta kokonaispistemäärä (0–100 pistettä, 1 millimetri = 1 piste), joka muodosti vastaajan kokonaisarvion omasta selviytymisestäään potilaan leikkauksen jälkeen.

Aineiston käsittely ja analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti PASW Statistics for Windows -tilasto-ohjelmalla (SPSS Inc, versio 18.0). Potilaan ja läheisen selviytymisen mittarin kysymykset käännettiin analysointivaiheessa siten, että ne olivat keskenään yhden-suuntaisia (Metsämuuronen 2003, Burns ja Grove 2005).

Aineiston kuvaamiseksi ja jatkoanalyysia varten molempien aineistojen taustamuuttujista ikä luokiteltiin kahteen luokkaan: yli ja alle 45-vuotiaisiin. Potilaan ja perheen selviytymisen voimavarojen vastaukset luokiteltiin neljään luokkaan seuraavasti: 1) ehdottomasti eri mieltä (1 piste), 2) vähän eri mieltä (2 pistettä), 3) vähän samaa mieltä (3 pistettä) ja 4) ehdottomasti samaa mieltä (4 pistettä). Vastauksista laskettiin jokaiselle kysymysryhmälle keskiarvot. Keskiarvo laskettiin niille, jotka olivat vastanneet vähintään 80 prosenttiin kysymysryhmän kysymyksistä. Tässä raportoidaan selviytymisen voimavarojen kahdentoista kysymysryhmän tulokset. Vastaajan antaman pistemäärän avulla kuvataan, miten tärkeä kysymysryhmä on ollut selviytymisen voimavarojen suhteen. 1–2 pisteen arvoinen vastaus kuvaa kysymysryhmän olleen vähemmän tärkeä vastaajan selviytymisen voimavarojen kannalta. 3–4 pisteen arvoinen vastaus kuvaa kysymysryhmän olleen tärkeä tai erityisen tärkeä vastaajan selviytymisen voimavarojen kannalta. Mukana oli muutama kysymysryhmä, joiden pisteytyksen merkitys oli päinvastainen. Tämä on otettu huomioon tulosten raportoinnissa.

Aineisto kuvataan frekvensseinä, prosentteina, vaihteluväleinä, keskiarvoina ja mediaaneina eli keskilukuina. Taustatekijöiden vaikutusta kysymysryhmien keskiarvoihin tarkasteltiin käyttämällä ei-parametrisia tilastollisia menetelmiä (Mann-Whitneyn ja Kruskal-Wallis testit), koska muuttujien jakaumat eivät noudattaneet normaalijakaumaa. (Burns ja Grove 2005). Lisäksi kysymysryhmien keskiarvojen sekä leikkauksen jälkeisen selviytymisen kokonaisarvion yhteyttä analysoitiin Spearmanin korrelaatiolla. Muuttujien välisistä riippuvuuksista raportoidaan ainoastaan ne, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä (p < 0.05).

TULOKSET

Potilaan ja läheisen taustatiedot

Potilaiden ikä vaihteli 18 vuodesta 71 vuoteen (keskiarvo 44,7 vuotta). Suurin osa potilaista oli ollut sairauslomalla viimeisen vuoden aikana enintään kolme kuukautta. Lähes kolmasosa heistä sairasti jotain muutakin pitkäaikaista sairautta. Valtaosa potilaista oli ensimmäistä kertaa leikkauksessa selkärangan-alueen sairautensa vuoksi. Lähes puolet heistä oli joutunut lopettamaan harrastuksensa sairastumisensa jälkeen.

Läheisten ikä vaihteli 21 vuodesta 73 vuoteen (keskiarvo 45,6 vuotta). Läheisistä suurin osa oli ollut jo aiemmin leikkauspotilaan läheisenä, ja he olivat olleet itse myös aiemmin leikkauksessa kerran tai useammin. Läheisistä vain pieni osa oli joutunut lopettamaan harrastuksensa potilaan sairastumisen jälkeen.

Molemmissa ryhmissä suurin osa vastaajista oli naisia. Valtaosa potilaista ja läheisistä oli naimisissa tai avoliitossa, he olivat työelämässä ja heidän perheeseensä kuului lapsi tai useampia lapsia. Sekä potilailla että läheisillä oli yksi tai useampi ihminen, jonka kanssa he olivat voineet puhua asioistaan, ja molemmat olivat yhteydessä päivittäin läheisimpään ihmiseensä (taulukko 1).

Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta

Potilaiden motivoituneisuus omaan toipumiseen (mediaani 3,75) ja yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan (mediaani 4,00) koettiin kaikkein myönteisimpinä selviytymisen voimavaroina. Pelon koettiin huonontavan selviytymisen voimavaroja (mediaani 4,00). Potilaan selviytymisen voimavarojen osa-alueista yhteiselämän monimutkaistuminen (mediaani

Taulukko 1. Potilaan ja läheisen taustatiedot.

Taustamuuttujat	Potilas (n = 92)		Läheinen (n = 55)	
	n	%	n	%
Sukupuoli				
Nainen	47	51	32	58
Mies	45	49	23	42
Siviilisääty				
Naimaton	12	13	2	4
Naimisissa/avoliitossa	65	71	46	84
Eronnut	11	12	5	9
Leski	3	3	1	2
Työ- tai sairauseläkkeellä				
Ei	68	74	44	80
Kyllä	19	21	8	16
Hakemus on vireillä	2	2	--	--
Työttömyys				
Ei	72	78	50	91
Kyllä	13	14	2	4
Perheen jäsenet				
Ei lapsia	17	19	9	16
Lapsi tai useampia lapsia	38	41	28	51
Lapsia, mutta eivät asu vakituisesti kodissani	31	34	13	24
Sairausloman määrä ennen leikkausta (luokiteltu)				
0-3 kuukautta	41	59	--	--
> 3 kuukautta	27	39	--	--
> 12 kuukautta	2	3	--	--
Muu pitkäaikainen sairaus				
Ei	64	70	--	--
Kyllä	26	28	--	--
Ensimmäinen leikkauskerta				
Ei	22	24	--	--
Kyllä	70	76	--	--

Taustamuuttujat	Potilas (n = 92)		Läheinen (n = 55)	
	n	%	n	%
Ensimmäisen kerran mukana leikkauksessa potilaan läheisenä				
Ei	--	--	31	56
Kyllä	--	--	22	40
Aikaisempia leikkauksia (luokiteltu)				
Ei kertaakaan	19	21	21	38
Kerran tai useammin	73	89	29	53
Harrastaminen				
Minulla ei ole ollut harrastuksia ennen sairastumistani tai sen jälkeen	9	10	--	--
Minulla ei ole ollut harrastuksia ennen potilaan sairastumista tai sen jälkeen	--	--	11	20
Olen joutunut lopettamaan harrastukset	44	48	2	4
Olen harrastanut epäsäännöllisesti sairastumiseni jälkeen	31	34	--	--
Olen harrastanut epäsäännöllisesti potilaan sairastumisen jälkeen	--	--	23	42
Harrastan säännöllisesti	6	7	17	31
Yksi tai useampi ihminen, jonka kanssa voi puhua asioista				
Ei	3	3	3	6
Kyllä	88	96	51	93
Yhteydenpidon määrä läheisimpään ihmiseen				
Päivittäin	78	85	44	80
Viikoittain	13	14	10	18

1,75), epävarmuus tulevaisuudesta (mediaani 1,67) ja mielialan muutokset (mediaani 1,82) koettiin vähemmän tärkeinä selviytymisen voimavaroina (taulukko 2).

Läheiset kokivat myönteisimpinä selviytymisen voimavaroina potilaan oman motivoituneisuuden toipua (mediaani 4,00) ja yhteisen luottamuksensa hoitohenkilökuntaan (mediaani 4,00). Pelkonsa potilaan menettämisestä he kokivat kielteisenä asiana (mediaani 4,00). Läheisillä selviytymisen voimavarojen osa-alueista yhteiselämän monimutkaistuminen (mediaani 1,67), epävarmuus tulevaisuudesta (mediaani 1,83) ja potilaan mielialan muutokset (mediaani 1,76) koettiin vähemmän tärkeinä (taulukko 2).

Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olevat tekijät

Naisilla yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan oli vahvempi miehiin verrattuna (naisten mediaani 4,00 ja miesten 3,67; $p = 0,023$). Ero sukupuolten välillä ei ollut kuitenkaan käytännössä suuri. Lisäksi perheissä naisten terveydentila

heikentyi enemmän kuin miesten (naisten mediaani 2,56 ja miesten 1,94; $p = 0,023$). Havaittu ero ei ollut suuri. Naiset kokivat potilaan terveydentilan heikentymisellä olevan hivenen enemmän merkitystä potilaan selviytymisen voimavaroihin kuin miehet.

Potilaat kokivat oman ja yhteisen hyvinvoinnin tärkeänä ja myönteisenä asiana selviytymisen voimavaroina siviilisäädystä riippumatta. Leskipotilaat kokivat potilaan oman ja yhteisen hyvinvoinnin merkityksen myönteisempänä kuin siviilisäädyltään muut potilaat. Naimattomien potilaiden oman ja yhteisen hyvinvoinnin mediaani oli 3,00 ja naimissa tai avoliitossa olevien 3,14. Asumuserossa elävien tai eronneiden potilaiden mediaani oli 2,86 ja leskien 4,00 ($p = 0,05$).

Perheissä työ- tai sairauseläkkeellä olleet läheiset kokivat tulevaisuuden epävarmuuden vaikuttaneen huomattavasti enemmän selviytymisen voimavaroihin (mediaani 3,17) verrattuna niihin, jotka eivät olleet työ- tai sairauseläkkeellä (mediaani 1,33, $p = 0,009$). Työssä olevien ja työttömien

Taulukko 2. Potilaiden ja läheisten selviytymisen voimavarat ja kokemus eri osa-alueiden toteutumisesta.

Selviytymisen voimavarojen osa-alueet	Mediaani		n		Q ₃ - Q ₁	
	Potilas	Läheinen	Potilas	Läheinen	Potilas	Läheinen
Tulevaisuuteen suhtautuminen	3,66	3,33	92	55	3,83–3,20	3,67–3,00
Motivoituneisuus omaan toipumiseen	3,75	4,00	88	54	4,00–3,25	4,00–3,75
Itsensä hoitamisen aktiivisuus	3,50	3,00	90	53	3,75–3,25	3,25–2,75
Arjen normaalius	3,00	3,50	87	54	4,00–2,50	4,00–2,50
Oma ja yhteinen hyvinvointi	3,14	3,14	89	55	3,57–2,71	3,57–2,71
Yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan	4,00	4,00	87	54	4,00–3,67	4,00–3,33
Pelkoa potilaan menettämisestä	4,00	4,00	86	54	4,00–3,50	4,00–3,50
Mielialan muutokset*	1,82	1,76	89	54	2,27–1,41	2,28–1,44
Epävarmuus tulevaisuudesta *	1,67	1,83	82	52	2,67–1,00	3,00–1,33
Terveydentilan heikentyminen*	2,50	2,44	89	54	3,00–2,16	3,00–1,75
Sosiaalinen eristäytyminen*	2,75	2,25	85	54	3,00–2,13	2,81–1,44
Yhteiselämän monimutkaistuminen*	1,75	1,67	84	55	2,13–1,40	2,29–1,14

Asteikko 1–4, jossa 4 = ehdottomasti samaa mieltä, 3 = vähän samaa mieltä, 2 = vähän eri mieltä, 1 = ehdottomasti eri mieltä
Q = Q₃–Q₁, jossa Q₃ on yläkvartiili ja Q₁ on alakvartiili

*Kysymysryhmä, jossa asteikon merkitys on käänteinen eli pienet arvot tarkoittavat myönteistä tai positiivista merkitystä

potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan oli suuri. Työssä olevien potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaan oli vahvempi työttömiin potilaisiin verrattuna (työssä olevien potilaiden mediaani 4,00 ja työttömien 3,50; $p = 0,001$).

Työttömien ja työssä olevien potilaiden välillä havaitut erot tulevaisuuteen liittyvän epävarmuuden ja potilaiden mielialan muutosten vaikutusten osalta eivät olleet käytännössä kovinkaan suuria. Työssä olevat potilaat kokivat tulevaisuuden varmempana kuin työttömät (työssä olevien potilaiden mediaani 1,67 ja työttömien 2,67; $p = 0,027$). Potilaiden mielialan muutokset vaikuttivat vähäisemmin työssä käyviin kuin työttömiin potilaisiin. Työssä olevien potilaiden mediaani oli 1,80 ja työttömien 2,18 ($p = 0,045$).

Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä henkilökuntaan riippumatta siitä, olivatko he olleet aiemmin leikkauksessa. Ensimmäistä kertaa leikkauksessa olleet potilaat hoitivat itseään aktiivisemmin kuin ne, jotka eivät olleet ensimmäistä kertaa leikkauksessa (ensimmäinen leikkaus: mediaani 3,50 ja ei ensimmäinen leikkaus: mediaani 3,25; $p = 0,016$). Ensimmäistä kertaa leikkauksessa olleiden potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaan oli vahvempi verrattuna potilaisiin, jotka eivät olleet ensimmäistä kertaa leikkauksessa (ensimmäinen leikkaus 4,00 ja ei ensimmäinen leikkaus 3,67; $p = 0,036$).

Potilaat olivat aktiivisia hoitamaan itseään riippumatta siitä, oliko heillä aikaisempia leikkaukokemuksia, ja itsensä hoitamisen aktiivisuuden merkitys koettiin myönteisenä selviytymisen voimavarojen kannalta. Aikaisempien muista sairauksista johtuneiden leikkausten lukumäärän (ei kertaakaan, kerran, kahdesti tai useammin) osalta kerran aikaisemmin leikkauksessa olleiden potilaiden itsensä hoitamisen aktiivisuuden mediaani oli 3,50. Kaksi kertaa leikkauksessa olleiden potilaiden mediaani oli 3,75 ja useammin leikkauksessa olleiden 3,50. Potilaiden, joilla ei ollut aikaisempia leikkaukokemuksia, mediaani oli 3,63 ($p = 0,039$).

Potilaiden aikaisempien leikkaukokemusten määräästä huolimatta potilaan terveydentilan heikentymisen koettiin heikentäneen potilaan selviytymisen voimavaroja. Terveydentilan heikentyminen vaikutti voimakkaammin potilaisiin, jotka eivät olleet aiemmin olleet leikkauksessa, kuin potilaisiin, jotka olivat olleet aiemmin leikkauksessa (ei aikaisempia leikkauksia: mediaani 2,79, useampia leikkauksia: mediaani 2,70, kerran leikkauksessa: mediaani 2,60 ja kaksi kertaa leikkauksessa: mediaani 2,20; $p = 0,027$). Havaitut erot eivät olleet käytännössä suuria.

Perheissä alle 45-vuotiaat läheiset kokivat arjen normaaliutensa heikommaksi ($n = 24$, mediaani 2,50) kuin yli 45-vuotiaat ($n = 30$, mediaani 4,00, ikäryhmien eron p -arvo $< 0,001$). Ryhmien välisen eron merkitys oli suuri. Sosiaalisen eristäytymisen osa-alueen (esim. perheen arkielämän rajoittuminen, muiden ihmisten ymmärtämättömyys potilaan sairautta kohtaan) alle 45-vuotiaat perheenjäsenet kokivat selviytymisensä hieman myönteisemmin (mediaani 2,50) kuin yli 45-vuotiaat, joiden mediaani oli 1,75 ($p = 0,029$).

Potilaan ja perheen selviytymisen voimavarojen ja kokonaisselviytymisen välinen yhteys

Potilaat, jotka kokivat erityisesti mielialassaan vaihteluja, kokivat myös oman kokonaisselviytymisensä heikommaksi leikkauksen jälkeen kuin ne, jotka eivät kokeneet mielialassaan vaihteluja (taulukko 3).

Perheet, joissa läheiset kokivat kokonaisarvionsa selviytymisestäään heikommaksi, kokivat myös selviytymisen voimavaransa heikentyneen erityisesti mielialanmuutosten, terveydentilan heikentymisen, sosiaalisen eristäytymisen ja yhteiselämänsä monimutkaistumisen osalta. Läheiset, jotka kokivat potilaan motivoituneisuuden omaan toipumiseen paremmaksi, kokivat myös oma kokonaisselviytymisensä paremmaksi (taulukko 3).

POHDINTA

Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessa erityisesti potilaan motivoituneisuuden omaan toipumiseensa, yhteisen luottamuksen hoitohenkilökuntaan ja pelko koettiin kaikkein merkityksellisimpinä sekä potilaan että perheen voimavarojen kannalta. Lepola ym. (2001) on raportoinut samansuuntaisia tuloksia potilaan pelosta ja sairautteen suhtautumisesta. Perheen kokema pelko on ollut esillä myös muissa tutkimuksissa (mm. Wideheim ym. 2002). Perheen yhteisellä luottamuksella hoitohenkilökuntaan oli yksi erityinen yhteys heidän selviytymisensä voimavarioihin. Tutkimuksessa saadut tulokset vahvistivat aiempaa käsitystä siitä, että hoitohenkilökuntaan kohdistuvilla entisestäään lisääntyneillä odotuksilla on merkitystä potilaan ja hänen läheisensä hoidossa potilaan sairaalassaoloaikana (mm. Johansson ym. 2005, Kääriäinen ja Kyngäs 2005). Potilaiden sairaalahoitopäivien vähentyessä korostuu potilaan ja läheisen selviytyminen, kun hoitohenkilökunta vahvistaa heidän molempien voimavaroja entisestäään.

Potilaan ja perheen läheisen selviytymiskäyttäytymisessä oli havaittavissa yhtäläisyyksiä siinä, että molemmat luottivat hoitohenkilökuntaan ja että potilaan motivoituneisuus omaan toipumiseen vahvisti molempien selviytymisen voimavaroja. De Groot ym. (1997) ja Rosenberg ym. (2004) ovat esittäneet tuloksia, joiden mukaan potilaiden selviytymiseen kuuluvalla käyttäytymisellä ja leikkauksen jälkeisillä psyykkisillä ja fyysisillä tekijöillä ei olisi yhteyttä toisiinsa tai selviytymiseen. Tältä osin tässä tutkimuksessa saadut tulokset poikkesivat aikaisempien tutkimusten tuloksista. Lisäksi potilaan motivoituneisuudella oli tärkeä yhteys molempien selviytymisen voimavarioihin. Potilaan ja hänen läheisensä reaktiot potilaan sairauteen ja molempien pyrkimykset selviytyä siitä erosivat toisistaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty samansuuntaisia tuloksia siitä, että perheessä potilaan lisäksi perheenjäsen reagoi omalla tavallaan potilaan sairauteen ja pyrkii selviytymään siitä omalla yksilöllisellä tavallaan (Rantanen ym. 2010).

Taulukko 3. Korrelaatiotarkastelu potilaiden ja läheisten kysymysryhmien keskiarvojen ja selviytymisen kokonaisarvion välillä.

Selviytymisen voimavarojen osa-alueet	Korrelaatio*		P-arvo		n	
	Potilas	Läheinen	Potilas	Läheinen	Potilas	Läheinen
Tulevaisuuteen suhtautuminen	0,383	0,452	0,000	0,001	90	53
Motivoituneisuus omaan toipumiseen	0,496	0,500	0,000	0,000	86	52
Itsensä hoitamisen aktiivisuus	0,230	0,254	0,029	0,072	90	51
Arjen normaalius	0,412	0,390	0,000	0,004	87	52
Oma ja yhteinen hyvinvointi	0,268	0,122	0,011	0,382	89	53
Yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan	0,465	0,151	0,000	0,285	87	52
Mielialan muutokset	-0,594	-0,569	0,000	0,000	89	52
Epävarmuus tulevaisuudesta	-0,433	-0,226	0,000	0,114	82	50
Terveydentilan heikentyminen	-0,423	-0,546	0,000	0,000	89	52
Sosiaalinen eristäytyminen	-0,415	-0,468	0,000	0,000	85	53
Pelkoa potilaan menettämisestä	0,187	0,013	0,084	0,927	86	52
Yhteiselämän monimutkaistuminen	-0,495	-0,537	0,000	0,000	84	53
*Spearmanin korrelaatio						

Leikkauksen jälkeen potilaan terveydentilaan vaikuttivat lääketieteelliset ja psykologiset muuttujat. Tutkimuksessa oli pieniä eroja sukupuolten välillä selviytymisen voimavaroihin yhteydessä olevien tekijöiden kohdalla. Naiset kokivat potilaan terveydentilan heikentymisellä olevan hivenen enemmän merkitystä potilaan selviytymisen voimavaroihin kuin miehet. Potilaan terveydentilan heikentymisestä ja mielialan vaihteluista saadut tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa (De Groot ym. 1997, Kopp ym. 2003, Johansson ym. 2010).

Aikaisemmissa tutkimuksissa oli raportoitu potilaiden omassa toiminnassa, kotona selviytymisessä ja perhesuhteissa tapahtuvan muutoksia (Krohne ym. 2000, Salmenperä ym. 2002, Wideheim ym. 2002, Majasaari ym. 2005, Urcuyo ym. 2005, Rantanen ym. 2010). Tässä tutkimuksessa selviytymisen voimavaroissa oli perheissä läheisten kohdalla havaittavissa eroja sukupuolten välillä ja siinä, oliko läheinen enää työelämässä. Työttömien ja terveydentilaltaan heikompien potilaiden selviytymisen voimavaroissa oli vaihtelua. Tässä tutkimuksessa potilailla ja läheisillä säilyi tiivis yhteydenpito sellaisiin ihmisiin, joille he olivat tottuneet puhumaan asioistaan, vaikka aikaisemmin on havaittu, että potilaan sairaus voi vaikuttaa selviytymisen lisäksi myös perhesuhteisiin (Salmenperä ym. 2002).

Potilaiden pyrkimys selviytyä oli havaittavissa siinä, että he hoitivat aktiivisesti itseään (vrt. Friedman ym. 2003). Aikaisempien leikkauksetojen lukumäärällä ei ollut vaikutusta heidän kokemuksiinsa.

Perheen selviytymisen voimavaroihin voivat vaikuttaa myös päivittäisen elämän ja sosiaalisten suhteiden muutokset (Wideheim ym. 2002, Majasaari ym. 2005). Tutkimuksen tulokset olivat yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa siinä, että perheessä tulevaisuuden epävarmuuden kokemukset ja läheisen ikä olivat yhteydessä selviytymisen voimavaroihin. Läheisen iällä oli merkitystä siinä, miten he kokivat sosiaalisen eristäytymisen ja päivittäisen elämänsä olleen yhteydessä selviytymisen voimavaroihin.

Potilaan ja läheisen selviytymisen voimavarojen ja heidän kokonaisselviytymisensä väliset yhteydet erosivat toisistaan. Erilaiset yhteydet osoittivat, miten tärkeää hoitotyössä on ottaa huomioon molempien yksilölliset tarpeet ja tällä tavoin tukea molempien selviytymistä. Potilaalla selviytymisen voimavaroista psyykkiseen terveydentilaan liittyvillä asioilla oli yhteyttä potilaan ja läheisen kokonaiselviytymiseen. Läheisellä tämä sama yhteys ilmeni useammalla tavalla: psyykkisen ja fyysisen terveydentilan ja sosiaalisten- ja perhesuhteiden muutosten kautta.

Tutkimuksen luotettavuus

Aineiston keruun rajoittaminen yhteen sairaalaan ja tutkimuksessa käytetty mittari saattavat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi. Mittari kehitettiin tätä tutkimusta varten, koska aikaisempaa tutkimukseen soveltuvaa riittävän laajaa mittaria ei ollut olemassa. Mittarin laatimisessa hyödynnettiin kuitenkin Leikkolan (2006) tekemää pilottitutkimusta ja aikaisempaa kirjallisuutta (esim. De Groot ym. 1997, Lepola ym. 2001, Rosenberger ym. 2004). Sisältövaliditeetin varmistamiseksi sekä potilaan että läheisen mittareiden arvioinnissa ja muokkaamisessa käytettiin apuna asiantuntijaryhmää.

Mittareissa selviytymisen voimavarojen kysymysryhmien sisäinen yhteneväisyys osoittautui melko hyväksi. Potilaan mittarissa selviytymisen voimavarat -kysymysryhmän Cronbachin alfa -arvojen vaihteluväli oli enimmäkseen välillä 0,52–0,87 ja vastaavasti perheen mittarissa 0,57–0,89 (taulukko 4). Kuitenkin molemmissa mittareissa itsensä hoitamisen aktiivisuus -kysymysryhmän (potilas $\alpha = 0,32$, läheinen $\alpha = 0,22$) ja pelko potilaan menettämisestä -kysymysryhmän (potilas $\alpha = 0,46$, läheinen $\alpha = 0,31$) kysymysten yhtenäisyys osoittautui heikommaksi kuin muiden kysymysryhmien. Lisäksi potilaan mittarissa sosiaalisen eristäytymisen kysymysryhmän

sisäinen yhtenäisyys osoittautui heikoksi ($\alpha = 0,50$). Kyseisissä kysymysryhmissä on vain 2–4 kysymystä, mikä voi osaltaan selittää heikkoa yhtenäisyyttä.

Läheisten aineiston osalta alhainen vastausprosentti heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Vastausprosenttiin osasyynä on aineistonkeruuprosessi, koska toisinaan kyselylomake toimitettiin läheiselle myös potilaan välityksellä. Tutkimuksesta kieltäytyneistä ei pidetty nimelistaa hyvän tutkimuseettisen toiminnan takaamiseksi. Tutkimustulokset on raportoitu avoimesti ja yksityiskohtaisesti.

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukselle saatiin eettisen toimikunnan puoltava lausunto ja tutkimuslupa tutkimukseen osallistuneesta sairaalasta (Kuula 2011). Kysely- ja suostumuslomakkeet toimitettiin hoitohenkilökunnasta nimetyille kahdelle yhteyshenkilölle, jotka jakoivat ne yhdessä muun hoitohenkilökunnan kanssa potilaille ja läheisille. Osallistujat saivat tietoa tutkimuksesta kyselylomakkeen mukana olleesta saatekirjeestä ja lomakkeen jakaneelta hoitajalta. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonyymiydestä.

Taulukko 4. Potilaan ja perheen selviytymisen voimavarojen kysymysryhmien Cronbachin alfa -arvot.

Selviytymisen voimavarojen osa-alueet	Kysymysten määrä		Cronbachin alfa	
	Potilas	Läheinen	Potilas	Läheinen
Tulevaisuuteen suhtautuminen	6	6	0,686	0,632
Motivoituneisuus omaan toipumiseen	4	4	0,776	0,813
Itsensä hoitamisen aktiivisuus	4	4	0,322	0,219
Arjen normaalius	2	2	0,515	0,596
Oma ja yhteinen hyvinvointi	7	7	0,688	0,574
Yhteinen luottamus hoitohenkilökuntaan	3	3	0,756	0,767
Mielialan muutokset	11	9	0,873	0,887
Epävarmuus tulevaisuudesta	3	3	0,713	0,773
Terveydentilan heikentyminen	10	8	0,823	0,840
Sosiaalinen eristäytyminen	4	4	0,497	0,747
Pelkoa potilaan menettämisestä	2	2	0,455	0,307
Yhteiselämän monimutkaistuminen	8	7	0,656	0,764

Ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi

Tutkimuksen tulosten perusteella esitämme seuraavat ehdotukset perhehoitotyön kehittämiseksi selkäleikkauspotilaiden kotiutuessa sairaalasta:

1. Hoitohenkilökunnan on oleellista lievittää potilaan ja hänen läheisensä mahdollista epävarmuutta ja pelkoja potilaan sairaudesta ja heidän epävarmuuttaan yhteisestä tulevaisuudestaan.
2. Perhehoitotyössä on yhä edelleen tärkeää, että hoitohenkilökunta kannustaa potilasta oman hyvinvointinsa vahvistamiseen ja auttaa potilasta huolehtimaan hyvinvoinnistaan yhdessä perheensä kanssa. Hoitohenkilökunnan luottamusta herättävä toiminta ja potilaan motivoiminen omaan toipumiseen vahvistaa sekä potilaan että perheen selviytymisen voimavaroja.
3. Perhehoitotyössä tulee kiinnittää riittävästi huomiota siihen, että perheessä potilaan ja läheisen selviytymisen voimavaroilla ja heidän kokonaiselvytyksellään on yhteys toisiinsa. Yhteyttä huonontavat potilaan psyykkisen terveydentilan vaihtelut, fyysisen terveydentilan heikentyminen, sosiaalinen eristäytyminen ja yhteiselämän vaikeutuminen.

LÄHTEET

- Adams M, Bogduk N, Burton K, Dolan P. 2006. The biomechanics of back pain. Second Edition. Elsevier Ltd, Philadelphia, 215–223.
- Burns N, Grove SK. 2005. The practise of nursing research. Conduct, critique & utilization. Fifth Edition. Elsevier Saunders, Missouri, 441–460.
- De Groot KI, Boeke S, van der Berge HJ, Duivenvoorden HJ, Bonke B, Passhler J. 1997. The influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. *Pain* 69, 19–25.
- Drageset S, Lindström TC, Underlid K. 2009. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing* 16, 149–158.
- Freeman BJC. 2006. Surgery for disc prolapse, spinal stenosis and back pain. In: Adams M, Bogduk N, Burton K, Dolan P. 2006. The biomechanics of back pain. Second Edition. Elsevier Ltd, Philadelphia, 243–255.
- Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. 2003. Family nursing research, theory and practice. Fifth Edition. Pearson education, Uppersaddle river, New Jersey.
- Frymoyer JW. 1988. Medical progress, back pain and sciatica. *The New England journal of medicine* 318, 291–300.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Heliövaara M. 1995. Suomalaisten tuki- ja liikuntaelinsairaudet. *Suomen Lääkärelehti* 33(50), 3613–3623.
- Johansson A-C, Linton SJ, Rosenbland A, Bergkvist L, Nilsson O. 2010. A prospective study of cognitive behavioural factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disability and Rehabilitation* 32(7), 521–529.
- Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salanterä S. 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2), 212–223.
- Kopp M, Bonatti H, Haller C, Rumpold G, Sollner W, Holzner B, Schweigkofler H, Aigner F, Hinterhuber H, Gunther V. 2003. Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *Journal of Psychosomatic Research* 55(4), 371–377.
- Krohne HW, De Bruin JT, El-Giamal M, Schmukle SC. 2000. The assessment of surgery-related coping: The coping with surgical stress scale (COSS). *Psychology and Health* 15, 135–149.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus, Jyväskylä.
- Kääriäinen M, Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17(4), 208–216.
- Lazarus RS, Folkman S. 1984. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing, New York.
- Lazarus RS, Lazarus BN. 2006. Coping with aging. Oxford university press. United States of America.
- Leikkola P. 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Lepola I, Toljamo M, Aho R, Louet T. 2001. Being a brain tumor patient: a descriptive study of patients' experiences. *The Journal of Neuroscience Nursing* 33(3), 143–147.
- Majasaari H, Sarajärvi A, Koskinen H, Autere S, Paavilainen E. 2005. Patients' perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN Journal* 81(5), 1030–1039.
- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Gummerus, Jyväskylä.
- Pohjolainen T, Seitsalo S, Sund R, Kautiainen H. 2006. Mitä selkävaiva maksaa –selkäsairauksien suorat ja epäsuorat kustannukset. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 29(3), 254–258.
- Polit D, Beck C, Hungler B. 2001. Essentials of nursing research methods, appraisal and utilization. Fifth Edition. Lippincott, Philadelphia, United States of America.
- Rantanen A, Heikkilä A, Asikainen P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa -pilotitutkimus. *Hoitotiede* 22(2), 141–152.
- Rosenberger PH, Ickovics JR, Epel ES, D'Entremont D, Jokl P. 2004. Physical recovery in arthroscopic knee surgery: unique contributions of coping behaviors to clinical outcomes and stress reactivity. *Psychology and health* 19(3), 307–320.

- Saban KL, Penckofer SM. 2007. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *Journal of Neuroscience Nursing* 39(3), 180–189.
- Salmenperä R, Tulli S, Virta M (toim.). 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tammi, Tampere.
- Seitsalo S, Keskimäki I, Kotilainen E. 1999. Selkäkipujen leikkaushoito on poikkeusratkaisu – miksi selkäleikkaukset yleistyvät? *Duodecim* 115, 1734–1742.
- THL. 2006. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/tietokantaraportit (21.4.2013)
- Urcuyo KR, Boyers AE, Carcer CS, Antoni MH. 2005. Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health* 20(2), 175–192.
- Wideheim AK, Edvardsson, Pålsson A, Ahlström G. 2002. A family's perspective on living with a highly malignant brain tumor. *Cancer Nursing* 25(3), 236–244.
- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, Porvoo, 320–330.
- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. 2001. Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. *Journal on Family Nursing* 7(4), 371–390.
- Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Majjala H, Paavilainen R, Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Porvoo.

ABSTRACT

Back surgical patients' and their family members' coping resources at discharge from hospital

MPäivi Leikkola MNSc, Mika Helminen M.Sc, Eija Paavilainen PhD, Päivi Åstedt-Kurki PhD.

The purpose of the study is to assess patients' and their significant others' coping resources and related factors at patients' discharge from hospital following back surgery.

The data were collected between 2008 and 2010 by a structured instrument designed to measure the coping of patients and families. The questionnaire was distributed to 150 patients and their 150 significant others, of whom 92 (61 %) and 55 (37 %) responded. The data were analysed using statistical methods.

Important coping resources for patients and their significant others involved the patient's recovery motivation and their shared trust in nursing staff. In both groups, fear was the factor that decreased their coping resources most. Patients reported that their own and shared wellbeing had contributed to their coping resources positively. Under 45-year-old significant others reported less normal daily lives and less social isolation than those 45 or older. Patients who had mood swings viewed their overall coping as less effective. Significant others of patients with high recovery motivation reported better overall coping.

The results can be used to develop family nursing of adult patients who have undergone spinal surgery.

KEY WORDS

patient, significant other, family, coping, resources

ORIGINAL ARTICLE

Patients' and their families' coping resources at six weeks following back surgery

Päivi K. Leikkola^{1,2}, Mika T. Helminen^{1,3}, Eija E-M. Paavilainen^{1,2}, Päivi M. Åstedt-Kurki^{1,3}

1. University of Tampere, School of Health Sciences, Tampere, Finland. 2. Hospital District of South Ostrobothnia, Seinäjoki, Finland. 3. Hospital District of Pirkanmaa, Department of Research Administration, Tampere, Finland.

Correspondence: Päivi K. Leikkola. Address: The Hospital District of South Ostrobothnia, FIN-60220 Seinäjoki, Finland. Email: paivi.leikkola@epshp.fi

Received: October 13, 2013

Accepted: February 6, 2014

Online Published: March 17, 2014

DOI: 10.5430/cns.v2n2p105

URL: <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v2n2p105>

Abstract

Background: New research knowledge of adult back surgery patients' and family members' coping resources can help promote the development of their family nursing.

Purpose: The purpose of the study was to assess patients' and their family members' coping resources and related factors six weeks after back surgery.

Methods: Quantitative data were collected from 61 patients and 50 family members by structured, self-administered instruments designed to measure their coping.

Results: Important coping resources for patients and their families were found to involve patient's motivation to recover, normalcy of daily life and the whole family's trust in nursing staff. Patients' overall coping was found to be negatively associated with deteriorated health and mood, insecurity regarding future, social isolation and increased problems in family life, whereas family members' overall coping was negatively associated with the patient's poor health status and the family members' social isolation.

Conclusion: Patients' and their families' coping resources are influenced by the patient's health status and motivation to recover, by home circumstances, family relationships and family's trust in nursing staff.

Key words

Surgical Patient, Family, Coping, Resources

1 Introduction

A spinal condition may affect the patient's ability to function and work normally^[1-7]. In Finland, up to 40% of the days spent on sickness allowance are due to various musculoskeletal conditions^[8]; in 2006, these conditions accounted for 30% of the total unemployment pension expenditure^[4]. Approximately 15% of back pain patients are unable to work and one in ten patients is in need of surgical treatment^[9]. The number of back surgical procedures increased by 40% in Finland in the years 1996-2005. Even though treatment times are shorter nowadays, the number of hospitalization periods has grown^[4] and the total health service expenditure for back surgical treatment has increased^[5]. Osteoarthritis, which is not only confined to the spinal area, is the most costly musculoskeletal disease to society in Finland^[4]. In 2004, there were 7335

hospitalization periods for spinal surgery in Finland. No national statistics are available on the share of men and women ^[10]. Patient participants in this research were adults, who had undergone surgery for disc herniation or spinal stenosis. While the number of surgeries for disc herniation has decreased, spondylosyndesis and surgery for spinal stenosis have continued to become more common ^[11].

The existing research on back surgical patients has focused on examining the clinical results of surgical treatment ^[12-16]. The few studies that have been conducted from the perspective of back surgical patients deal with patients' experience of pain ^[2,3,6], their fear of becoming ill again ^[1], their improved physical function ^[2,3,6,7], their ability to work ^[1,2,6] and their postoperative quality of life ^[5,7]. There are few studies on the coping of this specific group of patients and their families, and the knowledge remains fragmented ^[9,17,18].

Purpose and theoretical background of the study

The purpose of this study is to describe back surgical patients' and their families' coping resources and related factors at six weeks following the surgery. The resulting knowledge can be useful as a contribution to the development of family nursing. In the present study, family consists of two persons; the patient and one close family member selected by the patient. These persons identify themselves as family members and they are joined together by sharing or emotional closeness ^[19,20]. Coping is defined as an individual's attempts to deal with a factor that is perceived as stressful. Coping is seen as a process which changes over time and situation ^[21]. Coping resources are internal characteristics ^[22] and each person's coping process is individually constructed ^[23]. This study describes patients' and family members' actions in a situation that calls for a great deal of resources. These include their perceived health, attitudes and self-esteem ^[22]. Overall coping in this research refers to patients' and family members' own estimate of their overall coping. Spinal surgery patients are usually prescribed a sick leave of 5-6 weeks, after which they are expected to have recovered. This study focuses on this very period of time.

Earlier research has shown that being hospitalized and undergoing surgery are major life events that cause fear and psychological stress and increase the risk of depression and anxiety ^[21,24]. Surgery is often followed by changes in patients' coping at home and in their relations with family members and relatives. Surgical patients' daily coping is compromised by pain, difficulty to move, inability to work and limitations to free-time activities, all of which may in turn affect their mood and quality of life ^[9]. Family members are also affected. They often experience the postoperative time as stressful and burdensome ^[25]. They, too, have to deal with changes in daily living and social relationships. Tiredness, anxiety and distress have been found to be common among family members. They suffer from being separated from the patient and undergo periods of fear, helplessness and hopelessness. Increased financial difficulty is also frequently reported ^[26,27]. The situation is especially demanding in case of aged patients with impaired cognitive function, whose family members report increased dissatisfaction and stress during patient's recovery ^[28].

The recovery of patients depends on their age, length of sick leave and on psychosocial factors ^[29]. For example, it has been confirmed that patients' expectations on work return have an influence on pain, sick leave and disability and that their fear-avoidance beliefs contribute to a low quality of life ^[17]. Patients' higher levels of optimism and expectations have been found to result in better perceived quality of life and in work return within a year following surgery ^[17,30]. An association has been demonstrated between active coping and physical recovery from surgery ^[31]. It has also been shown that patients may, despite relatively poor physical recovery, feel that the quality of their life has improved, much the same way as patients with better physical recovery report ^[31].

In the face of stress and anxiety, both patients and family members engage in their individual coping behaviours ^[32-34]. Successful postoperative coping, assessed in terms of perceived outcome and health-related quality of life, has been associated with the individual's active efforts to deal with the situation. Adaptive coping, social support as well as a combination of several coping behaviors have been found to be effective ^[21,24]. Patients' interest in coping is translated into active participation in care, which is likely to have a positive outcome on the final recovery outcome ^[35]. Patients have

been found to cope, for example, by continuing life as normally as possible, step by step. It has also been confirmed that increased self-care regarding physical health reduces patients' anxiety on post-operative days^[36, 37]. In contrast, patients' recovery may be complicated by their reduced life satisfaction and lower situation-specific self-control expectations^[18]. Family members, on the other hand, have been shown to require support and information on how the patient should act to ensure coping at home^[38]. With increasingly short hospital stays, family members' tend to expect more from the hospital staff^[39].

These background ideas, together with further literature on patients' and their families' coping needs and experiences, formed a foundation for the creation of an instrument, whose purpose was to measure coping and help seek answers for the following research questions.

Research questions

- 1) What kind of coping resources did patients and their family members have at six weeks following surgery?
- 2) Which background factors were associated with patients' and their families' coping resources at six weeks following surgery?
- 3) In what way were patients' and their families' coping resources associated with their overall coping at six weeks following surgery?

2 Method

2.1 Research design

This is a cross-sectional observational study. Data were collected from 61 adult back surgical patients and 50 family members in one central hospital in Finland. A new literature-based, self-administered instrument was developed for this purpose. In the results, patients' and family members' responses to background questions and to twelve groups of questions on coping resources as well as their assessment of their overall coping are combined for analysis.

2.2 Instrument

As no suitable instrument or part of instrument was found, a new instrument was developed to measure the coping of patients and family members. This study uses two of the three major parts of the instruments: background factors and patients' and family members' coping resources^[40]. In addition, patients and family members were presented with a Visual Analogue Scale (VAS), a 10 centimetre long scale with a value range of 0-100. The VAS has been used in earlier research to assess subjective experiences, for example pain, mood, attention, sleep quality, attitude and ability to function. In this study, the patients and family members were asked to mark their assessment of their overall coping after surgery on the scale^[41, 42].

In the first section of the instrument, background data were collected by questions on the patient's and family member's age, sex, marital status, family, employment, social life and the patient's illness that required surgical treatment. These background factors were later studied for their association with respondents' coping resources. The coping resources section of the instrument is based on earlier research on patients and families experiencing surgery^[18, 26, 37, 43] accessed with help of a librarian from the databases Cinahl (102), Cinahlcumulativeindex (174), British Nursing Index- (14), OvidMedline (143), Linda (29) and Medic (15). The literature was searched for results on patients' and their families' coping needs and experiences. This section of the instrument is also based on an earlier pilot study conducted by the author^[44]. The instrument for patients was formulated first and then modified to produce an instrument for family members.

The following literature-based constructs were formulated for the instrument: patients' and family members' attitudes towards future, patient's recovery motivation and activity in self-care, normalcy of daily life, patient's and family member's wellbeing, patient's mood changes, insecurity regarding future, deterioration of health, social isolation, fear (of losing the patient) and the increased complications of life together. In this study, these constructs are referred to as components of coping resources. Respondents were asked to use the Likert scale to assess the importance of the above components as constituents of their coping resources, with the option 1 indicating the least and 4 the highest level of importance. There were 2-11 questions per component on the questionnaires. Means were calculated per respondent and per component, but only for components in which a minimum of 80% of the items had been responded to. In the assessment of overall coping (VAS), scores above 50 were considered to indicate better overall coping.

2.3 Validity and reliability

Both pre-testing and expert panel consultation were used to ensure content validity of the instruments. The expert panel, which consisted of three members with expertise in research, assessed the face validity of each instrument respectively. The experts were consulted to ensure that the instrument contents and questions were clear and comprehensible and that the time given to prospective participants was adequate. Following this, both instruments were tested and commented on by ten health care professionals. The content validity index was 0.88 for the patient instrument and 0.87 for the family member instrument. Both values are good^[45].

A reliability assessment was also conducted to determine the extent to which the instrument measured what it was intended to measure and to assess instrument reliability, stability and internal consistency^[46]. The Cronbach alpha scores ranged from 0.43 to 0.90 for patients and from 0.13 to 0.89 for family members. In both instruments, the following components showed poorer consistency than the others: activity in self care (patient $\alpha = 0.56$, family member $\alpha = 0.13$); normalcy of daily life (patient $\alpha = 0.67$, family member $\alpha = 0.21$) and social isolation (patient $\alpha = 0.43$, family member $\alpha = 0.22$). Furthermore, two components in the family member instrument proved to have poor internal consistency: attitude towards future ($\alpha = 0.57$) and patient's and family member's wellbeing ($\alpha = 0.65$). The problem may be due to the small number of questions (2-7) within these components. Second, the time passed since surgery may have resulted in the partly poor internal consistency of the family members' instrument, because the patient's health may already have improved considerably. The respondents may have felt that the questions concerned family members of patients who are in a poorer condition. The parallel-forms method could not be used in testing reliability, as no suitable alternative instrument was available. A test-retest analysis was ruled out because the phenomena to be examined were not expected to remain stable over time^[47].

Finally, the instrument was pretested in a pilot study conducted by the author^[40] prior to the present study with patients (N=30) and family members (N=30) selected by patients. For the pilot study, questionnaires and covering letters were handed to patients and family members in one hospital during two months in 2008 and returned, together with consent forms, to the investigator by post. The analysis involved a study of frequencies, distributions, means, standard deviations and correlation. There was no need to make amendments in the questionnaires. Data from the pilot study were not included in the material of the present study.

2.4 Sample

The inclusion criteria for participants, both patients and family members, included: age 18 or older, Finnish speaking, aware of the study objectives and capable of responding to the questionnaire. The patients had received surgical treatment for disc herniation or spinal stenosis and they had been cared for on neurosurgical or orthopaedic wards in a central hospital in Finland. The family members were selected and recruited by patients. National statistics were first studied to learn the total number of target group patients in Finland and a statistician was consulted to help assess how much time (two years) would be required to obtain an adequate sample. Data collection was ended after two years. No power analysis was conducted. The data were collected between May 2008 and August 2010. The questionnaires, along with the Visual Analog Scales, were mailed to prospective participants. The initial target group consisted of 126 patients and 126 family

members, of whom 61 patients (response rate 48%) and 50 family members (response rate 40%) returned the questionnaire.

Table 1. Patient and family member background data

Background factors	Patient (N=61)		Family member(N=50)	
	N	%	N	%
Sex				
female	31	51	27	54
male	30	49	23	46
Marital status				
single	5	8	3	6
married/cohabiting	47	77	43	86
divorced	7	11	3	6
widowed	1	2	1	2
missing data	1	2	--	--
On earnings-related/disability				
pension				
no	43	70	40	80
yes	15	25	6	12
application pending	1	2	1	2
missing data	2	3	3	6
Unemployed				
no	49	80	44	88
yes	5	8	3	6
missing data	7	12	3	6
Family members				
no children	11	18	9	18
one or more children	24	39	22	44
children not living in the same home	23	38	14	28
missing data	3	5	5	10
Length of sick leave before surgery (response options given)				
0-3 months	22	36	--	--
>3 months	21	34	--	--
missing data	18	30	--	--
Other persistent disease				
no	40	66	--	--
yes	20	33	--	--
missing data	1	1	--	--
First-time operation				
no	15	25	--	--
yes	46	75	--	--

(Table 1 continued on page 110)

Table 1. (Continued.)

Background factors	Patient (N=61)		Family member(N=50)	
	N	%	N	%
First time as a family member of patient undergoing surgery				
no	--	--	28	56
yes	--	--	21	42
missing data	--	--	1	2
Previous operations (response options given)				
none	13	21	19	38
one or more	48	79	29	58
missing data	--	--	2	4
Free-time activities				
no free-time activities before or after illness	7	11	--	--
no free-time activities before or after patient's illness	--	--	7	14
had to stop the free-time activities	21	34	--	--
irregular pursuit of free-time activities after illness	24	39	--	--
irregular pursuit of free-time activities after patient's illness	--	--	21	42
regular free-time activities	6	10	20	40
missing data	3	5	2	4
One or several confidants				
no	1	2	5	10
yes	60	98	43	86
Contact with the most significant person				
daily	48	79	31	62
weekly	9	15	16	32
once a month	1	1	1	2
missing data	3	5	2	4

The patients' mean age was 47.7 years (range 18-71) and the family members' 47 years (range 18-77). As shown in Table 1, a slight majority of respondents were women. Most patients and family members were either married or cohabiting and had one or more children. In both groups, a small minority of respondents were unemployed. All the patients had been on sick leave during the past year, with little variation in the duration of sick leave. Nearly one third of the patients had been diagnosed with another chronic disease. For most patients, this had been their first spinal surgery. A slight majority of family members had previous experience of being a surgical patient's family member, and in both groups, the majority of the respondents had a history of earlier surgical procedures. One third of the patients had been compelled to give up their free-time activities due to their illness, whereas family members had continued to pursue their interests. Both patients and family members had one or several confidants or persons to talk to. Most of them stayed in contact with such close persons on a daily basis.

2.5 Ethical considerations

The National Advisory Board on Health Care Ethics principles were observed^[48]. Participation was voluntary and based on informed consent. The questionnaires were mailed, giving each prospective participant full freedom to decide whether or not to enter the study. All participants were legally competent adults. Tampere University Hospital Ethical Committee

permission (R07165H) and hospital permission to conduct research were obtained and the anonymity of the respondents ensured.

2.6 Data analysis

The Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) 18.0 for Windows was used for statistical analysis. Where needed, item scores were reversed to make the values directionally consistent^[49]. To help describe data and for further analysis, both patients and family members were grouped into two categories of almost equal size: the under 45-year-olds and those 45 or older. The responses to items on respondents' coping resources were scored as follows: strongly disagree =1 point, disagree =2 points, agree =3 points and strongly agree = 4 points. The results are presented using frequencies, percentages, range, means and medians. Since the data were not normally distributed, non-parametric statistical methods (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis Tests) were used to assess relationships between variables^[49]. Spearman's correlation was also conducted to analyse the association between the groups of questions and assessment of overall coping. A correlation was determined to be significant if the *P*-value was below .05. Because of the limited sample size, missing data has not been complemented or replaced for example by means during the analysis.

Table 2. Patients' and family members' experiences of the components of coping resources

Components of coping resources	Patient Number	Median	Q= Q1-Q3	Family member number	Median	Q= Q1-Q3
Attitude towards future	60	3.50	3.00-3.80	50	3.33	3.00-3.53
Patient's recovery motivation	60	3.75	3.06-4.00	48	4.00	3.50-4.00
Activity in self-care	56	3.25	2.81-3.75	46	2.88	2.50-3.00
Normalcy of daily life	58	3.50	2.50-4.00	50	4.00	3.50-4.00
Patient's and family member's well-being	59	3.00	2.71-3.57	50	3.21	2.82-3.71
Shared trust in nursing staff	57	3.67	3.33-4.00	48	4.00	3.42-4.00
Patient's mood changes	59	1.82	1.27-2.27	50	1.67	1.22-2.14
Insecurity regarding future *	52	1.83	1.00-3.00	44	2.17	1.00-3.00
Deterioration of health *	59	2.40	1.70-2.90	50	1.94	1.50-2.72
Social isolation *	58	2.25	1.50-3.00	49	1.50	1.00-2.50
Fear (of losing the patient)	58	3.50	3.38-4.00	49	3.50	3.50-4.00
Increased complications of life together	59	1.63	1.25-2.13	49	1.71	1.14-2.14

(Scale 1-4, 4= strongly agree, 3= agree, 2=disagree, 1= strongly disagree).

* Reverse ordering with low values indicating positive meaning

3 Results

3.1 Patients' and family members' coping resources

As shown in Table 2, it was found that according to patients, the most positive components of their coping resources were recovery motivation, normalcy of daily life and respondents' shared trust in nursing staff. Fear was found to deplete coping resources. Increased complications of life together and changes in the patient's mood, however, were not considered to have any major contribution. Similarly, family members also regarded patient's recovery motivation, normalcy of daily life and shared trust in nursing staff as their most positive coping resources. They found that their fear of losing the patient decreased their coping resources, whereas social isolation due to the patient's illness, the patient's mood changes,

increased complications of life together and the deterioration of the patient's health did not affect their coping resources significantly.

3.2 Background factors related to patients' and family members' coping resources

Comparison by marital status revealed that patients who were separated or divorced experienced more often that increased complications of life together had affected their coping negatively (p -value for the difference .028). In comparison, the median for unmarried patients was 2.50, for married or cohabiting patients 1.50 and for widowed persons 2.86, so there was a significant difference between the groups.

Regardless of their educational background, family members experienced that their attitude towards future had been a positive contribution to their coping resources. The differences between educational groups were practically rather small; the median for family members without any vocational qualification was 3.00, whereas it was 3.25 for those with upper secondary level education, 3.60 for those with a degree or diploma from a university of applied sciences or college and 3.33 for university graduates ($p=.039$). In other words, those with a relatively high education had the highest score.

No major differences were found between educational groups in family members concerning their rating of the patient's self-care activity as a coping resource. The median was 2.50 for family members without a vocational qualification, 2.75 for those with upper secondary level education, 3.00 for university of applied sciences or college graduates and 2.50 for family members with a university degree ($p= .049$). Again, those with more education, excepting the most highly educated group, found this component slightly more important to their coping than other respondents.

It was found that in patients with an application pending for earnings-related or disability pension, insecurity regarding future had a stronger negative contribution to their coping resources than in other groups. Respondents with an application pending had a median of 4.00, whereas those in working life had a median of 1.33 ($p=.023$) and those already pensioned a median of 3.00. In family members, respondents on earnings-related or disability pension felt more strongly (median 3.33) that their insecurity of future had contributed to their coping resources negatively than other groups. Working family members had a median of 1.67 ($p= .019$) and family members with an application pending a median of 2.68.

A significant association was found between patients' employment status and insecurity regarding future as a component affecting coping resources. The median for employed people was 1.33, whereas it was 3.00 for unemployed patients ($p= .027$). Working patients experienced future as more secure than unemployed patients. Furthermore, the unemployed respondents felt slightly more strongly that their social isolation had had a negative contribution to their coping resources. This association between patients' employment status and social isolation was statistically almost significant, with the median of 2.00 for working and 3.00 for unemployed patients ($p= .045$).

Irrespective of the number of earlier operations, patients regarded their recovery motivation as a positive component of their coping resources. The recovery motivation was more pronounced in the responses of those patients, who had had first-time surgery for their condition compared to patients, who had earlier experience of surgery. The median for the first-time surgery group was 4.00 and for the latter group 3.13 ($p=.012$). As regards patients' attitude towards future, those who had had first-time surgery felt more strongly that their attitude had positively affected their coping resources (median 3.50), compared to patients with earlier experience of surgery (median 3.00; $p= .013$). As to patients' deterioration of health, it was found to affect coping resources negatively, irrespective of the amount of earlier surgical experience. The first-time surgery patients felt this less strongly. Their median was 2.25, whereas those with previous experience of surgery had a median of 2.89 ($p=.020$).

The recovery motivation median for patients who were 45 or older was 3.50, while it was 4.00 ($p= .019$) for under 45-year-old patients. This is practically not a very significant difference, but it indicates that the recovery motivation of

under 45-year-old patients was a slightly stronger positive component of their coping resources. Opposite results were obtained for shared trust in nursing staff; the older age group rated their experiences more positively with a median of 4.00, whereas the under 45-year-old patients had a median of 3.33 ($p = .020$). The under-45-year-old family members rated their future as slightly less insecure (median 1.67) than the older age group, whose median was 2.67 ($p = .043$).

3.3 Association between patients' and family members' coping resources and overall coping

Patients' coping at six weeks following surgery was also assessed by studying the association between the VAS overall assessment and the means calculated for each component.

Table 3. Correlation study (Spearman's correlation) on the relationship between component means and patients' and family members' overall assessment of postoperative coping

Components of coping resources	N		Correlation		P-value	
	Patient	Family member	Patient	Family member	Patient	Family member
Attitude towards future	60	50	.681	.313	.000	.027
Patient's recovery motivation	60	48	.716	.309	.000	.032
Activity in self-care	56	46	.292	.000	.029	.999
Normalcy of daily life	58	50	.595	.450	.000	.001
Patient's and family member's wellbeing	58	50	.569	.188	.000	.191
Shared trust in nursing staff	57	48	.330	.167	.012	.256
Patient's mood changes	59	50	-.720	-.514	.000	.000
Insecurity regarding future	52	44	-.536	-.122	.000	.430
Deterioration of health	59	50	-.739	-.413	.000	.003
Social isolation	58	49	-.677	-.540	.000	.000
Fear (of losing the patient)	58	49	.295	.156	.024	.283
Increased complications of life together	59	49	-.617	-.350	.000	.014

In Table 3 statistically significant results ($p < .05$) are highlighted in bold. The table shows how Spearman's correlation revealed some statistically significant and meaningful differences. The patients who reported poorer mood, more insecure future, deteriorated health, social isolation and increased complications of life together, also rated their overall coping at six weeks following the surgery as poorer than patients with opposite experiences. In contrast, patients with a more positive attitude towards future, higher recovery motivation, experienced normalcy of daily life and shared wellbeing, rated their overall coping as higher at six weeks after the surgery. Family members' assessment of coping was studied by the same method as that of patients. The analysis yielded statistically partly significant and meaningful differences. Most notably, those family members, who reported patient's changeable moods and their own social isolation, rated their overall coping as poorer at six weeks following the patient's surgery.

4 Discussion

Changes in family relations or in patients' ability to cope at home are reflected on the whole family's coping resources^[9]. In the present study, this association was determined in both patients and family members; both felt that the patient's recovery motivation, normalcy of daily life and their shared trust in nursing staff constituted strengthening and positive coping resources. According to Salmenperä et al.^[9] patients' mood affects their coping in daily life. The present study had different results; both patients and family members rated the role of patient's mood changes as insignificant at six weeks

following the surgery.

Kopp et al. ^[18] suggest that patients' recovery is complicated by their reduced life satisfaction and lower situation-specific self-control expectations. In this study, the effect of life dissatisfaction was apparent in patients who were separated or divorced. They rated high on increased complications of family life, which had a negative contribution to their coping ^[18]. Unemployed patients also reported that their being out of work had very much undermined their coping resources. Finally, patients and family members on earnings-related or disability pension or with an application pending rated their coping resources more poorly than respondents in working life.

It was found that the positive effect of recovery motivation was greatest in first time surgery patients. In contrast, patients' and family members' age did not significantly affect their experience of the patient's recovery motivation, although the role of recovery motivation was slightly stronger in under 45-year-olds compared to older patients ^[21, 35].

Postoperative stress and strain were evident in family members' insecurity regarding future in both age groups ^[28]. The older family members felt more strongly than those who were under 45 that the insecurity of future threatened their coping resources ^[25].

Johansson et al. ^[17], among others, found that cognitive behavioral factors predict pain, disability and quality of life after surgery. The results of this study reveal an association between spine surgical patients' and their family members' coping resources and their overall coping (see Table 3). The association was stronger in patients than in family members. In patients, it occurred especially through experienced mood and health, insecurity regarding future, social isolation and increased complications of life together. In family members, the association was strong with the patient's mood and their own social isolation.

To sum up some of the most important findings of this study: At six weeks after surgery, patients' and their family members' important coping resources involved the patient's recovery motivation, normalcy of daily life and shared trust in nursing staff. Both patients' and family members' coping resources were undermined by the patient's social isolation and by increased complications of their life together. Insecurity regarding future decreased the coping resources of over 45-year-old family members. It was also found that the various components of patients' and family members' coping resources and their overall coping were associated. In patients, this association concerned mood and deterioration of health, insecurity of future, social isolation and increased complications of family life, whereas in family members, it concerned the patient's mood and their own social isolation.

A number of limitations may have affected the research process. Data collection from a single hospital can be regarded as one limitation. Second, nonresponse may have affected sample representativeness. No name lists were kept and it was not possible to determine the exact number of non-responders. The data collection period was already relatively long and the investigators decided against a repeat enquiry. Selection bias may have occurred. Those respondents, who had experienced greater changes in their coping resources may have been more motivated to respond than patients and family members with less changes experienced in coping resources. Furthermore, patient-family member communication may have had an influence on the content of their respective responses. Finally, the high number of comparisons in the study may have increased the risk of type 1 error. Bonferroni correction was not performed. However, considering that postal enquiries are a challenging method of collecting data ^[50], the sample size can be considered moderate. The results may be valuable despite the limited sample, as there is currently little knowledge of the coping of back surgery patients and their families in the weeks following their discharge.

5 Conclusion

The results of this study can be useful to nursing professionals for developing family nursing practice with postoperative

patients and their family members. In family nursing it is important for patients' and families' postoperative coping that the actions of nursing staff create trust. The staff should seek to improve patients' self-care motivation, which in turn may result in better recovery outcomes. In addition, nursing staff need to take into consideration the patient's family relations and home circumstances. In future research, collecting data of patients' and their families' coping resources over a longer period after surgery would give a more comprehensive picture of this important topic. An interventional study is also indicated to confirm the conclusions of this observational study.

References

- [1] den Boer JJ, Oostendorp RAB, Beems T, Munneke M, Evers, AWM. Reduced work capacity after lumbar disc surgery: the role of cognitive-behavioral and work-related risk factors. *Pain*. 2006a; 126: 72-78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.06.010>
- [2] den Boer JJ, Oostendorp RAB, Beems T, Munneke, M, Evers AW M. Continued disability and pain after lumbar disc surgery: The role of cognitive-behavioral factors. *Pain*. 2006b; 123: 45-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.008>
- [3] Padua L, Caliendo P, Padua R, et al. Quality of life of patients operated on for lumbar stenosis: a long-term follow-up. *Acta Neurochir*. 2007; 149: 275-279. <http://dx.doi.org/10.1007/s00701-006-1099-4>
- [4] Pohjolainen T, Seitsalo S, Sund R, Kautiainen H. Mitä selkävaikeus maksaa- selkäsairauksien suorat ja epäsuorat kustannukset. [What is the cost of back pain – direct and indirect costs of back conditions]. *Suom Ortop Traumat*. 2006; 29: 254-258.
- [5] Rampersaud YR, Bheesma R, Lewis SJ, Stas V, Barron R, Davey R, Mahomed N. Assessment of health-related quality of life after surgical treatment of focal symptomatic spinal stenosis compared with osteoarthritis of the hip or knee. *Spine J*. 2007; 8: 296-304. <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2007.05.003>
- [6] Saban KL, Penckofer SM, Androwich I, Bryant FB. Health-related quality of life of patients following selected types of lumbar spinal surgery: a pilot study. *Health Qual Life Out*. 2007; 5: 71. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-71>
- [7] Slover J, Abdu W, Hanscom, B. The impact of comorbidities on the change in short-form 36 and Oswestry scores following lumbar spine surgery. *Spine*. 2006; 31(17): 1974-1980. <http://dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000229252.30903.b9>
- [8] Viikari-Juntura E, Heliövaara M, Alaranta H. Tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy[Epidemiology and prevention of musculo-skeletal diseases and injuries]. In Arokoski J, Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen, Viikari- Juntura E. *Fysiatría*. [Physiatrics] 4th ed. Keuruu, Finland: Otava; 2009: p. 28-40.
- [9] Salmenperä R, Tulli S, Virta M, editors. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö[Nursing care of the neurological and neurosurgical patient]. Tampere, Finland: Tammi; 2002. p. 313-333.
- [10] Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [National Institute for Health and Welfare] [Internet]; 2006[cited 2006 Aug 11]. Available from: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/tietokantaraportit
- [11] Seitsalo S, Malmivaara A. Kirurgian vaikuttavuus selkäsairauksissa[Effectiveness of surgery for back conditions]. [Internet]. *Impakti* 6/2005 [cited 2012 Oct 25]. Available from: <http://www.stakes.fi/finoha/e-materiaali/>
- [12] Helenius I, Remes V, Lamberg T, Schlenzka D, Poussa M. Long-term health-related quality of life after surgery for adolescent idiopathic scoliosis and spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg*. 2008; 90:1231-1239. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.G.00114>
- [13] Ibrahim A, Crockard A, Antonietti P, et al. Does spinal surgery improve the quality of life for those with extradural (spine) osseous metastases: an international multicenter prospective observational study of 223 patients. *J Neurosurg-Spine*. 2008; 8: 271-278. <http://dx.doi.org/10.3171/SPI/2008/8/3/271>
- [14] Jagannathan J, Shaffrey CI, Oskouian RJ, et al. Radiographic and clinical outcomes following single-level anterior cervical discectomy and allograft fusion without plate placement or cervical collar. *J Neurosurg-Spine*. 2008; 8: 420-428. <http://dx.doi.org/10.3171/SPI/2008/8/5/420>
- [15] Starkweather AR, Witek-Janusek J, Nockels RP, et al. The multiple benefits of minimally invasive spinal surgery: Results comparing transforaminal lumbar interbody fusion and posterior lumbar fusion. *Journal Neurosci Nurs*. 2008; 40(1): 32-39. <http://dx.doi.org/10.1097/01376517-200802000-00006>
- [16] Watanabe K, Hasegawa K, Hirano T, Uchiyama S, Endo N. Evaluation of postoperative residual spinal deformity and patient outcome in idiopathic scoliosis patients in Japan using the Scoliosis Research Society Outcomes Instrument. *Spine*. 2007; 32(5): 550-554. <http://dx.doi.org/10.1097/01.brs.0000256474.68580.f2>
- [17] Johansson AC, Linton S J, Rosenblad A, Bergkvist L, Nilsson O. A prospective study of cognitive behavioural factors as predictors of pain, disability and quality of life one year after lumbar disc surgery. *Disabil Rehabil* 2010; 32(7): 521-529. <http://dx.doi.org/10.3109/09638280903177243>
- [18] Kopp M, Bonatti H, Haller C, et al. Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *J Psychosom Res*. 2003; 55(4): 371-377. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00012-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00012-6)

- [19] Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing research, theory and practice. 5th ed. Uppersaddleriver, NJ: Pearson education; 2003: p. 35-58.
- [20] Åstedt-Kurki P, Jussila AL, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R, Potinkara H. Kohti perheen hyvää hoitamista [Towards good nursing care]. Porvoo, Finland: WSOY; 2008. p.11-28.
- [21] Hedlund M, Ronne-Engström E, Carlsson M, Ekselius L. Coping strategies, health-related quality of life and psychiatric history in patients with aneurismal subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurochir* 2010; 152(8): 1375-1382. <http://dx.doi.org/10.1007/s00701-010-0673-y>
- [22] Lazarus, RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984. p.141-180.
- [23] Drageset S, Lindström TC, Underlid K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *J Adv Nurs* 2010; 66(1): 149-158. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x>
- [24] Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*. 2011; 21: 956-964. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x>
- [25] Buchanan K, Elias LJ, Goplen GB. Differing perspectives on outcome after subarachnoid hemorrhage: the patient, the relative, the neurosurgeon. *Neurosurgery* 2000; 46(4): 831-840.
- [26] Wideheim AK, Edvardsson T, Pålsson A, Ahlström G. A Family's perspective on living with a highly malignant brain tumor. *Cancer Nurs* 2002; 25(3):236-244. <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-200206000-00012>
- [27] Majasaari H, Sarajärvi A, Koskinen H, Autere S, Paavilainen E. Patients' perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN J* 2005; 81(5): 1030-1039. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60469-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60469-9)
- [28] Rydholm Hedman AM, Strömberg L, Grafström M, Heikkilä K. Hip fracture patients' cognitive state affects family members' experiences: a diary study of the hip fracture recovery. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25(3): 451-458. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00848.x>
- [29] Kotilainen E, Seitsalo S. Lanneselän välilevytyrän leikkaushoito. [Surgical treatment of lower back intervertebral herniated disc]. *Duodecim*. 1999; 115: 1743-1748.
- [30] Saban K L, Penckofer SM. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *J Neurosci Nurs*. 2007; 39(3): 180-189. <http://dx.doi.org/10.1097/01376517-200706000-00009>
- [31] Rosenberger PH, Ickovics JR, Epel ES, D'Entremont D, Jokl P. Physical recovery in arthroscopic knee surgery: unique contributions of coping behaviors to clinical outcomes and stress reactivity. *Psychol Health*. 2004; 19(3): 307-320. <http://dx.doi.org/10.1080/0887044042000193460>
- [32] Salmon P, Hall GM, Peerbhoy D, Shenkin A, Parker C. Recovery from hip and knee arthroplasty: patients' perspective on pain, function, quality of life, and well-Being up to 6 months postoperatively. *ArchPhysMedRehabil*. 2001; 82(3): 360-366. <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2001.21522>
- [33] Rantanen A, Heikkilä A, Asikainen P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa -pilottitutkimus. [Support received by families in health care – a pilot study]. *Hoitotiede*. 2010; 22(2): 141-152.
- [34] Tastan S, Kose G, Iyigun E, Ayhan H, Coskun H, Hatipoglu S. Experiences of the relatives of patients undergoing cranial surgery for a brain tumor: A descriptive qualitative study. *J Neurosci Nurs*. 2011; 43 (2): 77-84. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0b013e31820c94da>
- [35] LaMontage LL, Hepworth JT, Cohen F, Salisbury MH. Adolescents' coping with surgery for scoliosis: effects on recovery outcomes over time. *Res Nurs Health* 2004; 27(4): 237-253. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20026>
- [36] Dropkin M J. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Pract*. 1999; 7(6): 309-313. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-5394.1999.76006.x>
- [37] Dropkin M J. Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2001; 24(2): 143- 148. <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-200104000-00010>
- [38] Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Tammentie T, Paunonen-Ilmonen M. Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. *J Fam Nurs*. 2001; 7 (4): 371-390. <http://dx.doi.org/10.1177/107484070100700404>
- [39] Johansson K, Nuutila L, Virtanen H, Katajisto J, Salanterä S. Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review. *J Adv Nurs*. 2005; 50 (2): 212-223. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03381.x>
- [40] Leikkola P, Helminen M, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Selkäleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä selviytymisen voimavarat potilaan kotiutuessa sairaalasta [Back surgical patients' and their family members' coping resources at discharge from hospital]. *Tutkiva Hoitotyö*; 2013; 11(3): 27-36.
- [41] Polit D, Beck C, Hungler B. Essentials of nursing research methods, appraisal and utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001: p.449.
- [42] Burns N, Grove SK. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007. p. 390-391.

- [43] Abergel A, Spector S, Khafif A, Fliss DM. Patient, caregiver, and surgeon perceptions of quality of life following anterior skull base surgery. *Arch otolaryngol head neck surg* 2004; 130 (11): 1276-1281. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.130.11.1276>
- [44] Leikkola P. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen [Postoperative coping of neurosurgical patients and their family members] [master's thesis]. University of Tampere; 2006. 95 p.
- [45] Vehviläinen-Julkunen K, Paunonen M. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. [Reliability of quantitative research]. In Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka* [Research methodology in nursing science]. Porvoo, Finland: WSOY; 2006: p. 206-214.
- [46] Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. New York: Wolter Kluwer. Lippincott. Williams & Wilkins; 2008. p. 449-473.
- [47] Polit D, Beck C. *Nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2010. p. 413-415.
- [48] Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta [National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics] Shared values in health care, common goals and principles. [Internet]. ETENE publications 1. Ministry of Social Affairs and Health in Finland; 2001[cited 2012 Oct 25]. Available from: <http://www.etene.org/dokumentit.shtml>. Read 5.5.2012
- [49] Burns N, Grove S K. *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. 5th ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 2005: p. 441-460.
- [50] Heikkilä T. *Tilastollinen tutkimus* [Statistical research] 7th -8th ed. Helsinki, Finland: Edita Prima Oy; 2000. p.66-67.