

PERHEEN KOKEMUS PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN  
SELVIYTYMISESTÄ

Tampereen yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Huhtikuu 2006  
Pro gradu – tutkielma  
Niemi Outi

## **TIIVISTELMÄ**

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## **NIEMIMAA OUTI**

Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä  
Pro gradu – tutkielma, 89 sivua, 26 liitesivua  
Ohjaaja: TtT Meeri Koivula  
Hoitotiede  
Huhtikuu 2006

---

Päiväkirurginen toimenpide koskettaa potilasta ja hänen perhettään. Perheen kokemusta päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä kotona toimenpiteen jälkeen ei ole aikaisemmin tutkittu. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten perheet kokevat päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheen kotona. Tutkimustehtävä perustui Leino-Kilven ja Suomisen aikaisempaan teoriaan päiväkirurgisen potilaan selviytymisen osa-alueista: toiminnallinen, kokemuksellinen ja sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelemalla päiväkirurgisia potilaita ja heidän perheitään noin viikon kuluttua päiväkirurgisesta toimenpiteestä heidän kotonaan. Perhehaastatteluja tehtiin 10 kappaletta. Perheet haastateltiin kerran. Perhehaastatteluihin osallistui 22 henkilöä (10 potilasta, yhdeksän puolisoa, kolme alle 18-vuotiasta koululaista). Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen. Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.

Analyysin tuloksena päiväkirurgisen potilaan selviytymistä kuvaamaan muodostui kolme pääluokkaa: perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä, perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä ja perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä. Lisäksi muodostui 14 yläluokkaa ja 51 alaluokkaa.

Perhe auttoi päiväkirurgista potilasta päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa, kodin arkipäivän toiminnoissa, kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa ja antamalla sairaanhoitoa. Perheen antama henkinen tuki oli läsnäoloa, auttavaista kohtelua, rajojen asettamista, asioiden selvittämistä ja kannustusta. Perhe koki kotihoidon turvallisena ja normaalin perhe-elämän säilyvän. Potilaan auttaminen kuului perhe-elämään. Perhe koki myös hyötyä potilaan kotihoidosta. Tiedon puute aiheutti epätietoisuutta perheen elämässä ja se ilmeni erilaisina huolina. Päiväkirurgisella toimenpiteellä oli yksilölliset vaikutukset perheiden ihmissuhteisiin, harrastamiseen, työssäkäyntiin ja osallistumisen kodin ulkopuolelle.

Päiväkirurginen potilas tarvitsee perheeltään toiminnallista ja henkistä apua toimenpiteen jälkeisessä selviytymisessä kotona. Tiedon puute aiheuttaa epätietoisuutta ja huolia perheen elämässä. Päiväkirurgisen potilaan ohjausta edelleen kehittämällä ja tehostamalla voidaan vähentää perheiden kokemaan epätietoisuutta päiväkirurgisen hoitoprosessin aikana.

Avainsanat: päiväkirurgia, potilas, perhe, selviytyminen, perhehaastattelu

## **ABSTRACT**

University of Tampere  
Department of Nursing Science

### **NIEMIMAA OUTI**

Families' experiences of day surgery patients' coping  
Master's thesis, 89 pages, 26 appendices  
Supervisor: Meeri Koivula, Ph.D.  
Nursing Science  
April 2006

---

Day surgery affects the patient and his/her family. The family's experience of how the day surgery patient copes at home after the operation has not been studied earlier. The purpose of the study was to describe how families get through the recovery of the patient at home. The aim of the study was based on the earlier theory by Leino-Kilpi and Suominen of how day surgery patients cope. Coping can be classified into the following categories: functional, experiential and social-collective. The day surgery patients and their families were interviewed at home about one week after the day surgery operation to gather data for this study. The total number of theme interviews was 10. Each family was interviewed once. The total number of persons taking part in these interviews was 22 (10 patients, 9 spouses and three schoolchildren under 18 years of age). The approach was qualitative. The data were analyzed using inductive content analysis.

As a result of the analysis three main categories were formed to describe how day surgery patients cope: how the family helps the patient to cope functionally, how the family deals with the patient's experiential coping and how the family deals with the patient's social-collective coping. In addition to these 3 main categories 14 major categories and 51 minor categories were formed.

The family helped day surgical patient in his/her daily well-being, in household tasks, in several tasks outside of the home and by giving nursing care. The emotional support, which the family gave, was being there, helpful treatment, setting limits, taking care of issues and encouraging. The family felt that the care at home was safe and the family was able to maintain normal family life. Helping the patient was part of family life. The family also found out that they benefited from nursing the patient at home. However the lack of information caused uncertainty in family life and this was manifest as concerns. The day surgery had individual effects on relationships between family members, on hobbies, on work and on activities outside the home.

The day surgery patient needs functional and emotional support from his/her family after the operation in order to cope at home. Lack of information causes uncertainty and worries in family life. By improving and enhancing the counselling of the day surgical patient it is possible to reduce the feeling of uncertainty in the family during the nursing process of day surgery.

Key word: day surgery, patient, family, coping, family interview

## Sisältö

1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	7
2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	8
2.1 Perhe ja perhehoitotieteellinen tutkimus	8
2.2 Päiväkirurgia	9
2.3 Päiväkirurginen hoitoprosessi	11
2.4 Selviytyminen	12
2.5 Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen	15
2.5.1 Päiväkirurgisen potilaan kognitiivinen selviytyminen	16
2.5.2 Päiväkirurgisen potilaan kokemuksellinen selviytyminen	19
2.5.3 Päiväkirurgisen potilaan toiminnallinen selviytyminen	20
2.5.4 Päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen	22
2.5.5 Päiväkirurgisen potilaan bio-fysiologinen selviytyminen	24
2.5.6 Päiväkirurgisen potilaan eettinen selviytyminen	25
2.5.7 Päiväkirurgisen potilaan ekonominen selviytyminen	26
2.6 Perhe päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä	27
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä	30
4 Empiirisen tutkimuksen toteutus	31
4.1 Menetelmälliset lähtökohdat	31
4.1.1 Ryhmähaastatteluna perheen haastattelu	31
4.1.2 Teemahaastattelu	33
4.2 Tutkimusaineiston keruu ja aineiston kuvaus	35
4.3 Aineiston analyysi	38
4.4 Tutkimuseettiset kysymykset	40
5 Tulokset	43
5.1 Perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä	43
5.1.1 Perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa	44
5.1.2 Perhe antaa apua kodin arkipäivän toiminnoissa	45
5.1.3 Perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa	46
5.1.4 Perhe antaa sairaanhoitoa potilaalle	47
5.2 Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä	48
5.2.1 Kotihoito on turvallista	49
5.2.2 Auttaminen on osa perhe-elämää	50
5.2.3 Perhe hyötyy kotihoidosta	54
5.2.4 Normaali perhe-elämä säilyy	55
5.2.5 Epätietoisuus perheen elämässä	57
5.2.6 Henkistä tukea tarvitaan	61
5.3 Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä	63
5.3.1 Vaikutukset ihmissuhteisiin	63
5.3.2 Vaikutukset harrastamiseen	64
5.3.3 Vaikutukset työssäkäyntiin	66
5.3.4 Vaikutukset osallistumiseen kodin ulkopuolelle	66

6 Pohdinta	71
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	71
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu	75
6.3 Johtopäätökset	81
6.4 Tutkimustulosten merkitys päiväkirurgiselle hoitotyölle	82
6.5 Jatkotutkimusaiheet	83
LÄHTEET	84
LIITTEET	90
TALULUKKO JA LIITELUETTELO	6

## TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT TAULUKOT

Taulukko 1: Aineiston abstrahoinnissa muodostettu pääluokka Perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä	43
Taulukko 2: Aineiston abstrahoinnissa muodostettu pääluokka Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä	48
Taulukko 3: Aineiston abstrahoinnissa muodostettu pääluokka Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä	63
Taulukko 4: Aineiston abstrahoinnissa muodostettu yhdistävä luokka Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä toiminnallisella, kokemuksellisella ja sosiaalisyhteisöllisellä selviytymisen alueilla	69

## LIITTEET

Liite 1: Taulukko 1. Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan ja omaisten tiedon tarpeesta ja ohjauksesta.	90
Liite 2: Taulukko 2. Tutkimuksia perheen merkityksestä kirurgisilla potilailla.	93
Liite 3: Taulukko 3. Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä.	94
Liite 4: Taulukko 4. Tutkimuksia läheisten merkityksestä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.	99
Liite 5: Potilastiedote päiväkirurgiselle potilaalle	104
Liite 6: Potilastiedote päiväkirurgisen potilaan perheenjäsenille	105
Liite 7: Suostumus	106
Liite 8: Tiedote perhehaastatteluun osallistujille	107
Liite 9: Tiedote tutkimuksesta henkilökunnalle	109
Liite 10: Lomake, johon halukkaiden haastateltavien tiedot kerätään	111
Liite 11: Perheen haastattelun eteneminen ja tutkijanpäiväkirjaan kerättävät haastateltavien taustatiedot	112
Liite 12: Perheen teemahaastattelurunko	113
Liite 13: Taulukko 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.	114
Liite 14: Taulukko 6. Esimerkki aineiston abstrahoinnista ja luokkien muodostamisesta.	115

## 1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Lyhythoitoinen kirurgia on lisääntynyt Suomessa 1990-luvun alusta lähtien voimakkaasti (Alanko ym. 1990, 6, 15; Kuusiniemi 1997, 47). Anestesiamenetelmien ja kirurgisten tekniikoiden kehittyminen mahdollistaa, että päiväkirurgiassa voidaan tehdä yhä vaativampia leikkauksia ja hoitaa myös huonokuntoisempia potilaita. (Kuusiniemi 1997, 39; Lahtinen & Valanne 1998, 543, 547; Viitanen 1999, 184; Barthelsson ym. 2003; Cox & O'Connell 2003.)

Päiväkirurgisen potilaan hoito sairaalassa tapahtuu lyhyessä ajassa. Potilaan valmistautuminen toimenpiteeseen tapahtuu kotona. Toimenpiteen jälkeen päiväkirurginen potilas tarvitsee kotona selviytymisessä apua. Kirurginen toimenpide vaikuttaa potilaan jokapäiväisten toimintojen onnistumiseen ja toteutumiseen. Potilaan perhe on keskeisessä asemassa päiväkirurgisen potilaan kotihoidon onnistumisessa ja hoidon jatkuvuuden tukemisessa.

Perheen kokemusta päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä kotona toimenpiteen jälkeen ei ole aikaisemmin tutkittu. Aikaisemmat tutkimukset ovat selvittäneet päiväkirurgisen potilaan selviytymistä kotona ohjauksen ja tiedon saannin näkökulmista. Lisäksi aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet tietoa päiväkirurgisen potilaan kokemuksista ja tyytyväisyydestä päiväkirurgiaan, leikkauksen jälkeisistä ongelmista kotona sekä potilaan saamasta sosiaalisesta tuesta toipumisvaiheessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten perheet kokevat päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheen kotona. Tutkimus toteutettiin perhehaastattelumenetelmällä. Tutkimuksen teemahaastattelun runko muodostui Leino-Kilven ja Suomisen (1997, 21) määrittelemän päiväkirurgisen potilaan selviytymisen osa-alueiden toiminnallinen, kokemuksellinen ja sosiaalis-yhteisöllisellä perusteella. Teemahaastattelussa selvitettiin perheen kokemuksia näillä selviytymisen osa-alueilla. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Tämän tutkimuksen tavoite oli tuoda lisätietoa päiväkirurgisen potilaan käytännön hoitotyöhön. Hoitotyön ammattilaisten on tärkeä tietää enemmän perheiden selviytymisestä jokapäiväisissä ongelmissaan, jotta perheitä voidaan tukea (Åstedt-Kurki ym. 1999). Tietoa perheiden kokemuksesta voidaan hyödyntää päiväkirurgisen potilaan hoitotyön ohjauksessa ja kehittämisessä.

## 2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Perhe ja perhehoitotieteellinen tutkimus

Perhehoitotiede tutkii perheiden hyvinvointia ja hoitotyötä hoitotieteen näkökulmasta (Åstedt-Kurki ym. 2001). Hoitotieteessä pidetään tärkeänä tuottaa tietoa yksilön ja perheen selviytymisestä sekä terveyden edistämisestä erilaisissa elämäntilanteissa ja siirtymävaiheissa (Pietilä ym. 1999, 331; Åstedt-Kurki & Paunonen 1999, 343; Koponen 2003, 118). Perhehoitotieteellinen tutkimus ja teorian kehittäminen on kiinnostunut potilaan ja perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Tutkimuskohteenä on eri elämän vaiheissa olevien ihmisten arkipäivän selviytyminen, itsestä ja läheisistä huolenpito sekä ammatillinen hoitotyö terveydenhuollon eri sektoreilla. Perhehoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyöhön, joka mahdollistaa hoidon laadun kehittämisen. (Aho ym. 2004, 254.)

Perhehoitotieteessä perheen käsite ja määrittely on keskeinen. Perhe on enemmän kuin edustamansa yksilöt ja perhe on myös enemmän kuin yksilöiden summa (Åstedt-Kurki ym. 2001). Tämä liittyy systeemiteoreettiseen tarkasteluun, jonka mukaan perhe nähdään holistisena systeeminä, jossa kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Taustalla on ajatus, että yksilön sairaus heijastaa vaikutuksensa muihin perheen jäseniin. (Friedman ym. 2003, 165.) Perhe nähdään systeeminä, jossa perheen jäsenet vaikuttavat toinen toisiinsa ja koko perhesysteemiin. Perhettä koskettava sairaus, vammautuminen tai erillään olo vaikuttaa koko perheen tasapainoon ja toimintaan. Perheen ja sen jäsenten välillä on olemassa voimakas vuorovaikutus. Perhe on voimavara ja sillä on keskeinen rooli niin yksilöiden kuin perheiden hoidossa ja kuntoutuksessa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14, 17; Friedman ym. 2003, 5.)

Tutkimuskohteena perhe on dynaaminen ja kompleksinen. Perheiden rakenteet ovat monimuotoisia. Perheen erilaiset muutosvaiheet vaikuttavat perheen terveyteen ja hyvinvointiin. (Aho ym. 2004, 254.) Perhe on yhteisön perusmuoto ja vaikuttaa sosiaalisena instituutiona jäseniinsä. Perheellä voidaan nähdä olevan kaksi toisiinsa liittyvää tehtävää: vastata yhteisön ja yksilöiden tarpeisiin. Perhe systeemissä yksilö oppii ilmaisemaan käyttäytymistään, ajatuksiaan ja tunteitaan. (Friedman ym. 2003, 4-5, 29.) Perheelle ovat ominaisia seuraavat piirteet. Perhe toimii sosiaalisen toiminnan ja vaihdon välineenä sekä välittäjänä. Perhe vaikuttaa sosiaalisen toiminnan luonteeseen ja onnistumiseen. Sosiaalinen toiminta voi olla taloudellista, psykologista, kulttuurista jne. Perhe on myös mo-



raalisten sidosten yksikkö. Perheenjäsenille on ominaista yhteenkuuluvuus ja toisistaan huolenpito, jota ei koeta samassa suhteessa muihin ihmisiin. Perhe toimii sosiaalisen vuorovaikutuksen ja merkityksellisten suhteiden areenana. Perhe muodostaa vuorovaikutusverkon, erityisesti asuessaan yhdessä. Pidämme itsellemme merkityksellisinä niitä henkilöitä, jotka vaikuttavat meihin ja joiden annamme vaikuttaa itseemme. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 44, 46, 48.)

Perhe voidaan määritellä monella tavalla. Voidaan puhua ydinperheestä, jolloin perhe muodostuu esim. avioliiton tai vanhemmuuden kautta. Perhe voidaan nähdä myös alkuperänä eli yksikkönä, johon on synnytty. Laajentunut perhe tarkoittaa ydin perheen ja muiden biologisten sukulaissuhteiden muodostamaa perhettä. (Friedman ym. 2003, 10.) Suppeasti määriteltynä perhe on määritelty yksiköksi, johon kuuluvat äiti, isä ja lapset (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15–16). Perheen voi muodostaa myös kaksi tai useampi yhdessä asuva henkilöä, joita yhdistää keskinäinen tunneside ja jotka tuntevat muodostavansa keskenään perheen. Perhettä ei voi määritellä yhdellä ainoalla tavalla, vaan yksilön on itse saatava määritellä kuka hänen perheensä on. (Friedman ym. 2003, 10.)

Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisessa selviytymisessä voi olla tukena myös muita kuin varsinaisia ydinperheen jäseniä kuten ystäviä, tuttavvia ja naapureita. Näin ollen päiväkirurginen potilas määrittelee itse perheensä. Tässä työssä perhe käsitteellä tarkoitetaan yksilön omaa käsitystä perheestään. Päiväkirurgisen potilaan perheenjäsenet ovat niitä henkilöitä, jotka auttavat päiväkirurgista potilasta toimenpiteestä selviytymisessä.

## 2.2 Päiväkirurgia

Päiväkirurgiaa voidaan määritellä suppeasti ja laajasti. Suppeamman määrittelyn mukaan päiväkirurginen toimenpide on hoitojakso, joka käsittää suunnitellun toimenpiteen ja jonka aikana potilas ei toiminnan tai hoidon vuoksi viivy sairaalassa yli 12 tuntia. Laajemman määrittelyn mukaan päiväkirurginen hoitoprosessi alkaa lähetteen kirjoittamisesta ja päättyy päiväkirurgisen toimenpiteen suorittamisen jälkeen palautteeseen lähettävälle lääkärille ja / tai jälkitarkastukseen. (Lahtinen ym.1998, 17.)

Päiväkirurgialla ymmärretään tarkoitettavan leikkaussalissa tehtävää suunniteltua eli elektiivistä toimenpidettä, jossa käytetään laskimosedatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa. Päiväkirurginen potilas ei yleensä yövy sairaalassa. (Lahtinen ym.1998, 17.) Päiväkirurgisesti voidaan tehdä

elektiivisesti monia yleiskirurgisia, gynekologisia, ortopedisiä, urologisia, lastenkirurgisia, plastiikkakirurgisia, otorinolaryngologisia ja oftalmologisia toimenpiteitä. Päiväkirurgiaan sopii huonosti toimenpiteet joihin liittyy riski suuresta verenvuodosta, tulehdusriski, voimakas postoperatiivinen kivun ja pahoinvoinnin todennäköisyys. Yleisanestesiassa käytetään mahdollisimman lyhytvaikutteisia lääkkeitä, jotta potilaat toipuisivat nopeasti anestesiasta. (Kuusiniemi 1997, 40–47; Lahtinen & Valanne 1998, 545–546.) Päiväkirurgiaan ei kuulu ilman anestesiaa, sedaatiota tai laajaa puudutusta tehtävät diagnostiset toimenpiteet, polikliiniset infiltraatio- tai johtopuudutukset eikä päivystystoiminta (Alanko ym. 1990, 7; Lahtinen ym.1998, 17).

Päiväkirurgiassa on kiinnitettävä huomiota potilasvalintaan, preoperatiiviseen potilaiden ohjaukseen ja tutkimiseen. Päiväkirurgisella potilaalla on oltava koti ja siellä seuranaan vastuullinen aikuinen henkilö, joka saattaa potilaan sairaalasta kotiin ja on seuraavan yön potilaan kanssa (Kuusiniemi 1997, 41; Lahtinen & Valanne 1998, 545). Yksinäiset ihmiset ja sosiaalisesti rajoitteiset henkilöt eivät kuulu päiväkirurgiaan ns. sosiaalisen verkon puuttumisen johdosta (Lahtinen ym.1998, 17). Osa jälkihoidosta jää potilaan omahoidon, omaisten antaman avun sekä muun sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden varaan (Alanko ym. 1990, 7; Suominen & Leino-Kilpi 1997, 3).

Leikkausarviossa potilaat jaetaan fyysisen kunnan mukaan ns. ASA-luokkiin (Amerikan Society of Anesthesiologists). Parhaiten päiväkirurgiaan soveltuvat potilaat kuuluvat anestesariskiryhmiin ASA I ja ASA II, tai anestesariskiryhmään ASA III, jolloin potilaan yleissairaus on parhaassa mahdollisessa hoidossa preoperatiivisesti. Luokkaan ASA I kuuluu terve alle 65- vuotias henkilö. Luokkaan ASA II kuuluu yli 65- vuotias terve henkilö tai henkilö, jolla on lievä yleistauti. Luokkaan ASA III kuuluu henkilö, jolla on vakava toimintaa rajoittava, mutta ei henkeä uhkaava systeemisairaus. (Kuusiniemi 1997, 39–40; Lahtinen ym.1998, 38; Lahtinen & Valanne 1998, 543–545.)

Päiväkirurgian etuina on pidetty pienempiä yksikkökustannuksia, tehokkuutta, pienempää sairaalainfektoriskiä, potilaan toivomaa lyhyttä sairaalassaoloaikaa sekä sairaalapaikkojen säästymistä sairaalahoitoa tarvitseville potilaille (Alanko ym. 1990, 6, 15; Kuusiniemi 1997, 47; Lahtinen ym.1998, 16).

Päiväkirurgiaa kuvaavat monet Englannin kieliset käsitteet ambulatory surgery, day surgery, in and out surgery ja come and go surgery. Lyhytjälkihoitoista kirurgiaa vastaa short stay surgery. (Alanko ym. 1990, 6.) Päiväkirurgiaa kuvataan tutkimuksissa seuraavilla käsitteillä: same day surgery, day case surgery (Mitchell 2000; Alho & Nylund 2002; Bernier ym. 2003), outpatient surgery (Yount &

Schoessler 1991; Bernier ym. 2003), ambulatory surgery (Brumfield ym. 1996, Fox 1998) ja day surgery (Law 1997; Bradshaw ym. 1999; Mitchell 2000; Young ym. 2000; Barthelsson ym. 2003; Cox & O'Connell 2003; Dewar ym. 2003).

Tässä työssä päiväkirurgisella potilaalla tarkoitetaan päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tullutta potilasta, joka saapuu aamulla päiväkirurgiseen yksikköön ja kotiutuu toivuttuaan toimenpiteestä toimenpidepäivän aikana eikä jää yön yli sairaalaan.

### 2.3 Päiväkirurginen hoitoprosessi

Päiväkirurgisessa hoitoprosessissa on Leino-Kilven ja Suominen (1997, 18–19) mukaan erotettavissa seuraavat ajanjaksot: 1) aika ennen hoitokontaktia ja toimenpidettä, 2) varsinainen hoitokontakti ja 3) toimenpiteen jälkeinen aika.

Päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessin käynnistää terveysongelman syntyminen tai oireiden alkaminen. Potilas itse ratkaisee ajankohdan ja paikan, johon hän hakeutuu ongelmansa kanssa. Hoitoon hakeutuminen käynnistää hoidon suunnittelun. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 18–19.) Hoitosuunnitelman tekemisen jälkeen potilas asetetaan jonoon odottamaan leikkaukseen kutsua. Odotusaikana potilas voi parantaa tulevaa itsehoitovalmiuttaan perehtymällä saamaansa kirjalliseen materiaaliin ja ohjaukseen sekä valmistautua tulevaan toimenpiteeseen myös henkisesti. Eri päiväkirurgisissa yksiköissä on erilaisia käytäntöjä siitä miten ja kuinka paljon potilaaseen otetaan yhteyttä ennen toimenpiteeseen kutsua (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 19).

Itse hoitokontakti sairaalassa on lyhyt, tehokas, täynnä uusia tapahtumia ja asioita (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 19). Potilas kotiutuu toimenpiteen jälkeen tai tilanteen niin vaatiessa vasta seuraavana päivänä. Hoitajan puhelinsoitto leikkauksen jälkeisenä päivänä varmistaa potilaan turvallista toipumista kotona. Potilaan jälkitarkastus ei ole aina tarpeen. (Lahtinen ym. 1998, 64.)

Päiväkirurgisen potilaan toipuminen tapahtuu kotona. Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen kotona jaetaan aikaan välittömästi toimenpiteen jälkeen (2-3 päivää) ja aikaan, jolloin terveydentila on palautunut entiselle tasolle tai paremmaksi ja potilas on omakohtaisesti tietoinen, että asia on kunnossa hänen kohdaltaan. Useimmiten ensimmäiset päivät ovat toipumista leikkauksen aiheuttamista fysiologisista seurauksista. Jälkimmäinen vaihe vaihtelee yksilöllisesti ja saattaa kestää erilaisia aikoja eri ihmisillä. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 19–20.)

## 2.4 Selviytyminen

Selviytymiskäsitteellä on monia merkityksiä sanakirjan perusteella. Selviytyminen voidaan ymmärtää **suoriutumisenä** vaikeasta tehtävästä (Nykysuomen sanakirja osa 3. 1980, 109–110; Suomen kielen perussanakirja Kolmas osa S-Ö 1994, 54). Tähän liittyy jonkin hankalan vaiheen läpi selviämisestä (sairauden, vaaran tms.), jonkin vaikean, suuren, rasittavan, tehtävän loppuunsaattamista tai toimeen tulemistä. Selviytyminen voidaan ymmärtää myös **selviytymisenä vaikeuksista tai sairaudesta** (Nykysuomen sanakirja osa 3. 1980, 109–110). Selviytyminen voidaan myös ymmärtää **selviytymisenä tehtävästä** (Nykysuomen sanakirja osa 3. 1980, 109–110; Suomen kielen perussanakirja Kolmas osa S-Ö 1994, 54). Selviytyminen voidaan käsittää myös **suoriutumisenä ja pelastumisena** (Synonymisanakirja 1989, 359).

Englannin kielessä selviytymisellä tarkoitetaan selviämistä (cope), suoriutumista (get through), selviytyä (weather) tai selviytyä eri merkityksessä (make it, meet), tulla toimeen (manage, get along) (Motkielikone 2004). Ruotsi kielessä selviytymisellä (klara sig) on toimeen tulemisen ja suoriutumisen sekä jatkoon selviytymisen (kvalificera sig) merkitys (Motkielikone 2004).

Lazaruksen (1984) kehittämää selviytymisen prosessimallia on käytetty paljon hoitotyössä Erikssonin ja Laurin (2000, 44) mukaan. Selviytyminen on Lazarusin ja Folkmanin (1984, 141; Folkman & Lazarus 1988, 310) mukaan jatkuvasti muuttuvia tiedollisia ja taidollisia yrityksiä hallita sisäisiä tai ulkoisia vaatimuksia, jotka kuluttavat yksilön voimavaroja tai ylittävät ne. Selviytymisprosessille on ominaista dynaamisuus, muutos, tietoinen ja osin tiedostamaton toiminta (Lazarus & Folkman 1984, 142; Folkman & Lazarus 1988, 310; Eriksson & Lauri 2000, 48). Selviytymisprosessi etene vaiheittain: ensimmäisen arvioinnin perusteella arvioidaan tietoisesti selviytymisvaatimuksia, toisen arvioinnin perusteella arvioidaan tunnistetut ja käytetyt selviytymiskeinot sekä tehdään uudelleen arviointia tilanneesta. Selviytymisprosessin tavoitteena on sopeutuminen. (Lazarus & Folkman 1984, 143, 157, 165; Folkman & Lazarus 1988, 310; Eriksson & Lauri 2000, 47.)

Selviytymisprosessiin liittyvät selviytymisvaatimukset ja selviytymiskeinot. Selviytymisvaatimukset ovat seurausta tilanteen muutoksista, jotka vaativat yksilöä muuttumaan. (Lazarus & Folkman 1984, 142.) Stressi muodostuu henkilön ja ympäristön välisessä suhteessa ja ilmenee henkilön voimavarojen kuormittuessa tai ylittyessä. Stressin seurauksena henkilön hyvinvointi vaarantuu. Stressin kokemiseen vaikuttavat yksilön luonteenpiirteet ja ympäristön tapahtumat kuten esimerkiksi

sairaus. (Lazarus & Folkman 1984, 21.) Selviytyminen stressitekijöistä vaikuttaa henkiseen ja fyysiseen terveyteen sekä elämän laatuun (Lazarus & Folkman 1984, 181).

Perhehoitotieteessä stressi on nähty seurauksena kyvyttömyydestä vastata stressitekijän tai muihin havaittuihin vaatimuksiin. Perheen stressitekijä voi olla henkilöiden välinen (perheen sisäinen tai perheen ulkopuolinen), johtua ympäristöstä, taloudellisista tai sosiokulttuurisista syistä tai kokemuksista. Stressitekijä aktivoi perheen stressiprosessin. (Friedman ym. 2003, 465.) Perheen jäsenen tai perheen stressikokemus liittyy siihen, miten vakavana ilmiö koetaan. Perheisiin vaikuttavat ajankohtaiset ja olemassa olevat stressitekijät, mutta myös tapahtumat, jotka perhe havaitsee tai vaikuttaa perheeseen. Kun perheen kyvyt ja voimavarat eivät riitä merkittävän stressitekijän tai –tekijöiden ratkaisemiseen syntyy perheeseen kriisi. (Friedman ym. 2003, 466.)

Selviytymiskeinoilla tarkoitetaan tiedollisia ja toiminnallisia keinoja, joiden avulla yksilö voi minimoida, välttää, sietää tai hyväksyä stressaavia olosuhteita ja yrittää hallita ympäristöään. Selviytymisen keinoja ovat kaikki keinot huolimatta siitä minkälaiseen lopputulokseen ne johtavat. (Lazarus & Folkman 1984, 142.) Selviytymiskeinojen tavoitteena on ongelman hallitseminen ja muuttaminen (problem focused coping /ongelmasuuntautunut selviytyminen) sekä ongelman esiin nostamien tunteiden hallinta (emotion-focused coping / tunnesuuntautunut selviytyminen) (Lazarus & Folkman 1984, 150; Folkman & Lazarus 1988, 310; Eriksson & Lauri 2000, 48–49). Tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja tarvitaan, kun ei voida vaikuttaa vahingolliseen, uhkaavaan tai muutokseen ympäristössä. Ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot toimivat tilanteissa, joissa muutos on mahdollista saada aikaan. (Lazarus & Folkman 1984, 150–151.) Stressaavaksi koetussa tilanteessa molemmat selviytymiskeinot voivat vaikuttaa toisiinsa (Lazarus & Folkman 1984, 179; Eriksson & Lauri 2000, 49).

Selviytymisprosessi voi olla onnistunut tai epäonnistunut (Lazarus & Folkman 1984, 189; Folkman & Lazarus 1988, 313). Selviytymisprosessin lähtökohtina stressi tai kriisi voi kuvata myös selviytymisen negatiivista lopputulosta, jolloin selviytymisprosessi käynnistyy uudelleen. Selviytymisen positiivisena lopputuloksena kuvataan sopeutumista, mukautumista, hallintaa tai hyvää elämän laatua. (Eriksson & Lauri 2000, 45–46.) Selviytymisprosessin lopputulos on yksilön sopeutuminen uuteen elämäntilanteeseen, mikä tarkoittaa elämäntilanteen hyväksymistä ja uuteen rooliin sopeutumista. Sopeutuminen ei ole staattinen lopputulos. Sopeutuminen kuvaa kutakin hetkeä ihmisen elämässä ja muuttuu jatkuvasti. Sopeutuminen tulisi nähdä mahdollisuutena, joka auttaa yli vaikeiden elämäntilanteiden. (Eriksson & Lauri 2000, 49–50.)

Perhehoitotieteessä selviytyminen (coping) määritellään Friedmanin ym. (2003, 466) mukaan positiiviseksi tai negatiiviseksi, ongelmasuuntautuneeksi, aktiiviseksi strategiaksi, joka auttaa ongelman kohtaamisessa. Selviytymisessä yksilö käyttää ajankohtaisia toimintoja ja tietoja, joita ei tavallisesti tarvita. Perheen selviytyminen on määritelty prosessiksi, jossa pyritään vastaamaan stressitekijän laajoihin vaatimuksiin käyttämällä hyödyksi jo olemassa olevia resursseja sekä kehittämällä tilalle uusia toimintoja ja resursseja. Tavoitteena on lujittaa perheen yhteenkuuluvuutta ja vähentää stressitekijän vaikutusta (Friedman ym. 2003, 466). Sopeutuminen on prosessi, jossa stressitekijän vaatimuksia hallitaan voimavarojen, selviytymisen ja ongelmanratkaisustrategioiden avulla. Perheen sopeutuminen on prosessi, joka tapahtuu ajan kuluessa kun perheen jäsenet ovat mukautuneet stressaavaan elämäntilanteeseen. (Friedman ym. 2003, 467.)

Sopeutumiseen vaikuttavat monet tilanne- ja persoonallisuustekijät sekä erilaiset voimavarat. Esimerkkinä tilanetekijöistä ovat tilanteen uutuus, ennustettavuus, vaikeus, raskaus, pitkäaikaisuus tai yllätyksellisyys. Tilanetekijöihin liittyy myös yksilön työ tai muu tyydyttävä toiminta, hyvät suhteet tärkeiksi koettuihin henkilöihin, luottamus hoitohenkilökuntaan ja hoidon tehokkuuteen. Selviytymisprosessiin vaikuttavia persoonallisuustekijöitä ovat ikä, sukupuoli, koulutustausta, älykyys, selviytymiskokemukset aikaisemmista vaikeista tilanteista, elämän arvot ja tavoitteet, sosiaaliset taidot, sekä ilmiöiden kulttuuriset ja henkilökohtaiset merkitykset. (Eriksson & Lauri 2000, 50.) Henkilön selviytyminen riippuu myös paljon käytettävistä voimavaroista ja niiden mahdollisesta käytöstä kyseisessä tilanteessa (Lazarus & Folkman 1984, 158). Selviytymiseen liittyvät yksilön fyysiset ominaisuudet kuten terveys ja energia, psykologiset voimavarat kuten positiiviset ajatukset, kontrollintunne ja motivaatio, kyvyt kuten ongelmanratkaisukyvyt, sosiaaliset taidot, sosiaalinen tuki sekä lisäksi materiaaliset voimavarat (Lazarus & Folkman 1984, 159, 179; Folkman & Lazarus 1988, 310).

Sosiaaliset suhteet vaikuttavat merkittävästi yksilön selviytymiseen (Lazarus & Folkman 1984, 223, 259). Sosiaalinen yhteisö voi luoda vaatimuksia, jotka aikaansaavat stressiä tai vaikeuttavat tilanteeseen sopeutumista. Sosiaaliset suhteet voivat olla myös voimavaroja yksilölle mahdollistaen sosiaalisen tuen saamisen. Keskeistä on kuitenkin yksilön oma arvio sosiaalisten suhteiden ja tuen merkityksestä ja laadusta hänen selviytymisessään. Sosiaalisella tuella on monia muotoja kuten kiintymys, sukulaisuus, instrumentaaliset, materiaaliset tai kokonaisuuteen kuuluvat toiminnot, kaikki johon liittyy tunne, aineellinen, ja tiedollinen tuki. Sosiaalinen tuki selviytymisessä on näh-

tävä voimavarana, jota yksilö käyttää ja joutuu hoitamaan. Tarvittaessa saatu sosiaalinen tuki tukee yksilön selviytymiseen liittyvää mukautumista. (Lazarus & Folkman 1984, 259.)

Yksilön selviytyminen vaikuttaa myös yksilön sosiaalisiin suhteisiin. Stressin torjumisen seurauksena saattaa olla avoimen vuorovaikutuksen väheneminen yksilön ja perheenjäsenten tai muiden läheisten välillä. Perheenjäsen tai muu läheinen kokee torjutuksi tulemista tai arvostuksen puutetta. Tämä voi johtaa perheenjäsenen tai muun läheisen kokemaan suruun, turhautumiseen tai mielipahaan. (Folkman & Lazarus 1988, 314.)

## 2.5 Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen

Päiväkirurgisen potilaan tilannetta voidaan Leino-Kilven ja Suomisen (1997, 17) mukaan lähestyä ainakin kahdesta näkökulmasta; ajallisesta ja potilaan omaehtoisen selviämismekanismien näkökulmasta. Ajallisessa näkökulmassa ovat: tarpeet ja odotukset ennen hoitokontaktia, hoitokontaktin aikana ja toiminta yhdessä ammattilaisten kanssa sekä toipumisaika kotona. Päiväkirurgisen potilaan kotona selviytymiseen liittyy oma fyysinen paraneminen ja voimien palautuminen, toisaalta kyky käyttää erilaisia tukijärjestelmiä. Keskeisimpiä tukijärjestelmiä ovat potilaan omat läheiset ihmiset ja terveydenhuollon ammattilaiset. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 20.)

Potilailla on käytössä erilaisia omaehtoisia hallintakeinoja, joilla potilas voi hallita sairautensa mukana tuomaa ongelmakokonaisuutta Leino-Kilven ja Vuorenheimon (1992, 89, 110) mukaan. Ongelmakokonaisuudella tarkoitetaan potilaan koko päiväkirurgista hoitoprosessia. Ihminen kokee päiväkirurgisen hoitoprosessin ja siitä toipumisen kokonaisvaltaisesti. Päiväkirurgisen potilaan selviytymisen osa-alueita ovat: kognitiivinen, kokemuksellinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, biologis-fysiologinen, eettinen ja ekonominen selviytyminen. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 88, 89,107; Leino-Kilpi & Suominen 1997, 21.) Potilaan selviytymisen moniulotteisuuden huomioon ottaminen edistää toipumista päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Yksilöllinen selviytyminen korostuu päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä. Itse toimenpide tehdään nopeasti ja potilas kotiutuu pian toimenpiteen jälkeen. Terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole mahdollisuutta potilaan voinnin pitkäaikaiseen seuraamiseen. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 21.)

Aikaisemmissa päiväkirurgista potilasta koskevissa tutkimuksissa on päiväkirurgisen potilaan selviytymistä tutkittu ja lähestytty eri näkökulmista. Ohjausta ja tiedon merkitystä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä on tutkittu määrällisesti eniten. Näkökulmia ovat olleet, onko ohjauksella

vaikutusta selviytymiseen kotona (Hiltunen 1995; Ahde 1997; Marttila & Piekkola 1997; Laamanen 1998; Young ym. 2000; Dewar ym. 2003; Hovi 2003; Siekkinen 2003; Heino 2005), minkälaista tietoa päiväkirurgiset potilaat tai omaiset haluavat (Mäkelä 1996; Bradshaw ym. 1999; Palmu & Suominen 1999) ja onko tiedon määrällä merkitystä selviytymisessä päiväkirurgiasta (Caldwell 1991; Mitchell 2000).

Päiväkirurgisen potilaan ongelmat ja oireet leikkauksen jälkeisessä toipumisessa esiintyvät monessa tutkimuksessa (Susilahti 1997; Willis 1997; Raappana 2001; Alho & Nylund 2002; Barthelsson ym. 2003; Cox & O`Connell 2003; Horvath 2003). Tutkimuksilla on haluttu selvittää potilaiden kokemuksia päiväkirurgiasta (Petticrew 1995; Mitchell 1999; Paunonen 2000; Costa 2001) ja tyytyväisyyttä päiväkirurgiaan (Law 1997; Bain ym. 1999; Koivusalo 2003).

Päiväkirurgisen potilaan saamaa sosiaalista tukea toipumisvaiheessa on selvitetty tutkimuksien avulla (Kulik & Mahler 1989; Larjama 2001), kuin myös omaisten käsityksiä potilaan selviytymisen tukemisesta päiväkirurgiassa (Kunttu 2001) sekä toipumisvaiheen yhteydenottoja terveydenhuoltoon (Ruuth-Setälä 1997). Perhehoitotyön toteutumista päiväkirurgiassa on selvitetty tutkimuksessa (Sarajärvi ym. 2001). Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen on nähty aikaisemmassa tutkimuksessa myös selviytymisenä itse kirurgisesta toimenpiteestä (Kopp ym. 2003).

Aikaisemmat tutkimukset on löydettävissä liitteenä olevista taulukoista 1, 2, 3 ja 4.

### 2.5.1 Päiväkirurgisen potilaan kognitiivinen selviytyminen

Kognitiivisella selviämisen näkökulmalla tarkoitetaan, että päiväkirurgisen potilaan hoidossa korostuu tiedontarve. Potilaan hoitoaika sairaalassa on lyhyt ja kotihoito jää potilaan ja hänen perheensä vastuulle. Selviytyäkseen päiväkirurginen potilas tarvitsee tietoa toimenpiteeseen valmistautumisesta ja siitä toipumisesta. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 21; Cox & O`Connell 2003.) Päiväkirurgisen polventähystyspotilaan saamaan ohjaukseen vaikutti Heinin (2005, 93) mukaan potilaan ikä, koulutus, sukupuoli, siviilisääty ja aikaisemmat kokemukset polvinivelen tähystyksistä.

Päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa saaman tiedon on tarkoitus lisätä päiväkirurgisen potilaan turvallisuuden tunnetta, vaikutusmahdollisuuksia, vähentää jännitystä, auttaa selviytymään päivittäisistä haavaan ja leikkaukseen liittyvistä toiminnoista (Marttila & Piekkola 1997, 38; Palmu & Suominen 1997, 119; Laamanen 1998, 62; Tuominen 1999, 60–61; Hovin 2003, 60–64). Päiväkirurgiselle



potilaalle ohjausta antavat sairaanhoitaja tai lääkäri ennen sairaalaan tuloa tai sairaalassa (Ahde 1997, 41, 43, 64; Palmu & Suominen 1997, 123; Larjama 2001, 47; Heino 2005). Potilaat saavat tietoa myös muulta henkilökunnalta kuten fysioterapeutilta ja toisilta potilailta (Heino 2005, 75–77).

Potilaat ovat yleensä tyytyväisiä saamaansa tietoon ja kokevat sen auttavan selviytymisessä kotona (Larjama 2001, 37; Koivusalo 2003, 34; Siekkinen, 2003, 64). Päiväkirurginen potilasohjaus sisältää pääasiassa tietoa valmistautumisesta toimenpiteeseen ja toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta (Ahde 1997, 64; Alho & Nylund 2002, 71, 76–78), mutta ohjauksessa korostuu toimenpiteen jälkeisen kotihoidon osuus (Heino 2005, 75, 84, 107). Potilaat saavat sairaalassa ollessaan tietojen ja taitojen opetusta leikkaukseen liittyvistä asioista ja toimintaohjeista ongelmatilanteita varten (Palmu & Suominen 1997, 123; Hovi 2003, 55–60, 64). Kotiutustiedon tavoitteena on tukea oireidenhallintaa kotona (Cox & O'Connell 2003).

Kirjallisten hoito-ohjeet turvaavat hoidon jatkuvuutta päiväkirurgisessa hoitotyössä. Ohjeiden on annettava tietoa, jonka perusteella potilaat osaavat valmistautua toimenpiteeseen ja pystyvät hoitamaan itseään kotona toimenpiteen jälkeen (Alho & Nylund 2002, 76). Kirjalliset ohjeet mahdollistavat, että potilas ja omainen voivat vielä kotona rauhassa palauttaa mieleensä ohjeet oikeassa muodossa (Mäkelä 1996, 87, Marttila & Piekkola 1997, 50; Larjama 2001, 37). Kirjallinen ja suullinen ohjaus ovat hallitsevia päiväkirurgisen potilaan ohjauksen muotoja (Ahde 1997, 44, 64; Tuominen 1999, 61; Cox & O'Connell 2003). Potilaiden kokema kirjallisen ohjauksen riittävyys riippuu heidän saamansa muun ohjauksen riittävydestä ja saamistaan selvityksistä hoidon aikaan (Larjama 2001, 37; Koivusalo 2003, 34). Ensimmäistä kertaa polvinivelen tähytyksessä olleiden, yli 65-vuotiaiden ja vähemmän koulutettujen ohjaus oli Heinin (2005, 76) mukaan vähäisempää kuin muiden potilaiden. Mitchellin (1999) tekemässä päiväkirurgisen potilaan kokemuksia kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa noin puolessa tutkimuksista suositettiin parannusehdotuksia potilaiden tiedonsaantiin.

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat kokevat tarvitsevansa ohjausta, joka auttaa itsehoidossa ja selviytymisessä kotona toimenpiteen jälkeen (Bradshaw ym. 1999; Mitchell, 1999; Alho & Nylund 2002, 75; Hovi 2003, 64; Koivusalo 2003, 34, 69; Siekkinen 2003, 64). Potilaat kaipaavat erilaisia ohjausmuotoja ja ohjausta, jota täydennetään heille henkilökohtaisesti tärkeillä asioilla (Marttila & Piekkola 1997, 49, 89). Päiväkirurgisten potilaiden ohjausmenetelmät eivät vastaa potilaiden yksilöllisiin tiedon ja ohjauksen tarpeisiin (Raappana 2001, 50; Alho & Nylund 2002, 79; Hovi

2003, 57, 64). Tulevaisuudessa potilaiden kansainvälistyessä pelkät suomenkieliset ohjeet eivät enää riitä (Koivusalo 2003, 69).

Päiväkirurgiset potilaat tarvitsevat ohjausta ja tietoa. Tietoa halutaan ennen päiväkirurgista toimenpidettä (Brumfield ym. 1996; Paunonen 2000, 69; Raappana 2001, 50; Alanen 2002, 48), mutta myös sairaalaan saavuttua ja odotellessa toimenpiteeseen pääsyä (Schoessler 1989; Yount & Schoessler 1991). Potilaat haluavat ja saavat tietoa myös toimenpiteen jälkeen (Palmu & Suominen 1997, 126; Raappanan 2001, 49). Kotihoito-ohjauksen ajankohtana voi olla vasta kotiinlähtöhetki tai aika heti leikkauksen jälkeen (Hovi 2003, 56). Toisaalta potilaat voivat haluta ohjausta myös oletettua aikaisemmin, ei niinkään toimenpidepäivänä vaan 1-3 viikkoa ennen leikkausta (Mitchell 2000).

Aikaisempien tutkimusten mukaan päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa saattaa ilmetä erilaisia esteitä päiväkirurgisen potilasohjauksen onnistumiseen, jotka vaikuttavat potilaan selviytymiseen kotona. Toimenpiteestä johtuen potilailla saattaa ilmetä muistamattomuutta ja vaikeuksia tiedon ymmärtämisessä (Law 1997; Barthelsson ym. 2003; Cox & O'Connell 2003; Dewar ym. 2003). Potilailla voi olla myös vaikeuksia keskittyä tietoon ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana (Dewarin ym. 2003).

Potilasohjauksen onnistumisen esteet saattavat johtua myös käytetyistä ohjausmenetelmistä. Potilaat eivät kuitenkaan aina tunne kirjallisten ohjeidensa sisältöä (Marttila & Piekkola 1997, 89). Kirjallisissa kotihoito-ohjeissa on myös huomattavia puutteita (Alho & Nylund 2002, 71, 76–78). Ohjauksen puutteena voi pitää myös, että potilaalta vaadittava itsehoitotaitoa kuten silmätippojen tiputtamista, silmän puhdistamista tai silmäkilven asettamista leikatulle silmälle ei harjoitella käytännössä sairaalassa hoitajan kanssa ennen kotiutusta (Larjama 2001, 47). Koivusalon (2003, 34, 69) tutkimuksessa vain 72 % oli tyytyväinen saamiinsa kirjallisiin ohjeisiin heti leikkauksen jälkeisenä päivänä. Ajan mittaan tyytymättömyys lisääntyi tutkittavien joukossa. Postoperatiivinen soitto voi paikata kirjallisten ohjeiden puutteita, mutta kaikki ongelmat eivät ilmene ensimmäisenä kotonaolo päivänä. Toisaalta Larjaman (2001, 34, 37, 47) tutkimuksessa vastaajat pitivät annettuja kirjallisia ja suullisia ohjeita selkeinä ja ymmärrettävinä. Kotihoito-ohjeet oli ymmärretty hyvin ja jokaisella oli kirjalliset ohjeet tallessa.

Potilaiden yksilölliset syyt vaikuttavat osaltaan ohjauksen ymmärtämiseen ja sitä kautta potilaan selviytymiseen. Potilailla voi olla vaikeuksia ymmärtää, mikä on ”normaalia” toipumista missäkin

toipumisen vaiheessa (Cox & O'Connell 2003) ja mitä saa tehdä missäkin toipumisen vaiheessa (Larjama 2001, 34). Kotiutustilanteen kiire, pelko tai osaamattomuus kysyä voi vaikuttaa päiväkirurgisten potilaiden tiedon puutteeseen (Mäkelä 1996, 87). Myös pelko oman yksityisyyden vaarantumisesta voi olla esteenä kysymiselle (Marttila & Piekkola 1997, 38, 87).

Päiväkirurgisen potilaan haluamalla tiedon määrällä ei ollut vaikutusta henkilöiden selviytymiseen, itsetoimintakykyyn ja ongelman ratkaisuun (Caldwell 1991; Young ym. 2000). Tiedon määrällä voidaan vaikuttaa potilaan kokemaan stressiin (Caldwell 1991). Ohjauksen määrällä voidaan vaikuttaa myös potilaan tuntemaan pelkoon. Vähäinen ohjaus oli yhteydessä pelokkuuteen ennen toimenpidettä ja useampiin yhteydenottoihin perusterveydenhuoltoon. (Mitchell 2000.)

### 2.5.2 Päiväkirurgisen potilaan kokemuksellinen selviytyminen

Kokemuksellisen selviämisen näkökulmaan liittyvät päiväkirurgisen potilaan odotukset ja niiden toteutumista kuvaava tyytyväisyys. Tyytyväisyys sisältää potilaan oman arvion hoidon toteutuksesta. Tyytyväisyyttä voidaan pitää myös edellytyksenä tehokkaalle hoidolle. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 23.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella potilaat ovat tyytyväisiä päiväkirurgiseen toimenpiteeseen (Petticrew ym. 1995; Ruuth-Setälä 1997, 75; Willis ym. 1997; Bain ym. 1999; Young ym. 2000; Sarajärvi 2001, 45; Cox & O'Connell 2003; Koivusalo 2003, 68). Suurin osa koki toipumisen vai-vattomana (Laamanen 1998, 62-64; Young ym. 2000; Siekkinen 2003, 61; Susilahti ym. 2004, 334). Toipuminen koettiin nopeaksi ja paluu normaaleihin toimintoihin onnistui enemmistöltä viikon sairasloman jälkeen (Barthelsson ym. 2003). Toisaalta Coxin ja O'Connellin (2003) mukaan potilaat kokivat kuitenkin enemmän ongelmia kotiutumisensa aikana kuin, mitä ohjaus oli antanut odottaa. Osalle potilaista itsensä hoitaminen kotona ennen ja jälkeen leikkauksen aiheutti avuttomuuden tunnetta, stressiä, pelkoa tai turhautumista (Laamanen 1998, 62-64). Myös lievittymätön leikkauksen jälkeinen kipu on omiaan aiheuttamaan osalle potilaista avuttomuuden tunnetta ja voimattomuutta (Raappana 2001, 47-48).

Potilaiden kokemukset päiväkirurgiasta olivat yhteydessä realistisiin odotuksiin toimenpidepäivästä, kivun voimakkuudesta ja leikkauksesta aiheutuvasta kyvyttömyydestä (Ahde 1997, 64; Bain ym. 1999; Mitchell 1999). Tyytyväisiä oltiin erityisesti kotiutustietoon, joka tuki selviytymistä kotona (Cox & O'Connell 2003; Hovi 2003, 61). Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa suulliseen ja kirjalli-

seen ohjaukseen (Larjama 2001, 37). Tyytymättömyyttä aiheutti sellaisen tiedon puuttuminen, jonka avulla potilas itse pystyisi osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja toteuttamaan hoitoa kotona (Koivusalo 2003, 68).

Kotiutuessaan sairaalasta tunsu 80 % päiväkirurgista polvinivelentähystyspotilaista (n=173) olonsa turvalliseksi tai erittäin turvalliseksi. Saman vahvistivat potilaiden perheenjäsenet. (Heino 2005, 85). Tyytyväisyyteen vaikutti kokemus riittävästä avun saamisesta ennen ja jälkeen leikkauksen (Larjama 2001, 43). Turvallisuutta lisäsi puolison, omaisen tai ystävän läsnäolo ja emotionaalinen tuki (Costa 2001; Larjama 2001, 41). Kotihoidon turvallisuutta lisäsi omaisten läsnäolo ohjaustilanteissa (Siekkinen 2003, 59). Myös leikkauksen jälkeistä kotisoittoa pidettiin turvallisuutta lisäävänä (Hovi 2003, 62). Tyytyväisiä oltiin henkilökunnan ammattitaitoon, palveluolttiuteen, ystävällisyyteen ja riittävään levon saantiin ennen kotiutusta (Koivusalo 2003, 68).

Tyytymättömyyttä aiheutti pitkä odottelu ennen toimenpiteeseen pääsyä, tyytymättömyys tulo- ja kotiutusmatkaan, vaikeus muistaa suullista ohjausta (Law 1997; Bain ym. 1999; Cox & O'Connell 2003), potilaan hoidon arviointi, asioiden salassa pysyminen, hoitoympäristö (Koivusalo 2003, 68), potilaiden riittämätön valmistelu perioperatiiviseen hoitoprosessiin, turha kipu ja riittämätön kipulääkitys (Costa 2001). Potilaiden tyytyväisyyttä lisäisi lisäpuhelinsoitto kotiutumisen aikana (Bartelsson ym. 2003) ja henkinen tuki ohjauksen aikana (Hovi 2003, 64). Kehittämällä päiväkirurgisen potilaan ohjausta ja kivun hoitoa tulevaisuudessa voidaan vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen ja selviytymiseen (Mitchell 1999). Koppin ym. (2003) mukaan toipuminen kirurgiasta ja henkilökohtaiset ominaisuudet kuten tyytyväisyys elämään ja saavutettu orientaatio taso ovat yhteydessä kirurgiasta selviytymiseen.

### 2.5.3 Päiväkirurgisen potilaan toiminnallinen selviytyminen

Toiminnalliseen selviämisen näkökulmaan liittyy päiväkirurgisen potilaan kykyyn ja haluun selviytyä erilaisista omaan hoitoonsa liittyvistä toimenpiteistä. Toiminnallisuuteen sisältyy laajemmin tarkasteltuna kaikki ihmisen omaan päätöksentekoon, ulkoiseen toimintaan ja niiden taustalla olevien sisäisiin tieto- ja arvorakenteisiin liittyvät asiat. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 25.) Päiväkirurgisen potilaan kohdalla tarkastelua rajataan koskemaan päiväkirurgisen toimenpiteen aiheuttamia taidollisia erityistarpeita. Tarvittaviin taidollisiin erityistarpeisiin vaikuttavat kirurginen toimenpide ja elimistön alue, jolle toimenpide kohdistuu. Keskeisempiä taidollisia erityisvaateita ovat taito sel-

vitä kivusta ja huolehtia omasta yleiskunnostaan sekä kyky torjua infektioita. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 25.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella potilaan toiminnalliseen selviytymiseen vaikuttaa tehty leikkaus ja elimistön osa, johon leikkauksen vaikutukset kohdistuvat. Päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen vaikeuksia voi ilmetä liikkumisessa, kodin hoidossa, päivittäisissä toiminnoista suoriutumises-  
sa, haavan hoidossa, sukupuolielämässä ja henkisessä jaksamisessa (Ahde 1997,64; Susilahti 1997, 99, 101; Laamanen 1998, 62–64; Paunonen 2000, 54; Alho & Nylund 2002, 66–68; Hovi 2003, 64; Siekkinen 2003, 62). Kipu voi vaikeuttaa liikkumista ulkona ja aiheuttaa univaikeuksia (Raappana 2001, 47–48; Siekkinen 2003, 62). Kuitenkin leikkauksen jälkeen suurin osa potilaista koki selviytyvänsä kotona hyvin (Petticrw ym. 1995; Alho & Nylund 2002, 75; Siekkinen 2003, 61) ja postoperatiivinen toipuminen oli potilaan ja perheenjäsenen mielestä useimmiten hyvää (Heino 2005, 93).

Potilaalla on ensimmäisen kolmen päivän aikana eniten toiminnallisuutta haittaavia vaivoja kuten kipua, unen häiriöitä ja vaikeuksia selvitä päivittäisistä toiminnoista (Paunonen 2000, 61–62). Potilaat selviytyivät pääasiassa itsehoitotoiminnoista itsenäisesti kolmanteen postoperatiiviseen päivään mennessä (Horvath 2003). Kivun määrä ja toiminnallisuus toisena postoperatiivisena päivänä ennustivat Horvath (2003) mukaan parhaiten henkilön, joka tulee tarvitsemaan enemmän kuin viisi päivää palatakseen normaaleihin toimintoihin ja aktiviteettiin. Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen potilailla esiintyy erilaisia ongelmia, jotka vähenevät merkittävästi toimenpidettä seuraavana päivänä (Heino 2005, 90, 93).

Potilaat pyrkivät selviytymään mahdollisemman itsenäisesti, ilman yhteydenottoa toimenpideyksikköön (Marttila & Piekkola 1997, 50, Young ym. 2000; Larjama 2001, 42; Heino 2005, 85) ja ilman ulkopuolista apua (Ahde 1997, 64; Heino 2005, 92). Kotiutuessaan sairaalasta potilaat saivat yhteystiedot ongelmatilanteita varten (Hovi 2003, 58). Ongelmatilanteissa potilaat ottivat yhteyttä eri terveydenhuollon palveluihin tai omaan sosiaaliseen verkostoonsa (Ruuth-Setälä 1997, 64, 88; Palmu & Suominen 1999, 124; Hovi 2003, 62). Yhteydenotot ongelmatilanteissa liittyivät fyysiseen toipumiseen (Ruuth-Setälä 1997, 82, 83; Willis 1997; Hovi 2003, 62; Heino 2005, 85) ja psyykkiseen toipumiseen (Ruuth-Setälä 1997, 85, 86, 88). Osalla potilaista ei ollut tarvetta hakea tietoa tai apua leikkauksen jälkeen kotona (Hovi 2003, 44,62; Heino 2005, 92).

Kotona potilaat käyttivät kipulääkitystä (Willis 1997; Barthelsson ym. 2003; Susilahti ym. 2004, 330) ja lepäsivät ensimmäiset päivät kotona leikkauksen jälkeen (Petticrew ym. 1995; Barthelsson ym. 2003; Susilahti ym. 2004, 330). Hoitotyön interventiona tehty hoitajan ohjaus- ja tukisoitto vähensi potilaiden postoperatiivista kipua ja auttoi selviytymisessä kotona (Dewar 2003). Toiminnallista selviytymistä tuki tieto. Potilaat halusivat lisää tietoa (Bradshaw ym. 1999, Barthelsson ym. 2003). Tietoa haettiin lääkärikirjoista (Hovi 2003, 44, 62) ja myös muualta kuin terveydenhuollosta (Cox & O'Connell 2003).

Toiminnallista selviytymistä vaikeutti apuvälineiden tarve ja käyttö (Siekkinen 2003, 61, 68). Selviytyminen vaikeutuu jos itsehoidossa tarvittavia taitoja ei harjoitella käytännössä sairaalassa hoitajan kanssa ennen kotiutusta (Larjama 2001, 47). Selviytymistä vaikeutti myös riittämätön psyykinen tuki, joka ilmeni mielipahana, psyykkisenä epävarmuutena ja tulevaisuuden pelkona (Siekkinen 2003, 62). Potilaat tarvitsevat enemmän konkreettista tietoa siitä mitä saa tehdä, miten ja milloin (Larjama 2001, 34; Hovi 2003, 63). Leikatulle raajalle varausohje ”kivun sallimissa rajoissa” ei ole riittävä kuvaamaan varauksen voimakkuutta jalalle toipumisen edistyessä. Vaikeudet selviytyä j-  
kapäiväisissä asioissa hankaloittivat potilaiden kotona selviytymistä. (Hovi 2003, 63.)

#### 2.5.4 Päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen

Päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisellä selviytymisen näkökulmalla on Leino-Kilven ja Suominen (1997, 26) mukaan kaksi merkitystä. Ensimmäisen merkityksen mukaan potilaan tulisi sairastuttua säilyttää omat sosiaaliset suhteensa ja verkostonsa, koska ne ovat tärkeitä hyvinvoinnin säilymisen kannalta. Päiväkirurgisen potilaan lyhyt hoitoaika mahdollistaa omien sosiaalisten suhteiden ja verkostojen säilymisen. Toisen merkityksen mukaan, päiväkirurginen potilas tarvitsee läheisiä ihmisiä auttamaan käytännön asioiden hoitamisessa (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 26). Tämä merkitys korostuu päiväkirurgisen potilaan kohdalla. Kotiutuakseen sairaalasta päiväkirurgisella potilaalle on oltava hoitaja, joka on hänen luonaan yön yli ja varmistaa hänen turvallista toipumistaan toimenpiteestä.

Aikaisempien tutkimusten perusteella päiväkirurginen toimenpide voi vaikuttaa potilaan sosiaalisten suhteiden säilymiseen ja sosiaaliseen verkostoon. Leikkauksen seurauksena voi olla harrastusten väliaikainen lopettaminen tai mahdollisesti lopullinen keskeyttäminen (Hovi 2003, 60). Käytännön asioiden hoitaminen, yksinäisyys ja yhteydenpitäminen työtovereihin olivat syitä, jotka lisäsivät

potilaiden yhteydenottoja ulkomaailmaan viikon kuluttua toimenpiteestä (Ruuth-Setälä 1997, 60, 63).

Fyysisen ja emotionaalisen avun saamista omaisilta pidettiin toipumisen kannalta tärkeänä (Cox & O'Connell 2003). Omaisten apu oli konkreettista ja emotionaalista apua (Paunonen 2000, 61, Siekkinen 2003, 63). Apua on myös vanhempien vastuu nuoren kotona toteutettavasta hoidosta ja tukea, joka auttaa nuorta selviytymään hoitoprosessistaan (Palmu & Suominen 1999, 126).

Potilaat tarvitsivat kotihoidossa apua keskimäärin 3 päivää (Young ym. 2000; Cox & O'Connell 2003; Mitchell 2003, 404). Aiemmin polvinivelentähystyksessä olleet, naiset, yli 65-vuotiaat ja enemmän koulutetut tarvitsivat Heinon (2005, 91) mukaan muita potilaita enemmän apua. Naiset tarvitsivat Hovin (2003, 64) mukaan ulkopuolista apua miehiä useammin itsensä hoitamisessa ja kotitaloustöissä. Mitchellin (2003, 404) mukaan monet auttajat joutuvat olemaan työstä poissa toimiessaan auttajan roolissaan. Willisin ym. (1997, 72) mukaan 10 % auttajista joutui olemaan poissa työstä keskimäärin 3 päivää.

Avun tarve leikkauksen jälkeen riippuu tehdystä leikkauksesta ja potilaan kunnosta ennen leikkausta. Apua tarvittiin kotiutumisen jälkeen, mutta tarvittavan avun määrä vaihteli eri tutkimuksissa. Potilailla oli vaikeuksia huolehtia kotiaskareistaan ja itsensä hoidosta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen ja heillä lisääntyi ulkopuolisen avun tarve (Petticrewn 1995, 186; Willisin ym. 1997, 72; Horvath 2003; Hovi 2003, 64; Siekkinen 2003, 62). Kaihileikkauspotilaiden avun tarve ei Larjaman (2001, 41) mukaan paljoakaan lisääntynyt verrattaessa leikkausta edeltäneeseen tilanteeseen.

Apua tarvittiin kotitöissä, lääkityksessä, liikkumisessa, asioiden hoidossa, lasten hoidossa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa, leikkausalueen hoidossa sekä kuljetuksissa. Omaisten tehtävä oli myös varmistaa asioiden sujuminen. (Hiltunen 1995, 23; Paunonen 2000, 52; Kunttu 2001, 34; Larjama 2001, 41, Cox & O'Connell 2003; Hovi 2003, 47–48; Siekkinen 2003, 63; Heino 2005, 92.) Apua tarvittiin myös kotieläinten hoitamisessa (Heino 2005; 91). Fyysistä hoitoa tarvitsivat erityisesti suuremmissa päiväkirurgisissa leikkauksissa olleet potilaat (Cox & O'Connell 2003). Omaisten antama tuki oli keskustelua, potilaan rohkaisua, yhdessä ulkoilua, ja potilaalle lukemista (Hiltunen 1995, 25). Omaiset toimivat kuuntelijana, kannustajana, asioiden selvittäjänä ja rajojen asettelijana (Kunttu 2001, 47). Potilaat tarvitsivat myös psyykkistä tukea kotona (Siekkinen 2003, 62). Omainen avusti sosiaalisten suhteiden hoidossa tiedonvälittäjänä, rajoitusten asettajana ja potilaan päätöksenteon vahvistajana (Kunttu 2001, 55).

Kotona potilaat olivat tarvinneet apua perheeltään, etenkin puolisoilta ja lapsiltaan, mutta myös sukulaisilta, ystäviltä ja naapureilta (Petticrew ym. 1995; Ruuth-Setälä 1997, 64, 88; Costa 2001; Larjama 2001, 48; Cox & O`Connell 2003; Siekkinen 2003, 63). Yleensä avunantaja oli perheenjäsen ja vähiten apua tarvittiin terveyden – ja sosiaalihuollon ammattilaisilta (Heino 2005, 92). Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun tarve oli hyvin vähäinen ja kotiapua leikkauksen jälkeen ei haluttu (Larjama 2001, 48).

#### 2.5.5 Päiväkirurgisen potilaan bio-fysiologinen selviytyminen

Päiväkirurgisen potilaan bio-fysiologinen selviämisen näkökulma sisältää toimenpiteestä paranemisen ja komplikaatioiden tunnusmerkkien seurannan. Keskeisimpiä seurattavia asioita ovat leikkaushaava- ja – alue sekä mahdollinen jälkivuoto. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 28–29.)

Aikaisempien tutkimusten perusteella päiväkirurginen potilas kokee leikkauksen jälkeen kipua (Susilahti 1997, 101; Willis ym. 1997; Laamanen 1998, 62–64; Bain ym. 1999; Mitchell 1999; Young ym. 2000; Raappana 2001, 47–48; Hovi 2003, 64; Siekkinen 2003, 62). Laparoskopisissa leikkauksissa potilaiden kipu ilmeni hartiapistoskipuna (Barthelsson ym. 2003; Cox & O`Connellin 2003). Kipu vaihtelee ensimmäisen viikon aikana (Barthelsson ym. 2003). Kipu oli lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden suurin biofysiologinen ongelma 1-2 päivää kirurgisen toimenpiteen jälkeen (Susilahti ym. 2004, 329). Kipu leimaa myös päiväkirurgisen polventähystyspotilaan toipumisen kolmea ensimmäistä päivää (Paunosen 2000, 61–62). Costan (2001) mukaan potilaat kärsivät turhaa kipua ja kipulääkitys oli riittämätön.

Potilaat kokevat myös normaalista poikkeavaa väsymystä (Young ym. 2000; Alho & Nylund 2002, 66–68; Cox & O`Connell 2003; Susilahti ym. 2004, 330). Uupumus oli lievää ja meni ohi lepäämällä 1-2 toimenpiteen jälkeisen päivän. Valtaosalla uupumus väheni selvästi ensimmäisen viikon aikana kotona ja energisyyden tunne palasi melkein kaikille. (Susilahti ym. 2004, 330.)

Huonovointisuus ei ollut Susilahden ym. (2004, 330) mukaan suuri ongelma. Oksentelua ei ollut juuri kenelläkään ensimmäisinä toimenpiteen jälkeisinä päivinä ja pahoinvointia oli 17 %:lla potilaista. Osassa tutkimuksissa potilailla ilmeni normaalista poikkeavaa pahoinvointia ja kuvotusta (Alho & Nylund 2002, 66-68; Barthelsson ym. 2003) ja päänsärkyä (Alho & Nylund 2002, 66–68). Sappileikkauspotilailla esiintyi tunteita ilmatäytteisestä olosta, kurkkukipua ja sappikohtauksia



(Barthelsson ym. 2003). Myös ummetuksesta raportoitiin tutkimuksissa (Susilahti 1997, 101; Alho & Nylund 2002, 66–68).

Haavan paraneminen ja hoito aiheutti huolta osalle potilaista (Laamanen 1998, 62-64; Barthelsson ym. 2003; Hovi 2003, 64). Leikkaushaavan ongelmat olivat haavasärky, verenvuoto ja leikkausalueen turvotus (Susilahti 1997, 104; Alho & Nylund 2002, 66–68). Viikon kuluttua eniten oli vähentynyt haavasärky (Susilahti 1997, 104).

Päiväkirurgisen potilaan toipuminen kestää valtaosalla potilaista kolmesta seitsemään päivään (Mitchell 2003, 404). Viikon kuluttua toimenpiteestä biofysiologiset terveysongelmat vähenivät merkittävästi (Susilahti ym. 2004, 330). Kipu, väsymys ja immobilisaatio olivat eniten raportoituja oireita 10:n postoperatiiviseen vuorokauteen asti (Young ym. 2000; Cox & O`Connell 2003; Susilahti ym. 2003, 330). Uupumus vaikutti, että potilaat eivät jaksaneet tehdä päivittäisiä askareita ja potilaat tarvitsivat lepoa päivällä, vaikka tunsivat itsensä energisiksi (Susilahti ym. 2004, 330). Haava aiheutti huolta vielä osalle potilaista (Coxi & O`Connellin 2003).

Ohjaus auttoi potilaita selviytymään leikkaushaavan hoidossa, leikkauksen jälkeisten kipujen hallinnassa sekä komplikaatioiden ehkäisyssä (Hovi 2003, 61). Eniten päiväkirurgiset potilaat ottivat heti kotiutumisen jälkeen kipujen vuoksi yhteyttä sairaalaan. Yhteydenottoja oli myös haavan mustelmien, haava-alueen turvotusten vuoksi, haavatulehduksen vuoksi. (Ruuth-Setälä 1997, 53; Siekinen 2003, 63.) Kotiutuksen jälkeen noin puolet potilaista tarvitsi konsultaation perusterveydenhuollossa Willisin ym. (1997, 73) mukaan. Kolmen viikon kuluessa kotiutuksesta perusterveydenhuollossa oli hoidettu yhtä kolmasosaa potilaista Petticrewn ym. (1995, 186) mukaan. Ennalta suunnittelemattomien käyntien syynä oli kipu (Petticrew ym. 1995, 186; Willis ym. 1997, 73), tai infektio (Willis ym. 1997, 73) tai vuoto (Petticrew ym. 1995, 186).

#### 2.5.6 Päiväkirurgisen potilaan eettinen selviytyminen

Eettisessä selviämisen näkökulmassa on kysymys päiväkirurgisen potilaan ihmisarvon säilymisestä koko hoitoprosessin ajan. Tähän liittyy potilaan kokemus oikeuksiensa toteutumisesta, hienovaraisesta kohtelusta ja potilaan oman mielipiteen huomioimisesta hoidossa. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 30.) Päiväkirurgisen potilaan eettistä selviytymistä turvaa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (Sundman 2000, 415–422).

Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole juurikaan löydettävissä mainintoja, miten päiväkirurgia vaikuttaa potilaan eettisen selviytymisen alueelle. Päiväkirurgisten potilaiden mukaan perheiden mielipiteen huomioiminen toteutui hyvin hoidon eri vaiheissa. Kymmenesosan mielestä perheiden mielipiteen huomioiminen toteutui huonosti. (Sarajärvi ym. 2001, 38.)

Iäkkäät ensimmäisessä päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa olleet potilaat toivat esiin potilaan yksilöllisen ja tasa-arvoisen kohtelun, jolloin henkilökunta arvosti potilasta yksilönä, eikä massaan kuuluvana, potilaita kohdeltiin tasa-arvoisesti muiden potilaiden kanssa (Larjama 2001, 39). Ihmisarvon säilymistä tuki hyvä kohtelu eli henkilökunnan käytettävissä olo, arvostus potilasta kohtaan sekä henkilökunnan, sairaalassa mukana olleen saattajan ja muiden potilaiden antama kannustus ja rohkaisu (Larjama 2001, 38).

Päiväkirurgisen potilaiden tasa-arvoista asemaa kuvaa Hovi (2003,63) tutkimuksessaan sillä, että potilaat jotka kieltäytyivät leikkauksen jälkeisestä kotisoitosta, saivat yhteystiedot sairaalaan siltä varalta, että kotona tulee ongelmia.

#### 2.5.7 Päiväkirurgisen potilaan ekonominen selviytyminen

Päiväkirurgisen potilaan ekonomisen selviytymisen näkökulma tarkoittaa, että päiväkirurginen toimenpide ei saa aiheuttaa potilaalle taloudellista uhkaa ja pelkoa tilanteesta selviytymättömyydestä (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 30).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on löydettävissä vain vähän mainintoja, miten päiväkirurgia vaikuttaa potilaan taloudellisen selviytymisen alueelle. Tutkimusten perusteella päiväkirurgisille potilaille (Hovi 2003, 58) tai omaiselle (Hiltunen 1995, 54) ei anneta tietoa riittävästi taloudellisista etuuksista tai sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Sarajärven ym. (2001, 34) tutkimuksessa kuitenkin osa päiväkirurgisista potilaista arvioi sairauden aiheuttaneen perheelle taloudellisia vaikeuksia. Taloudellisten vaikeuksien syynä voi olla potilaan pitkä sairasloma ennen leikkaukseen pääsyä (Susilahti 1997, 108). Omaisen hoitaminen ja työstä poisjääminen voi vaikuttaa potilaan taloudelliseen selviytymiseen (Willis 1997, Mitchell 2003, 404).

## 2.6 Perhe päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä

Aikaisempien tutkimusten perusteella omaisten rooli potilaiden toipumisprosessissa on erittäin merkittävä (Ruuth-Setälä 1997, 89; Costa 2001; Cox & O`Connell 2003). Ensisijaisesti yhteyttä toipumisvaiheessa otettiin omaisiin ja sukulaisiin, toissijaisesti ystäviin (Ruuth-Setälä 1997, 64, 88, 89). Potilaat arvostivat omaisiltaan saamaa fyysistä ja emotionaalista hoitoa (Cox & O`Connell 2003). Perheenjäsen oli lähes aina potilaan saattajana ja seurana toimenpiteen jälkeisen vuorokauden (Heino 2005, 61, 86). Perheen luokse palaaminen leikkauspäivänä oli potilaille tärkeää, vaikka potilaan kunto ei vielä kestänytkään pienten lasten hoitoa (Barthelsson ym. 2003).

Perheeltä tarvittiin niin konkreettista apua päivittäisten toimintojen suorittamisessa ja avustamisessa kotona (Hiltunen 1995, 25; Petticrew ym. 1995; Paunonen 2000, 52; Kunttu 2001, 34; Larjama 2001, 41; Hovi 2003, 62; Siekkinen 2003, 63) kuin leikkausalueen hoidossa (Kunttu 2001, 34; Larjama 2001, 41) ja lääkityksestä huolehtimisessa (Hiltunen 1995, 23). Perheeltä tarvittiin apua Heinin (2005, 91–93) mukaan liikkumisessa ulkona ja kotona, kauppa-asioissa, apteekkiasioissa, ruoan valmistuksessa, pukeutumisessa, peseytymisessä, siivouksessa, lastenhoidossa, kotieläinten hoitamisessa, potilaan omassa hoidossa ja selviytymisessä päivittäisistä toiminnoista. Omainen toimi myös tiedonvälittäjänä, rajoitusten asettajana ja potilaan päätöksenteon vahvistajana (Kunttu 2001, 55).

Apua kotihoidossa tarvittiin keskimäärin kolme päivää (Young ym. 2000; Cox & O`Connell 2003; Mitchell 2003, 404). Potilaat tarvitsivat kuitenkin apua päivittäisissä toiminnoissa selviytyäkseen vielä viikon kuluttua Heinin (2005, 92–93) mukaan. Viikon kuluttua toimenpiteestä lähes kaikki potilaat kykenivät liikkumaan itsenäisesti. Potilaiden avuntarve väheni viikon kuluessa toimenpiteestä. Potilaat tarvitsivat eniten apua toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Eniten potilaat tarvitsivat apua kauppa-asioinnissa, apteekissa käymisessä, siivouksessa ja ruoan valmistuksessa ja niissä tarvittiin eniten apua vielä viikon kuluttua toimenpiteestä.

Emotionaalinen tuki oli perheen tarjoamaa rohkaisua (Hiltunen 1995, 25; Larjama 2001, 38), keskustelua, läsnäoloa (Hiltunen 1995, 25), kannustusta (Kunttu 2001, 47; Larjama 2001, 38), kuuntelelua, asioiden selvittämistä ja rajojen asettamista (Kunttu 2001, 47), potilaan hyvää kohtelua (Larjama 2001, 38) ja psyykkistä tukea (Siekkinen 2003, 63). Sosiaalinen vuorovaikutus omaisten, ystävien ja naapureiden kanssa koettiin edistävän toipumista (Ruuth-Setälä 1997, 87; Larjama 2001, 38). Perheen fyysinen läsnäolo päiväkirurgiassa mahdollisti kokemuksen jakamisen perheen kesken

ja siinä potilaan tukemisen (Costa 2001). On huomattava, että kaikki kirurgiset potilaat eivät kuitenkaan koe perheen mukana oloa hoitoprosessissa tarpeellisena (Paavilainen 2001; Sarajärvi ym. 2001, 35). Perheen osallistuminen hoitoon ei ole välttämätöntä kaikissa tilanteissa ja perheellä voi olla omat syynsä olla osallistumatta hoitoon (Paavilainen 2001).

Aviopuolison emotionaalisella tuella on merkitystä selviytymisessä. Kotona selviytymistä tuki asuminen hyväkuntoisen puolison kanssa ja häneltä saatu tuki (Larjama 2001, 43). Aviopuolisolta saadulla tuella oli merkitystä myös ohitusleikkauksesta toipumisessa (Kulik & Mahler 1989). Avio- liitto ja sairaalassa saatu tuki oli yhteydessä pienempään kipulääkityksen tarpeeseen ja nopeampaan toipumiseen. Päiväkirurgisen potilaan saama riittämätön psyykinen tuki perheeltään vaikeutti päiväkirurgisen potilaan selviytymistä kotona. Riittämätön psyykinen tuki aiheutti mielipahaa, psyykkistä epävarmuutta ja tulevaisuuden pelkoa. (Siekkinen 2003, 62.)

Päiväkirurgisen potilaan omaisen ohjauksella on merkitystä. Omaisen vastaa monesti kotihoidon onnistumisesta leikkauksen jälkeen (Hiltunen 1995, 55; Palmu & Suominen 1999, 126, Cox & O`Connell 2003). Päiväkirurgisen potilaan omaiselle tieto auttaa olemaan potilaan tukena, ratkaisemaan ongelmatilanteita ja vähentää omaisen ahdistusta ja avuttomuutta (Hiltunen 1995, 55; Mäkelä 1996, 86). Omaisten osuus kotihoidon ohjauksessa jää pieneksi (Mäkelä 1996, 86; Paunonen 2000, 52; Heino 2005, 75), eikä perhe aina saa tietoa potilaan hoidosta (Sarajärvi ym. 2001). Omaisten ensisijainen tiedonlähde oli potilas, joka välittää itse tiedon kotihoito-ohjeista omaisilleen (Mäkelä 1996, 87; Paunonen 2000, 52; Heino 2005, 75). Potilaat kaipasivat perheen läsnäoloa ohjaukseen. Läheisten läsnäolo ohjauksessa vaikutti kotihoidon onnistumiseen, avun saamiseen läheistä ja turvallisuuden tunteeseen. (Siekkinen 2003, 59.) Vaikka omaisten tiedonsaanti koettiin tärkeäksi, niin omaisten mielestä tiedonpuutteella ei ollut kovin suurta merkitystä potilaalle ja omaisille (Mäkelä 1996, 85). Perheenjäsenistä suurin osa koki saavansa riittävän paljon tietoa potilaan toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta ja osa perheenjäsenistä piti päiväkirurgisen potilaan sairaalahoitoon liittyvää ohjausta tarpeettomana (Heino 2005, 85, 93).

Omaiset kokivat potilaan selviytymisen tukemisen ja hoitoprosessin myönteisesti. Läheisen ihmisen auttaminen koettiin helpoksi ja luonnolliseksi asiaksi. Vaikeutena auttamisessa koettiin väsyminen, ajan vievyys, mielenmaltin säilyminen, lääkityksestä huolehtiminen ja potilaan taholta hoito-ohjeiden laiminlyönti. (Kunttu 2001, 33, 34, 45, 56.) Potilaiden auttajat olivat tyytyväisiä rooleihinsa. Auttajat tarvitsevat lisää tietoa voidakseen tehdä tarvittavia sosiaalisia järjestelyjä ja myös auttajan väliaikaiseen rooliin sopeutumisessa. (Hiltunen 1995, 55; Mitchell 1999.) Coxin ja O`Connellin

(2003) mukaan on kiinnitettävä enemmän huomiota auttajien haluun ja kykyyn toimia potilaiden kotihoitajina, jotta riittävä hoidon laatu voidaan turvata päiväkirurgiselle potilaalle.

Päiväkirurginen toimenpide vaikuttaa perheen elämään. Potilaiden tulee tietää toimenpiteen vaikutuksista vointiinsa ensimmäisen viikon ajan Susilahden (2004, 330) mukaan, jotta he voivat järjestää kodinhoidon ja lastenhoidon toipumisen ajaksi. Sairaus vaikutti perheeseen niin fyysisesti kuin henkisesti Sarajärven ym. (2001, 32, 34, 38) mukaan. Sairauden vaikutus sosiaalisiin suhteisiin ilmeni perheen keskinäisten suhteiden lähentymisenä. Perheen mielipiteen huomioiminen hoidon eri vaiheissa on tärkeää. Sen avulla voidaan kannustaa perhettä osallistumaan potilaan hoitoon. Perhe osaltaan voi motivoida potilasta itsehoidon toteutuksessa.

Perheen selviytymistapoja määrittivät Åstedt-Kurki ym. (1999) tutkiessaan lapsiperheiden hyvinvointia ja selviytymistä. Perheillä on yksilöllisiä selviytymistapoja vaikeuksista selviytymisessä. Selviytymiskeinoja ovat puhuminen muiden perheenjäsenten kanssa, omista tuntemuksista kertominen, omana itsensä oleminen, positiivinen elämänsäsenne ja sen ymmärtäminen, että muilla voi olla huonommin kuin itsellä. Perheen yhteiset säännöt ja sopimukset ja huumori voivat auttaa perheen selviytymisessä. Selviytymiseen vaikuttaa myös vanhempien itsenäisyys ja riippumattomuus. Se miten riippuvaisia avo- tai aviopuolisot ovat toisistaan esim. taloudellisesti vaikuttaa perheen selviytymiseen. Omien voimavarojen rajojen tunnistaminen vaikuttaa osaltaan perheenjäsenen selviytymiseen tai selviytymisen tunteeseen. (Åstedt-Kurki ym. 1999.)

Tietoa päiväkirurgisen potilaan ja perheen selviytymisestä haettiin 1980-luvulta asti koti- ja (Medic, Linda ja Tamcat) ulkomaisista tietokannoista (Cinahl, British Nursing Index, Medline ja Psycinfo). Hakusanoina käytettiin: lyhytkirurgia, päiväkirurgia, lyhki, ambulatory surgery, day surgery, outpatient surgery, surgery, surgical, leikkaus, selviytyminen, toipuminen, sopeutuminen, tuki, coping, recovery, adjustment, support, family.

### 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perheen kokemusta osuudestaan päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä toimenpiteen jälkeisessä toipumisvaiheessa kotona.

Tutkimustehtävänä on kuvata:

1. Miten perheet kokevat päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheen kotona?

## 4 Empiirisen tutkimuksen toteutus

### 4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Laadullisen tutkimuksen menetelmät sopivat perheen kokemusten tutkimukseen (Åstedt-Kurki ym. 2001). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus mahdollistaa tutkimuskohteen kuvailun sen omista lähtökohdista käsin ja pyrkii ymmärtämään ilmiötä suhteessa sen kontekstiin. Laadullisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi 2002, 168). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkittavaa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pyrkimys on paljastaa tai löytää tosiasioita tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2002, 152.) Tavoitteena kvalitatiivisella tutkimusasetelmalla on saada esiin tutkittavien näkökulma tutkittavasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 1998, 16).

Tämä tutkimus on luonteeltaan kuvailevaa tutkimusta. Aihepiiristä ei ole juuri aikaisempaa tutkimusta (Åstedt-Kurki & Paunonen 1999, 343; Metsämuuronen 2003, 9). Tutkimuksessa pyritään aineistolähtöisesti kuvaamaan, miten perhe kokee osuutensa päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä ja miten se ilmenee potilaiden ja heidän perheidensä kuvaamana. Ilmiötä pyritään kuvaamaan kokonaisvaltaisesti ja saamaan esille tutkittavan ilmiön kannalta sen keskeisimpiä ominaispiirteitä.

#### 4.1.1 Ryhmähaastatteluna perheen haastattelu

Ryhmähaastattelua voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin, jotka ilmenevät erilaisina analyysistrategioina. Ryhmähaastattelu voi keskittyä faktuaaliseen informaatioon, yhteisten normien tai ihanteiden, ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen, kommunikation (sosiolingvistinen näkökulma) tai merkitysrakenteiden (kulttuuri- tai sosiosemiotiikka) tutkimiseen. (Sulkunen 1990, 264–265) Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelua käytettiin kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta, jolloin ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus on merkittävä tekijä tiedon tuottamisessa (Turunen ym. 1996, 195).

Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa eri tavoin. Ryhmähaastattelu voi olla ryhmässä tapahtuvaa strukturoitua yksilöhaastattelua eli haastattelijä esittää vuorotellen kaikille osallistujille saman kysymyksen ilman että osallistujat saavat keskustella keskenään aiheesta. Ryhmähaastattelu voi olla myös enemmän tai vähemmän ohjattua keskustelua ryhmässä. Tällöin ryhmä keskustelee haastatte-

lijän etukäteen valitsemista teemoista. Ryhmähaastattelu voi olla myös vapaata keskustelua ryhmässä. Tällöin tutkijan rooli on havainnoida ryhmää ja vain vähän ohjata keskustelua. (Pötsönen & Välimaa 1998, 1.) Ryhmähaastattelumenetelmän keskeinen vaatimus tutkijalle on onnistuneen vuorovaikutuksen ja sen edellytysten luominen haastattelutilanteissa (Turunen ym. 1996, 201).

Sopiva ryhmän koko yhdellä haastattelukerralla vaihtelee eri lähteiden mukaan. Sopiva ryhmän koko on 4-8 henkilöä (Eskola & Suoranta 1998, 97) tai jopa 4-10 henkilöä (Turunen ym. 1996, 196). Ryhmä toimii parhaiten kun ryhmän koko on neljästä kuuteen osallistujaa. Pienen ryhmän etuja ovat vapautunut tunnelma ja ryhmä on helposti hallittavissa. (Koskinen & Jokinen 2001, 305, 307.) Myös kahden henkilön haastattelu saattaa toimia erilailla kuin yksilöhaastattelu ja tuottaa käyttökelpoista tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 97). Tässä tutkimuksessa haastateltavan ryhmän muodosti päiväkirurginen aikuispotilas ja hänen perheensä. Haastateltavien ryhmien koko oli 2-3 henkilöä. Kahdeksassa haastattelussa oli haastateltavana kaksi henkilöä ja kahdessa haastattelussa oli haastateltavana kolme henkilöä.

Ryhmähaastattelulla on etuja verrattuna yksilöiden teemahaastatteluun. Tutkittaessa mielipiteitä tai kulttuurisia kysymyksiä, saattavat haastateltavan tutkijaan kohdistamat odotukset vaikuttaa haastattelussa tavalla, joita on vaikea analyysissä huomioida. Myös haastattelija saattaa vaikuttaa siihen, mitä yksilöhaastattelussa tuodaan esiin ja millä tavalla. Ryhmähaastattelun etu on osallistujien keskinäinen kontrolli, jolloin tutkijan vaikutus tutkittaviin ei ole niin merkittävä kuin yksilöhaastattelussa. Ryhmähaastattelu on tehokas haastattelumenetelmä, koska yhdessä haastattelussa saadaan haastateltua monia henkilöitä. (Sulkunen 1990, 264.) Menetelmän etuja ovat taloudellisuus ja joustavuus. Se voi synnyttää uusia kysymyksiä ja auttaa palauttamaan mieleen ilmiötä sekä aineisto rikastuu ryhmän vuorovaikutuksessa. (Turunen ym. 1996, 196–197.) Ryhmähaastattelu on terveys-tutkimukseen hyvin soveltuva menetelmä, koska ihmiset puhuvat mielellään terveyteen liittyvistä kokemuksista (Pötsönen & Välimaa 1998, 82).

Perhehaastattelun avulla voidaan saada tietoa koko perhettä koskettavasta aiheesta (Åstedt-Kurki & Hopia 1996). Perhehaastattelun perusteena tässä tutkimuksessa on perheen näkeminen perhesysteeminä. Systemiajattelun mukaan perhe nähdään analyysiyksikkönä, jossa perheenjäsenet ovat keskenään tasa-arvoisessa asemassa tiedonantajina. Perheenjäsenten samanaikainen haastattelu mahdollistaa laajemman perspektiivin saamisen tutkittavaan ilmiöön. Yhden haastateltavan näkemys ei riitä kuvaamaan koko perheen kokemaa. (Åstedt-Kurki ym. 2001.) Perhehaastattelun avulla saadaan perheiden kuvauksia kokemastaan perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan selviytymi-



sessä. Perhehaastattelun etuja ovat, että haastateltavat perheenjäsenet jakavat samat arkipäivän kokemukset ja heitä yhdistävät emotionaaliset siteet, mikä mahdollistaa henkilökohtaisista ja herkistä asioista kertomisen. Perhehaastattelun tavoitteena on monipuolinen keskustelu tutkittavasta ilmiöstä, johon kaikki haastateltavat voivat osallistua. (Åstedt-Kurki & Hopia 1996; Eskola & Suoranta 1998, 58, 98.)

Haastateltavan ryhmän tulisi olla pääsääntöisesti mahdollisimman homogeeninen ryhmä, jotta kaikki ymmärtäisivät esitetyt kysymykset ja käytetyt käsitteet eli keskustelu mahdollistuisi (Turunen ym. 1996, 196; Eskola & Suoranta 1998, 98). Toisaalta Pöntsölän ja Välimaan (1990, 7) mukaan heterogeeninen ryhmä tuottaa tehokkaammin tarvittavia tietoja. Tässä tutkimuksessa perheen homogeenisuudella tarkoitetaan perheen yhteisiä kokemuksia päiväkirurgisesta hoitoprosessista ja perheen kokemusta osuudestaan päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.

Perhehaastatteluissa käytettiin etukäteen laadittua teemahaastattelurunkoa, joka kattoi tutkimusongelman kannalta keskeiset teemat (Pöntsölä & Välimaa 1990, 6). Perheen ryhmähaastattelussa tavoitteena oli suhteellisen vapaamuotoinen, asiassa pysyttelevä keskustelu (Eskola & Suoranta 1998, 98). Ryhmähaastatteluissa oli suotavaa, että perheenjäsenet tuovat esiin omia mielipiteitään tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman heterogeenisesti, jotta ilmiöstä saataisiin mahdollisimman rikas kuvaus. Perhehaastattelussa tutkija antoi perheelle keskusteluaiheen, josta perheenjäsenet keskustelivat. Tutkijan tehtävänä oli havainnoida tilannetta ja varmistaa keskustelun pysyminen tutkittavassa aiheessa. (Åstedt-Kurki & Hopia 1996; Eskola & Suoranta 1998, 58, 98.)

#### 4.1.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu, pehmeä haastattelumenetelmä (Hirsjärvi & Hurme 1995, 3). Teemahaastattelussa tutkija määrittää etukäteen haastattelun aihepiirit, teema-alueet. Teemahaastattelun kysymykset eivät ole tarkkoja, vaan tutkijalla on lista käsiteltävistä asioista ja kysymykset ovat luonteeltaan avonaisia. Haastattelun teema-alueet käydään haastattelun kuluessa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus vaihtelevat. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 41; Eskola & Suoranta 1998, 87; Eskola & Vastamäki 2001, 26–27.) Haastattelurunko on teema-alueuuttelo, joka on muodostettu tutkittavan ilmiön teoretiedon perusteella. Teema-alueet ”operationalisoidaan” haastattelutilanteessa lisäkysymyksillä haastattelijan ja haastateltavan toimesta. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 41.)

Teemahaastattelu on tutkijan aloitteesta ja usein tutkijan ehdoilla syntynyttä keskustelua (Eskola & Vastamäki 2001, 24). Teemahaastattelu sallii haastateltavien luontevan ja vapaan reagoinnin (Hirsjärvi & Hurme 1995, 8). Tutkija voi kielellisen tiedon lisäksi haastattelussa tarkkailla haastateltavien ei-sanallista viestintää ja arvioida sanallisen tiedon luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 1995, 50). Teemahaastattelu sopii käytettäväksi kun tutkimuskohteena ovat arvot, aikomukset, ihanteet, emotionaalisesti arat aiheet, heikosti tiedostetut seikat tai yhteiset jokapäiväiset kokemukset (Hirsjärvi & Hurme 1995, 35, 36).

Tutkimuksen teemahaastattelurungon perustana käytettiin Leino-Kilven ja Suomisen (1997, 21) määrittelemiä päiväkirurgisen potilaan selviytymisen osa-alueita toiminnallinen, kokemuksellinen ja sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen. Aikaisempia tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä ja perheestä käytettiin apuna teemahaastattelurungon laatimisessa. Tutkijan laatimalla perheen teemahaastattelurungolla haluttiin selvittää perheen kokemusta osuudestaan päiväkirurgisen potilaan toiminnallisella, kokemuksellisella ja sosiaalis-yhteisöllisellä selviytymisen osa-alueilla. (Liite 11 ja 12) Näillä selviytymisen osa-alueilla perhe voi osallistua päiväkirurgisen potilaan selviytymiseen.

Tutkimushaastattelujen käynnistyttyä tutkija teki kaksi esihaastattelua, joiden tarkoitus oli antaa tutkijalle kokemusta teemahaastattelurungon ja välineistön kuten nauhurin toimivuudesta haastattelutilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 1995, 57; Åstedt-Kurki & Hopia 1996; Pöntsönen & Välimaa 1998, 79; Eskola & Vastamäki 2001, 39). Kahden ensimmäisen haastattelun perusteella teemahaastattelurunkoon ei tehty varsinaisia muutoksia. Tehdyt muutokset olivat lähinnä kysymysten sanallisen muotoilun tarkennuksia ja yhden kysymyksen paikkaa vaihdettiin. Muutosten taustalla oli tutkijan halu selvemmin erottaa perheen kokemukset tästä päiväkirurgisesta toimenpiteestä ja perheen odotukset toipumisajasta kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Haastattelujen perusteella myös kysymys: Millainen kokemus auttajana toimiminen on ollut perheelle? Mikä on helppoa? Mikä on vaikeaa? oli liian avoin. Tilalle muotoiltiin kysymys: Millainen kokemus auttajana toimiminen on ollut perheelle? Mikä on helppoa perheenjäsenen auttamisessa? Mikä on vaikeaa perheenjäsenen auttamisessa? Koska esihaastattelut toimivat hyvin, eikä sen perusteella ollut tarvetta tehdä suurempia muutoksia teemahaastattelurunkoon, voitiin esihaastattelun aineistoa käyttää myös varsinaisessa analyysissä (Eskola & Vastamäki 2001, 39).

## 4.2 Tutkimusaineiston keruu ja aineiston kuvaus

Tutkimuksen aineisto muodostui harkinnanvaraisesta näytteestä. Tutkittavat valittiin sen perusteella, että näiden oletettiin tuovan esille tutkittavan asian olennaiset piirteet (Eskola & Suoranta 1998, 18, 61; Raunio 1999, 327, 328; Åstedt-Kurki ym. 2001). Tutkimuksen tutkimusaineisto muodostui aikuisten päiväkirurgisten tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaiden (yli 18-vuotiaiden) ja heidän perheidensä teemahaastatteluista.

Tutkimusaineisto kerättiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Leikkaus ja anestesiatoiminnan vastuualueella Päiväkirurgian yksikössä ajalla 9.5.2005–31.10.2005. Kyseisenä tutkimusaikana tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki aikuiset (yli 18- vuotta täyttäneet) päiväkirurgiset tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaat (Tules-alue) ja heidän perheensä. Potilaat saapuivat aamulla päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja kotiutuivat toimenpidepäivän aikana, eivätkä jääneet yön yli sairaalaan.

Ennen tutkimuksen käynnistymistä tutkija kävi päiväkirurgisella osastolla kertomassa tutkimuksesta henkilökunnalle ja sopimassa tutkimuksen käytännön järjestelyistä kuten tutkimusajankohdasta, tutkimusjoukosta, siitä mitä päiväkirurgisen yksikön sairaanhoitaja kertoo tutkimuksesta potilaalle ja miten tutkija saa tiedon halukkaista tutkimukseen osallistujista. (Liite 9.)

Osaston henkilökunta lähetti päiväkirurgisille tuki- ja liikuntaelinsairaus potilaille toimenpidekutsun yhteydessä tutkimuksesta kertovan kirjeen. Kirjeessä potilas ja hänen perheensä saivat tietoa tutkimuksesta. (Liite 5 ja 6.) Potilaalla ja hänen perheillään oli tässä vaiheessa mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan ja kysyä tarvittavia lisätietoja. Itse toimenpiteen yhteydessä päiväkirurgisessa yksikössä sairaanhoitaja kysyi potilaan halukkuutta osallistua tutkimukseen ja kirjasi halukkaan osallistujan yhteystiedot erilliselle listalle. (Liite 10.) Tutkija soitti säännöllisesti päiväkirurgiseen yksikköön ja sai tiedot halukkaista osallistujista.

Tutkijalle välitettiin vain tutkimukseen halukkaiden osallistujien yhteystiedot. Tutkija sai tiedot 12 halukkaasta haastatteluun osallistujasta. Näistä kaksi jouduttiin hylkäämään, koska muun perheen halukkuus tai mahdollisuus osallistua haastatteluun ei ollut selvää. Tutkijalla ei ole tiedossa kuinka moni potilas sai tutkimuksesta tiedottavan kirjeen ja kuinka moni kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen jo sairaalassa.

Tutkimusalueen muodosti Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, joka on 33 pirkanmaalaisen kunnan muodostama kuntayhtymä (Pirkanmaan Sairaanhoitopiiri, 2005). Tutkimuksessa haastatellut perheet olivat kotoisin Hämeenkyröstä, Kangasalalta, Lempäälästä, Längelmäeltä, Tampereelta, Viljakkalasta ja Ylöjärveltä.

### Haastattelujen toteutus

Potilaiden kotiuduttua tutkija itse otti puhelimitse yhteyttä halukkaisiin tutkimukseen osallistujiin, antoi heille tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, haastattelun nauhoittamisesta ja sopi haastatteluajan kohdan. Haastattelupaikka sovittiin haastateltavien kanssa erikseen. Tavoitteena oli helpottaa haastateltavien osallistumista haastatteluun ja huomioida päiväkirurgisen potilaan mahdolliset liikuntaesteet liittyen tehtyyn päiväkirurgiseen toimenpiteeseen.

Haastattelutilanteen alussa haastatteluun osallistuvat saivat suullista ja kirjallista tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista, tutkimukseen osallistumisen hyödyistä ja haitoista, miten ja missä tutkimustuloksia tullaan käyttämään, miten tutkimustulokset tullaan julkaisemaan sekä missä tutkimustulokset ovat myöhemmin luettavissa. (Liite 8.) Haastateltavat saivat myös esittää tutkijalle kysymyksiä. Perheiden teemahaastatteluissa käytettiin nauhuria, jotta haastattelu oli luonteva keskustelutilanne ja tutkija sai kaiken tarpeellisen tiedon muistiin. Haastateltavien kanssa sovittiin nauhurin käytöstä aina erikseen. Tämän jälkeen tutkija pyysi haastateltavilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. (Liite 7.) Tutkija haastatteli itse kaikki tutkimukseen osallistuneet perheet.

Perhehaastatteluja tehtiin 10 kappaletta ajalla 15.6.–30.9.2005. Perheet haastateltiin kerran. Kaikki haastattelut tehtiin haastateltavien eli päiväkirurgisten potilaiden ja heidän perheidensä kotona. Haastattelupaikka oli keittiö tai olohuone, jossa tutkija ja haastateltavat istuivat useimmiten pöydän ääressä. Nauhuri oli haastatteluissa pöydällä tai tutkijan sylissä.

Perhehaastatteluihin osallistui 22 henkilöä. Haastatteluun osallistuneista kymmenestä potilaasta seitsemän oli miehiä ja kolme naista. Potilaiden iän vaihteluväli oli 33v - 63v, iän keskiarvon ollessa 44,4 vuotta. Yhdeksään haastatteluun potilas osallistui yhdessä aviopuolisonsa kanssa. Yhteen haastatteluun osallistui potilas ja hänen kaksi alle 18-vuotiasta koululaistaan. Viisi puolisoa yhdeksästä oli poissa työelämästä (sairaslomalla, lomalla, eläkkeellä tai vanhempainvapaalla). Neljä yhdeksästä puolisoista oli potilaan päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen työelämässä. Haastattelussa

mukana olleiden puolisoitten iän vaihteluväli oli 30v – 64v, iän keskiarvon ollessa 43,9 vuotta. Kahdeksan haastatteluun osallistui alle 18- vuotiaita koululaisia yhteensä kolme henkilöä.

Seitsemässä perheessä asui lapsia kotona. Kolmessa perheessä lapsi tai kaikki lapset eivät enää asuneet kotona. Viidessä perheessä lapset eivät osallistuneet haastatteluun. Lapset olivat joko liian pieniä osallistuakseen haastatteluun tai he eivät halunneet osallistua haastatteluun. Haastattelutilanteissa lapset olivat joko poissa kotoa tai he olivat läsnä haastattelutilanteessa leikkien lattialla tai puuhailivat omia asioitaan lähistöllä. Lemmikkieläimiä oli kuudessa perheessä. Neljässä perheessä oli koira tai kaksi koiraa. Kahdessa perheessä oli kissa. Kaikkien haastateltavien perheiden elämäntilanteet vaihtelivat suuresti toisistaan, ainoa yhteinen tekijä tuntui olevan päiväkirurginen leikkaus.

Haastatteluajankohdan vaihteluväli oli kolmannesta leikkauksen jälkeisestä vuorokaudesta seitsemänteentoista leikkauksen jälkeiseen vuorokauteen, keskiarvon ollessa 8,9 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Lyhimmillään haastattelu kesti 21 min ja pisimmillään 76 min, keskiarvon ollessa 53,2 min. Potilaiden päiväkirurgiset leikkaukset olivat luonteeltaan tuki- ja liikuntaelinkirurgiaa, kohdistuen kolmella potilaalla polven ja seitsemällä potilaalla käden alueelle. Aikaisempaa kokemusta päiväkirurgiasta oli seitsemällä perheellä. Aikaisempi henkilökohtainen kokemus päiväkirurgisesta toimenpiteestä oli kuudella kymmenestä päiväkirurgisesta potilaasta. Viidessä perheessä joillakin muilla perheenjäsenillä oli aikaisempi kokemus päiväkirurgisesta toimenpiteestä.

Heti haastattelun jälkeen tutkija purki itse aineiston nauhoilta tekstiksi tietokoneelle. Puhtaaksikirjoitettua litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 145 sivua (rivinväli 1,5). Tutkija kirjoitti haastattelut auki mahdollisimman sanatarkasti alkuperäisen puhekielen mukaisesti. Litteroinnissa aineistoon kirjattiin haastattelunaikaista ilmapiiriä esim. yksilön naurahdukset ja haastateltavien yhteiset naurut kuvaamaan haastatteluilmapiiriä. Puheen taukoja tai eri sävyjä ei muuten kirjattu auki. Litteroinnissa tutkija muutti alkuperäisestä tekstistä nimet ja paikat haastateltavien identiteetin suojelemiseksi. Lisäksi tutkija kirjasi aineistoon puolisona jokaisen vaimon tai miehen, potilaan aina potilaana ja lapsen aina lapsena, jotta vastaajia ei pystyttäisi tunnistamaan aineistosta. Aineiston litteroinnissa tarvittiin kaksi tietokonetta, Word-tekstinkäsittelyohjelma ja Digital Wave Player, jolle haastattelut tallennettiin ja jolta haastattelut kuunneltiin uudelleen.

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointimenetelmä oli sisällön analyysi. Tutkimuksen analyysi oli teoriasidonnaista analyysiä, koska tutkimuksella on teoreettisia kytkentöjä aikaisempaan teoriaan. Aiempi teoria toimi apuna analyysissä eli tutkimuskysymykset nousevat Leino-Kilven ja Suomisen (1997) määrittelemistä päiväkirurgisen potilaan selviytymisen osa-alueista: toiminnallinen, kokemuksellinen ja sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen. Teoriasidonnaisessa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta siinä aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98). Teemahaastattelurunko toimi aineiston luokittelun apuvälineenä (Eskola & Suoranta 1998, 153; Eskola & Vastamäki 2001, 41). Analyysissä oli tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaavaa vaan ennemminkin uusia ajatusuria aukova (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98). Teoriasidonnaisessa analyysissä päättelyn logiikka on usein abduktiivista päättelyä. Tutkijan ajatteluprosessissa ovat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Tutkija pyrkii yhdistelemään näitä toisiinsa ja lopputuloksena voi syntyä jotain uuttakin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99.) Teoriasidonnainen analyysi etenee aineiston ehdoilla ja teoreettiset käsitteet tuodaan esiin valmiina, ilmiöstä jo tiedettynä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116).

Haastattelujen perusteella analyysissä pyrittiin löytämään kuvauksia perheen kokemuksista osuudesta päiväkirurgisen potilaan toiminnallisen, kokemuksellisen ja sosiaalis-yhteisöllisen selviytymisen osa-alueella. Tässä tutkimuksessa perheen kokemus muodostui kaikkien haastatteluun osallistuvien perheenjäsenten lausumista. Potilaan kokemukset tulkittiin samanarvoisina kokemuksina kuin muidenkin haastatteluun osallistuvien perheenjäsenten kokemukset. Perhehaastattelun analyysissä huomion kohteena ei ole kuka kertoo mitään, vaan mitä perhe kertoo yhdessä perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä (Åstedt-Kurki & Hopia 1996). Analyysissä analysoitiin vain sitä, mikä oli haastattelussa selkeästi ilmaistu eli analyysin kohteena eivät olleet piilossa olevat ilmaisut. Tässä analyysissä analyysiyksikkönä voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Ajatuskokonaisuus voi muodostua myös useammasta kuin yhdestä lauseesta ja se voi sisältää useamman kuin yhden merkityksen.

Analyysissä edettiin induktiivisen sisällön analyysin mukaan eli koko aineistolta kysyttiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002, 116). Päiväkirurgisen potilaan toiminnallisen selviytymisen osa-alueella pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys, miten perhe auttaa potilasta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen toiminnallisen selviytymisen alueella kotona. Päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisella selviytymisen osa-alueella pelkistämistä

ohjasivat tutkimuskysymykset, minkälaisia kokemuksia perheellä on osuudestaan päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä kotona toimenpiteen jälkeen ja avun tarpeesta sekä minkälaista henkistä tukea perhe antaa potilaalle. Päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisen selviytymisen osaluueella pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys, miten perhe kokee potilaan päiväkirurgisen toimenpiteen vaikuttaneen kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa toimenpiteen jälkeen.

Analyysi käynnistyi haastattelujen uudelleen kuuntelemisella ja haastattelujen lukemisella. Aineisto analysoitiin yksi haastattelu kerrallaan, mikä mahdollisti parhaan mahdollisen aineiston hallinnan. Analyysissä edettiin yksi teema kerrallaan ja jokaisen teeman kohdalla aineistosta pelkistettiin tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Aineistosta löytyneet pelkistetyt ilmaukset kirjattiin mahdollisimman tarkkaan samoin termein, kuin teksti oli aineistossa (= alkuperäisilmaisuja). Pelkistetyt ilmaukset kopioitiin ja siirrettiin omaan Word-dokumenttiin, jossa ne muodostivat teemoittain omia listoja (pesu- tai tarkistuslistoja). (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Pelkistettyyn ilmaukseen liitettiin tunnistetieto, jonka avulla se voitiin tunnistaa osaksi alkuperäistä tekstiä. Esim. H1, T1, P1, 7 eli haastattelu numero 1, teema 1, potilas 1, potilaan seitsemäs puheenvuoro haastattelun alusta lähtien. Tämä oli ensimmäinen vaihe luokkien muodostamisessa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6). (Liite 13.)

Seuravana vaiheena analyysissä oli ryhmittely. Ryhmittelyssä etsittiin pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksia tai yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin ja niistä muodostettiin alaluokka, jolle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Kysymys on abstrahoinnista, jolloin tutkimuskohdetta kuvataan yläkäsitteiden avulla. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä saman sisältöiset alaluokat keskenään, jonka seurauksena muodostui yläluokkia. Yläluokka nimettiin sen sisältöä eli alaluokkia kuvaavalla nimellä. Tavoitteena oli jatkaa luokkien yhdistämistä niin kauan kuin se on sisällön kannalta mahdollista ja mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7.) (Liite 14.)

Tutkijan toimintaa analyysissä ohjasivat seuraavat periaatteet. Samaa lausumaa käytettiin vain kerran kunkin teema-alueen analyysissä. Kaikki teemaan kuuluvat lausumat pyrittiin käyttämään ja sijoittamaan niitä kuvaavien alaluokkien alle. Jos samassa haastattelussa oli useampi täsmälleen sama pelkistetty lausuma, sitä käytettiin vain kerran luokittelussa. Samasta haastattelusta kaikki samansävyiset lausumat hyväksyttiin kuvaamaan ilmiötä.

Analyysissä apuna oli tutkijanpäiväkirja, joka auttaa palauttamaan mieleen haastattelun yksityiskoh-  
tia ja ilmapiiriä (Åstedt-Kurki 1992, 32, 146–147, Hirsjärvi & Hurme 2000, 184–185). Jokaisen

haastattelukerran jälkeen tutkija kirjasi tutkijanpäiväkirjaan huomioita haastattelusta: ryhmän vuorovaikutusta, keskustelijoiden osallistumista, ilmapiiriä, suullisen tiedon luotettavuutta eli esiintykö ristiriitaa sanojan ja ulkoisen käyttäytymisen välillä, tuntuivatko haastateltavat peittelevän tietoa, esiintykö kielellisiä ilmaisuvaikeuksia, kuinka syvällisesti haastateltavat paneutuivat tilanteeseen. (Pötsönen & Välimaa 1998, 81; Hirsjärvi & Hurme 1995, 50–51.) Arvioitaessa kuinka paljon haastateltavat peittelivät tietoa, tutkija antoi haastateltaville arvosanan 1-5 (1 = ei lainkaan, 2 = hieman, 3 = keskinkertaisesti, 4 = melko paljon, 5 = paljon) (Hirsjärvi & Hurme 1995, 50–51).

#### 4.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään; tiedonhankintaan ja tutkittavien suoja koskeviin kysymyksiin sekä normeihin, jotka koskevat tutkijan vastuuta tulosten soveltamisessa. Tutkimuseettiset kysymykset ovat tärkeitä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa kuten hoitotieteessä ja lääketieteessä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta arvioi tämän tutkimuksen eettiset kysymykset ja myönsi luvan tutkimuksen toteutukseen.

#### Tutkimusetiikka aineiston keruussa

Tutkimuksessa kunnioitettiin haastateltavien yksityisyyttä ja noudatettiin ihmisarvon kunnioitusta. Sen mukaan on väärin tutkimuksen takia loukata tai vahingoittaa tutkittavia (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27; Eskola & Suoranta 1998, 56). Tutkimussuhde perustui molemminpuoliseen luottamuksellisuuteen (Eskola & Suoranta 1998, 58, 94).

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltavat saivat tietoa niin suullisesti kuin kirjallisesti ennen haastattelua tutkimuksen luonteesta ja siitä miten osallistujien tietosuoja ja anonymiteetti varmistetaan. Haastateltavilla oli mahdollisuus kieltäytyä tai perua osallistumisensa tutkimukseen silloin kun he itse niin haluavat, eikä siitä olisi ollut heille mitään seuraamuksia. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27; Eskola & Suoranta 1998, 56.) Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava tutkittaville osallistumisesta aiheutuvaa haittaa suurempi (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27). Tutkimusaineistoa ei kerätty salaa tutkittavilta (Eskola & Suoranta 1998, 53). On kuitenkin aiheellista pohtia muiden perheenjäsenten vapaata halua osallistua tutkimukseen. Tutkija selvitti muiden perheenjäsenten halukkuutta osallistua tutkimukseen potilaan kanssa sopiessaan haastatteluajankohtaa puhelimesta. Haastattelutilanteessa perheenjäsenten osallistumisesta pyydettiin kirjallinen suostumus.



Yksittäisen perheenjäsenen haluan osallistua tutkimukseen saattoi vaikuttaa muiden perheenjäsenien intressi, pelko kieltäytymisen seurauksista, kun tutkija on jo saapunut haastattelua varten tai vapaa halu osallistua tutkimukseen.

Haastateltavat antoivat itse luvan haastattelujen nauhoittamiseen. Jokainen haastateltava allekirjoitti oman suostumuksensa tutkimukseen ja luvan, että antaa haastatteluaineiston tutkijan käyttöön. Alaikäisten ei tarvinnut osallistua perheiden haastatteluun. Alaikäiseltä otettiin myös allekirjoitus suostumuspaperiin jos hän halusi osallistua perheen haastatteluun. Alaikäisen osallistumisessa tutkimukseen on pohdittava osallistumisen vapaaehtoisuutta, kohdistuiko osallistumiseen sellaista painostusta muiden perheenjäsenien taholta, jota ei tuotu esiin haastattelun aikana. Iästä johtuen alaikäinen saattaa ymmärtää osallistumisen tutkimukseen ja suostumuksen allekirjoituksen eri tavalla kuin aikuinen haastateltava.

Haastattelupaikkana koti on sensitiivinen. Haastateltavat mahdollisesti pitivät tutkijaa vieranaan ja kertoivat vapautuneesti henkilökohtaisista asioistaan tutkijalle. (Åstedt- Kurki ym. 2001.) Tutkija pyrki haastateltavien luontevaan lähestymistapaan, jotta haastateltaville ei aiheutuisi aiheetonta stressiä haastattelutilanteesta. Tutkijan on haastattelutilanteessa suojattava haastateltavia, jos nämä vapautuessaan kertovat tutkijalle eettisesti arveluttavia seikkoja. (Koskinen & Jokinen 2001, 308; Åstedt- Kurki ym. 2001) Tässä tutkimuksessa tutkija keräsi vain tutkittavan ilmiön kannalta tarvittavaa tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 56). Tutkija ei pyrkinyt manipuloimaan haastateltavia tai aineistoa (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). On kuitenkin huomattava, että pyrkimys tutkijan ja haastateltavien väliseen tasaveroiseen suhteeseen saattaa saada aikaan haastateltavissa käyttäytymistä, jota ei ilmenisi ilman haastattelutilannetta ja sen tuomaa jännitettä.

Tutkijan ja tutkittavien välillä ei vallinnut hoitaja-potilas riippuvuutta, joka vaikuttaisi tietojen antamisen vapaehtoisuuteen (Eskola & Suoranta 1998, 55). Haastatteluun osallistuville selvitettiin, että tutkija ei ollut mukana tutkittavien hoidossa, eikä toimi hoitajana yksikössä, jossa tutkimusta suoritetaan. Tutkija pitäytyi tutkijan roolissaan. Tutkijan tehtävä oli kuunnella haastateltavia, mutta ohjata heitä ottamaan yhteyttä hoidollisissa kysymyksissä heitä hoitavaan yksikköön.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei voi olla varma haastattelusta aiheutuvista seurauksista tutkimukseen osallistuville. Osallistuminen tutkimukseen voi laukaista perheessä kyvyttömyyttä käsitellä haastattelussa ilmenneitä asioita, aiheuttaa epämurkuvuutta perheenjäsenien kesken tai jopa mahdollista hoidontarvetta. (Åstedt-Kurki ym. 2001.) Teemahaastattelurungon kysymysten laajuus ja

tarve kartoittaa laajasti potilaan kotona saamaa hoitoa, saattoi aiheuttaa, että jotkut haastateltavat kokivat riittämättömyyttä potilaalle kotona tarjotun hoidon suhteen. Tutkija pyrki lieventämään aiheutettua epätietoisuutta muistuttamalla tutkimuksen luonteesta tutkimuksena eikä hyvänä kotihoidon mittarina. Haastattelun lopussa ennen haastattelun lopetusta tutkija selvitti, miten haastateltavat kokivat haastattelun. Haastateltavat saivat vielä tutkijan yhteystiedot, johon haastatellut voivat ottaa tarvittaessa yhteyttä, jos haastattelu aiheuttaa haastateltavissa kysymyksiä, joita haastateltavat haluavat tarkistaa vielä myöhemmin.

#### Tutkimusetiikka aineiston analyysissä ja raportoinnissa

Tietojen julkistamisessa tutkija on avoin ja rehellinen (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Eskola & Suoranta 1998, 57). Tutkija tuo esille tekemänsä ratkaisut selvästi (Liite 13 ja 14) ja esittää tulkintansa tueksi alkuperäisiä lainauksia, jotta lukija voi itse arvioida tehtyjen ratkaisujen oikeutusta. Tutkija on myös varovainen tehdessään johtopäätöksiä saatujen tulosten perusteella. Tutkija ei perusta tulkintaansa satunnaisiin ilmaisuihin, eikä tee liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä aineiston perusteella.

Tietojen julkistamisessa tutkija pitää huolta luottamuksellisuudesta ja anonymiteettisuojasta niin, että tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Eskola & Suoranta 1998, 57). Alkuperäiset haastattelut eivät ole muiden luettavissa ja missään ei julkaista tietoja tutkimukseen osallistuneista. Tutkija muutti aineiston litteroinnissa alkuperäisestä tekstistä nimet ja paikat haastateltavien identiteetin suojelemiseksi sekä kirjasi aineistoon puolisona jokaisen vaimon tai miehen, potilaan aina potilaana ja lapsen aina lapsena, jotta vastaajia ei pystyittäisi tunnistamaan pienestä aineistosta. Tulosten esittäminen ja tulkinta on suhteessa alkuperäiseen aineistoon.

Tutkimusaineisto on tulos haastattelutilanteen vuorovaikutuksesta, jossa jokainen osallistuja vaikuttaa aineiston kertymiseen omilla puheenvuoroillaan ja läsnäolollaan, myös tutkija itse (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Välimaa & Mäntyranta 1998, 81). Tilanteen ilmapiiri ja vuorovaikutus voivat vaikuttaa yksilön kykyyn kontrolloida omaa puhettaan ja tuoda esiin asioita, joita ei ennen tai jälkeen haastattelun olisi halunnut tuoda esiin haastattelussa. Tutkija jätti pois aineistosta sellaiset haastatteluissa esiintyneet lausumat, jotka voivat loukata muita haastatteluun osallistujia.

## 5 Tulokset

Tulosten esittämisessä kuvataan muodostettua yhdistävää luokkaa perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä toiminnallisella, kokemuksellisella ja sosiaalisyhteisöllisellä selviytymisen alueilla. Aluksi kuvataan pääluokkaa perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä (luku 5.1). Seuraavaksi kuvataan pääluokkaa perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä (luku 5.2). Tämän jälkeen kuvataan pääluokkaa perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä (luku 5.3). Lopussa esitetään taulukko perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä toiminnallisella, kokemuksellisella ja sosiaalisyhteisöllisellä selviytymisen osa-alueilla. Tekstissä esitetään joitakin suoria lainauksia haastatteluaineistosta esimerkkinä lausumista, joita alaluokkien ja pääluokkien ominaisuudet ilmentävät.

### 5.1 Perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä

TAULUKKO 1. Aineiston abstrahoinnissa muodostettu pääluokka Perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Apu hygienian hoidossa	Perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa	Perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä
Apu pukeutumisessa		
Apu ruuanvalmistuksessa	Perhe antaa apua kodin arkipäivän toiminnoissa	
Apu kodin ulkotöissä		
Apu lapsen hoidossa		
Apu lemmikkieläimen hoidossa		
Apu siivoamisessa ja pyykin hoidossa		
Apu potilaan kuljetuksissa	Perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa	
Apu asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella		
Perheen läsnäolo	Perhe antaa sairaanhoitoa potilaalle	
Huolenpitäminen potilaasta		
Apu haavahoidossa		

Pääluokka perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä sisältää neljä yläluokkaa: perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa, perhe antaa apua kodin arkipäivän toiminnoissa, perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa ja per-

he antaa sairaanhoitoa potilaalle. Yläluokat muodostuivat siitä, miten perhe auttaa potilasta toiminnallisen selviytymisen osa-alueella.

#### 5.1.1 Perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa

Perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa muodostui kahdesta alaluokasta: apu hygienian hoidossa ja apu pukeutumisessa.

Perheen antama **apu hygienian hoidossa** oli apua hiustenpesussa, suihkussa tai apua muovipussin teippaamisessa leikkausalueen suojaksi. Apua potilaan hygienian hoidossa oli tarvittu joissakin perheissä vain parina päivänä, mutta joissakin perheissä apua hygienian hoidossa tarvittiin vielä haastatteluajankohtana.

*Haastattelija: ”No, missä sitä sitten on tarvinnut apua?”*

*Puoliso 7: ”Silloin ihan ekana päivänä suihkussa, silloin illalla.”*

*Potilas 7: ”Kyllä.”*

*Puoliso 7: ”Ja seuraavana päivänä suihkussa, hiusten pesussa ja jossain semmoisessa. Mutta et oikein muuten. Auton ajossa.”*

**Perheen apu pukeutumisessa** oli pitempikestoista tai lyhytkestoista apua potilaan pukeutumisessa. Pitempikesteinen apu potilaan pukeutumisessa liittyi pitempään toipumisaikaan käsileikkauksen jälkeen. Nämä potilaat tarvitsivat päivittäistä apua pukeutumisessaan kuten apua rintaliivien hakasten kiinnittämisessä ja housujen pukemisessa.

*Potilas 5: ”No, kyllä mulla on mies välillä joutunut housuja vetää alkuvaiheessa jalkaan ja rintsi-koita laittaa päälle, että kun itse ei saa. Ihan tämmöisissä, että hiusten pesussa ja peseytymisessä ja että kuitenkin on joutunut olemaan apuna. Että nämä on ihan, että vessasta mää kyllä selviän vielä itse. Että tämmöiset systeemit on ollut vaikeita.”*

Lyhytkestoinen apu potilaan pukeutumisessa liittyi käsileikatuilla potilaille hetkelliseen ja satunnaiseen avuntarpeeseen. Perheen apua tarvittiin sorminäppäryyttä vaativassa pukeutumisessa kuten hakasten tai kellon kiinnittämisessä, paidan avaamisessa tai heti toimenpiteen jälkeen kengännauhojen solmimisessa, kun käsi oli vielä toimenpiteestä johtuen puuduksissa.

### 5.1.2 Perhe antaa apua kodin arkipäivän toiminnoissa

Perhe antaa apua kodin arkipäivän toiminnoissa muodostui viidestä alaluokasta: apu ruuanvalmistuksessa, apu kodin ulkotöissä, apu lapsenhoidossa, apu lemmikkieläimen hoidossa, apu siivoamisessa ja pyykin hoidossa.

**Perheen apu ruuanvalmistuksessa** oli ruuan valmistamista ja leipomista potilaan puolesta, olemista apuna ruuan valmistuksessa kuten kattilan kantamista, veden kaatamista pois keitetyistä perunoista, sipulin kuorimista, pakettien ja purkkien aukaisua. Myös perheen ulkopuolista apua tarvittiin perheen ruokahuollossa. Kotipalvelu kävi perheessä valmistamassa ruokaa pakasteeseen perheen lapsille. Perhe helpotti potilaan ruokailua kuorimalla perunoita, leikkaamalla leipää, siivuttamalla juustoa tai keittämällä aamupuuron potilaan puolesta.

*Potilas 9: ”Puoliso laittaa ruuan ja tekee kaikki sellaiset, missä joutuu niin kuin, että kun ei voi käsiä kastella ja muuta ja sellaista.”*

*Puoliso 9: ”...Ei tämä ole vaikuttanut siihen, muuta kuin frekvenssi on noussut ja ruokalajit on ehkä vähän vähemmän yksinkertaisia joskus ollut.”*

**Perhe auttoi kodin ulkotöissä** maataloustöissä tai puutarhan hoidossa. Maataloustöissä perhe auttoi nostamalla säkkejä potilaan puolesta. Potilas ei kyennyt vielä suorittamaan näitä toimia toipueensa päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Perheen auttoi myös puutarhan hoidossa ja pihatöissä kuten kasvihuoneen tyhjentämisessä, perunan nostossa tai halkojen hakkaamisessa. Tehtävät työt jäivät enemmän potilasta auttavan perheenjäsenen vastuulle.

**Puoliso auttoi lapsen hoidossa** hoitamalla perheen lasta tai lapsia enemmän kuin potilas tai hoitamalla potilaan puolesta perheen lasta tai lapsia. Puolison apu oli lasten nostelua, syöttämistä, pesemistä ja nukuttamista potilaan puolesta tai lapsen viemistä hoitoon, jotta potilas sai levätä päivän aikana. Puolison apu lastenhoidossa antoi aikaa potilaan toipumiseen. Apua lastenhoidossa tarvittiin myös oman perheen ulkopuolelta. Sukulaiset kuten isovanhemmat ja puolison sisko auttoivat perhettä lastenhoidossa.

*Puoliso 4: ”... Se oli paikallista se kipukin varmaan? Kyllä se tietty oli, nyt kun lasten kanssa on, muutama päivä siinä oli, että ei voinut tehdä yhtään mitään. Kyllä se kuitenkin parempi oli, että oli täällä kotona, kun että olisi pyöritellyt sitä peukaloa siellä ... kuitenkin sillain sitten niin kuin pystyy olemaan kotona. Vaikkei tosiaan pystynyt pestä, eikä nostella ja muuta että.”*

**Perhe auttoi lemmikkieläimen hoidossa** ulkoiluttamalla koiraa tai hoitamalla kissaa. Perheen apua tarvittiin koiran ulkoiluttamisessa, koska toipumisaikana potilas ei voinut tehdä riittävän pitkiä ulkoilulenkkejä koiran kanssa. Toipumisaikana perheenjäsenet autoivat myös ulkoiluttamalla koiraa enemmän kuin potilas. Perheen apua tarvittiin kissan hoidossa, koska potilas ei pystynyt osallistumaan täysipainoisesti kissan hoitoon.

*Potilas 5: ”No, lapsi on ainakin vienyt koiraa jonkin verran. Että mun ei ole tarvinnut lähteä joka kerta kun tarvis lähteä pihalle. Että siinä on ollut tietysti apuna...”*

**Perhe auttoi siivouksessa** suorittamalla jo aikaisemmin perheessä sovittuja tehtäviä tai tekemällä asioita, joita potilas ei päiväkirurgisen toimenpiteen johdosta pystynyt tekemään. Perhe auttoi siivouksessa, lattian pyyhkimisessä, imuroinnissa ja tiskauksessa. Myös kodin ulkopuolista apua tarvittiin siivouksessa. Kotipalvelu kävi perheessä siivoamassa, imuroimassa, pesemässä lattiat ja tiskaamassa. Perheen **apu pyykinhoidossa** oli apua pyykin pesemisessä ja kuivumaanlaitossa. Käsi-leikatut potilaat tarvitsivat apua asioissa, joissa kädet piti kastella.

*Koululainen 8: ”Siivonnu.”*

*Potilas 8: ”Siivonnu ja ruuanlaitto.”*

*Haastattelija: ”Onko se siivoaminen ja ruuanlaitto sellaista, mitä te teette normaalistikin?”*

*Potilas 8: ”On.”*

*Koululainen 8: ”Joo.”*

### 5.1.3 Perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa

Perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa muodostui kahdesta alaluokasta: apu potilaan kuljetuksissa ja apu asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella.

**Perhe auttoi potilasta kuljetuksissa** eli autolla ajamisessa, sairaalamatkoilla ja pääsemisessä kauppaan, pankkiin tai Kelaan. Puoliso toimi potilaan autonkuljettajana. Puoliso joutui ajamaan autoa enemmän mitä tavallisesti. Perhe kuljetti potilasta sairaalamatkoilla, vie potilaan sairaalaan ja haki potilaan kotiin. Myös perheen ulkopuolista apua tarvittiin sairaalamatkoilla. Perheen tytär, joka ei enää asunut kotona tai potilaan kaveri saattoivat potilaan kotiin toimenpiteestä.

**Perhe auttoi potilasta asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella** kauppa-asioiden hoitamisessa, sairastamiseen liittyvien tuotteiden hankkimisessa ja sairastamiseen liittyvissä erilaisissa hakemuk-

sisä. Perhe auttoi asioimisessa kaupassa olemalla mukana kaupassa, kantamalla kasseja, työntämällä ostoskärryjä ja hoitamalla kauppa-asioita potilaan puolesta.

*Puoliso 3: ”Autokuskina on joutunut olemaan, kun ei voi ajaa autoa. Että mähän en kaupassa käy, että hän käy yksin kaupassa, mutta noin, että nyt on joutunut kauppareissuille. En määhän kauppaan sisälle mene, mutta nostan autoon kassit sitten kun hän tulee.”*

Sairastamiseen liittyvien tuotteiden hankkiminen potilaan puolesta oli lääkkeiden ja haavateipin hankkiminen. Perhe auttoi potilasta sairastamiseen liittyvien hakemusten hoitamisessa kuten matkakorvaushakemuksessa ja vakuutusasioissa sekä otti valokopioita potilaan puolesta.

*Potilas 10: ”No, olet sää tuonut mulle Buranaa ja ...”*

*Puoliso 10: ”Niin ja jotain näissä vakuutusjutuissa ja semmoisissa.”*

*Potilas 10: ”Puoliso otti töissä kopioita noista papereista.”*

#### 5.1.4 Perhe antaa sairaanhoitoa potilaalle

Perhe antaa sairaanhoitoa potilaalle muodostui kolmesta alaluokasta: perheen läsnäolo, huolenpitäminen potilaasta ja apu haavahoidossa.

**Perheen läsnäolo** oli olemista potilaan seurana ja apuna asioissa, joita potilas ei itse pystynyt tekemään. **Huolenpitäminen potilaasta** oli potilaan asennon kohentamista, kahvin tarjoilua, kaupasta juotavan hakemista potilaalle, särkylääkkeen ja juotavan viemistä potilaalle sänkyyn sekä päiväkahvin keittäminen potilaalle.

*Potilas 1: ”Kyllähän se on ensiarvoisen tärkeää. Eihän tässä oikein muuten ... on pikkusen tuskanen olo, tai jos on särkyä tai semmoista, että täytyy olla paikalla levossa, tietysti on mukavampi, kun joku on seurana ja sitte tekee sapuskat ja muut ni ... ja niin pois päin.”*

Perhe auttoi potilasta **haavahoidossa** poistamalla haavasiteen tai käsileikkauspotilaan päivittäisessä siteiden vaihdossa.

*Potilas 9: ”Hän tekee ihan hyvät siteet mulle joka päivä ja laitta, vaihtaa siteet ja...”*

## 5.2 Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä

TAULUKKO 2. Aineiston abstrahoinnissa muodostettu pääluokka Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Koti on mukava paikka	Kotihoito on turvallista	Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä
Kotona on tuttu ympäristö		
Kotona on turvallinen hoitoympäristö		
Tuttu ihmissuhde luo turvallisuuden tunnetta		
Auttaminen kuuluu perheen normaaliin elämään	Auttaminen on osa perhe-elämää	
Auttaminen lisää perheenjäsenten työtä		
Tyytyväisyys perheen apuun		
Potilaalla on vähäinen avun tarve		
Avun tarpeen kesto vaihtelee yksilöllisesti		
Tieto helpottaa perheen auttamista		
Perheen ilmapiiri muuttuu kireämmäksi		
Perhe voi kokea läheisyyttä	Perhe hyötyy kotihoidosta	
Kotihoito helpottaa perheen elämää		
Perheen normaali elämänrytmi jatkuu	Normaali perhe-elämä säilyy	
Potilaan hyvä paraneminen tukee perheessä normaalin elämänrytmin säilymistä		
Päiväkirurgian hyvä sujuminen mahdollistaa normaalin arjen sujumisen perheessä		
Tiedon puute aiheuttaa epätietoisuutta	Epätietoisuus perheen elämässä	
Huoli toimenpiteestä paranemisesta		
Huoli ohjeiden noudattamisesta		
Huoli avun saamisesta		
Huoli toimintakyvystä tulevaisuudessa		
Huoli elämän rajoituksista		
Huolet koetaan pieniksi	Henkistä tukea tarvitaan	
Läsnäolo		
Auttavainen kohtelu		
Rajojen asettaminen		
Asioiden selvittäminen		
Kannustus		

Pääluokka perheen kokemus osuudesta päiväkirurgisen potilaan kokemukselliseen selviytymiseen sisältää kuusi yläluokkaa: kotihoito on turvallista, auttaminen on osa perhe-elämää, perhe hyötyy



kotihoidosta, normaali perhe-elämä säilyy, epätietoisuus perheen elämässä ja henkistä tukea tarvitaan. Yläluokat muodostuivat perheiden kokemusten kuvauksista, miten perhe on kokenut osuutensa päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisessa selviytymisessä.

### 5.2.1 Kotihoito on turvallista

Kotihoito on turvallista muodostui neljästä alaluokasta: koti on mukava paikka, kotona on tuttu ympäristö, kotona on turvallinen hoitoympäristö ja tuttu ihmissuhde luovat turvallisuuden tunnetta.

**Koti oli mukava paikka**, jossa potilas oli mieluummin kuin sairaalassa, vaikka toimenpide rajoitti potilaan toimintakykyä kotona. Koti koettiin parhaaksi paikaksi toipua. Potilaan diabeteksen kannalta kotirytmä oli sairaalarytmä parempi. Potilas koki myös henkistä hyvää ollessaan kotona. Koettiin, että paraneminen voi alkaa vasta kotona. Kotihoito koettiin paremmaksi vaihtoehdoksi sairaalahoidolle, vaikka potilaan hoitoon olisi liittynyt enemmän hoitotoimenpiteitä, joita perhe olisi joutunut tekemään kotona potilaalle.

**Tutussa ympäristössä** kotona oli potilaalla enemmän tekemistä, ulkoilu- ja liikkumismahdollisuuksia. Sairaalassa aika olisi tullut pitkäksi. Kotona harrastukset olivat potilaan lähellä. Kotona potilas sai olla itsenäinen, elämä normalisoitui, potilas sai olla omassa ympäristössä ja potilaalla oli vapaus valita tekemisensä.

*Potilas 9: ”Ja sitten kotona on tekemistä. ...”*

*Puoliso 9: ”On, on. Harrastukset ja muut on lähellä jos haluaa lukea, taikka kuunnelle musiikkia taikka katsoa jotain televisiosta jotain sarjoja. Se on ihan, että saa itse valita vapaasti. Jos tulee tiukka paikka, sitten kun on kaksi kuvaputkea niin kumpikin voi katsoa omaa ohjelmaansa kuitenkin.”*

*Potilas 9: ”Saa käydä jääkaapilla hakemassa syötävää”*

*Puoliso 9: ”Niin just. Itsenäisyyttä ja tuttu ympäristö, varmasti siitä on, mä uskon, että siitä on ihan henkistä hyvää tulee siitä, että kuitenkin se tuttu. Saa vähän omaan tahtiinsa joskus nukkua vähän pidempään ja joskus valvoa pidempään. Ja eikä ole kenellekään mulle tilivelvollinen minäkään yleisen hiljaisuuden taikka tämmöisten puitteissa. Ruoka tulee silloin kun on nälkä eikä kellon mukaan. Saa syödä niin paljon kuin haluaa. Saa pyytää lisää taikka ei tarvitse syödä kaikkea. On siinä mielessä paljon itsenäisempää.”*

Perheiden mielestä **koti oli turvallinen hoitoympäristö**, joka antaa yhtäläiset mahdollisuudet paranemiseen kuin sairaala. Koti oli turvallinen hoitoympäristö, johon ei liittynyt riskejä tai haittoja. Tarvittaessa potilailla oli yhteydenottomahdollisuus omaan terveyskeskukseen tai osastolle Tampereelle, jos kotihoidon aikana ilmeni ongelmia. Pitempi kestoinen sairaalahoido ei olisi edistänyt

enempää potilaan paranemista. Potilas ei olisi hyötynyt pidemmästä sairaalahoidosta ja sellainen koettiin turhaksi.

*Potilas 6: ” ... tällaisen operaation jälkeen kun paraneminen ei ole niin kuin ammattitaidosta kiinni. Niin silloin, kun se ei ole ammattitaidosta ole kiinni, niin silloin sillä ei ole mitään lisäarvoa olla esimerkiksi sairaalahoidossa sen tarvittua hetkeä pitempään.”*

**Tuttu ihmissuhde loi turvallisuuden tunnetta** kotihoidossa. Läheisen tunteminen ja tietäminen helpotti auttamista. Perheenjäsenen hoitaminen oli helppoa ja luontevaa, kun hoidon kohteena oli tuttu ihminen, jonka ilmeet, ajatukset, tavat ja rutiinit tunsivat jo pitkältä ajalta. Läheiseltä avun pyytäminen oli helppoa. Perheenjäseniltä oli helpompi pyytää apua kuin vieraalta.

*Puoliso 4: ”Kai kun tuntee toisen, ei tarvitse sanoa kuin puoli sanaa. Ei tuppaa ja tietää ja niin pois päin. Kaikki on niin kuin...”*

*Potilas 4: ”Kai se on kun tuntee ihmisen ylipäättään. Jos siinä olisi sitten joku vieras auttamassa, niin ei siinä sitten pyytäisi apua niin helposti. Ja saattaisi se tuntua auttajastakin ... en mä osaa sanoa. On se kuitenkin luontevampaa, kun tuntee toisensa hyvin.”*

Toimenpiteellä ei koettu olevan vaikutusta perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Tutussa ihmissuhteessa tunteiden ilmaisu oli sallittua, sillä puolisolle oli helppo näyttää tunteensa, sanoa suoraa, mitä ajatteli. Sen ei kuitenkaan koettu vaikuttavan perheenjäsenten väleihin.

*Puoliso 7: ”Ainoa oli se silloin toisena päivänä, että huomasi tosiaan sen, että se avun tarjoaminen, ei meillä mitään riitaa ollut...”*

*Potilas 7: ”Ei”*

*Puoliso 7: ”... Ei voi sillai sanoa. Mutta siitä huomasi, että toinen ärsyyntyy...”*

*Potilas 7: ”Ärsyttävää.”*

*Puoliso 7: ”...Että sitten huomasi, että antaa olla rauhassa, pyytää apua. Mutta tota, ei mun mielestä mitenkään muuten ole meidän väliin sillai, kenenkään meidän väleihin ole vaikuttanut.”*

### 5.2.2 Auttaminen on osa perhe-elämää

Auttaminen on osa perhe-elämää muodostui seitsemästä alaluokasta: auttaminen kuuluu perheen normaaliin elämään, auttaminen lisää perheenjäsenten työtä, tyytyväisyys perheen apuun, potilaalla on vähäinen avun tarve, avun tarpeen kesto vaihtelee yksilöllisesti, tieto helpottaa perheen auttamista ja perheen ilmapiiri muuttuu kireämmäksi.

**Auttaminen kuului perheen normaaliin elämään.** Auttaminen ei tuonut muutosta perheen normaaliin elämään. Potilaan auttaminen sujui perheen normaalin elämän rinnalla ja puoliso ei joutunut

muuttamaan omaa toimintaansa potilasta auttaessaan. Auttamista ei koettu vaikeaksi. Auttaminen ei vaatinut erityisiä ponnisteluja, ei vienyt paljon aikaa, auttaminen koettiin tutuksi ja pieneksi asiaksi.

*Puoliso 10: ”No, se on kumminkin siinä se niitä samoja hommia, mitä nyt muutenkin tekee niin. Ei se siis tunnu sellaiselta erityiseltä auttamiselta tai sillai. Se menee siinä kun muutenkin toi oleminen.”*

**Auttaminen lisäsi perheenjäsenten työtä.** Potilaan toipumisaikana puolison työmäärä lisääntyi. Puoliso joutui esimerkiksi tiskaamaan, koiran talutukset jäivät kokonaan puolisolle, potilaan sairastamisen seurauksena oli enemmän kauppamatkoja tai pihatöitä. Puolison kiireen tunne oli seurausta puolison työmäärän lisääntymisestä.

*Puoliso 4: ”Kai se sitten, ne tietyt työt sitten, vähäksi aikaa kuormittuu, mutta se on sitten, on kotona tai poissa, niin ne on kumminkin sen toisen tehtävä. Tässä tapauksessa, kun potilasta ei tarvinnut paljon hoitaa, niin ...”*

Perheenjäsenten väliset roolit muuttuvat, kun perheenjäsenet toimivat potilaana olevan perheenjäsenen tehtävissä. Perheenjäsenet eivät normaalisti osallistuneet keittiöihin, siivoukseen tai autonkuljetukseen niin paljon.

*Potilas 3: ”Sipulin kuoriminen ja ...”*

*Potilas 3: ”Niin juu pyykin peseminen ja kuivumaan laitto.”*

*Puoliso3: ”Tuli 40 vuotta, että ei tarvinnut kuoria sipuliakaan ja nyt ...”*

*Potilas 3: ”45 vuotta.”*

**Potilaat olivat tyytyväisiä perheen apuun.** Perheen apu koettiin tärkeänä, sillä ilman perheen apua ei selvitty. Perheen oleminen seurana ja ruuanvalmistaminen koettiin mukavana ja perheen antamana hoito hyvänä. Potilas koki saavansa tarvitsemansa avun perheeltään. Potilas sai sellaista apua perheeltään, mitä ei itse pysty tekemään tai tarvitsi.

*Potilas 4: ”No, siis kaikki semmoiset asiat, mitä mää en ole itse pystynyt tekemään, niin sitten vaimo on tehnyt. Just tommoiset tyyppilliset kun purkkien aukaisut, joita ei yksinkertaisesti saanut auki niin alussa, heti leikkauksen jälkeen, niin semmoiset ja sitten just se autolla ajo. Mää en ensimmäisinä päivinä ajanut autoakan ollenkaan, että puoliso hoiti sen.”*

**Potilaalla oli vähäinen avun tarve.** Potilas halusi olla itsenäinen toimija ja oma toimintakyky kotona oli tärkeää. Potilas ei halunnut olla riippuvainen perheen avusta. Potilas halusi toimia itse, ei odottanut apua perheeltä, ei tuonut avun tarvetta esiin tai ei ollut muiden autettavana.

*Puoliso 2: ”No, ei toi ota apua vastaan. Se on kylmä tosiasia. Hän haluaa selviytyä aivan itse. Mää tiedän, että sitten on tosi kysymyksessä jos jotain ..., että kyllä se niin itsenäinen on. Eikä paljon puhunut, että särkeekö vai ei. Mutta, pikkuisen kärtyisempi saattoi olla siinä. Mutta ei mitään muuta. Se on kyllä niin ihanteellinen potilas sillai ollut.”*

Hyvän toipumisen johdosta potilaan toimintakyky mahdollisti lähes normaalin toiminnan kotona. Potilas pääsi esimerkiksi yläkerran makuuhuoneeseen, hoiti itse itsensä tai haavansa, oppi käyttämään apunaan toista kättään, osallistui lasten ja kodin hoitoon tai pystyi tekemään melkein kaiken kotona.

*Puoliso 7: ”Kyllä se tietysti mahdollisuus on ollut antaa sitten, mutta kun ei oikein ole tarvinnut sitä sitten. Kun on tosiaan sitten pystynyt oikealla kädellä puhdistaan sitä haavaa itte ja paketoimaan. Paketoi itte paremmin yhdellä kädellä kun mää kahdella kädellä. Niin tietysti mahdollisuus olisi ollut antaa. Ei siinä mitään, ihan hyvin. Tarve on ollut niin kovin pieni.”*

Perheessä koettiin, että potilasta ei tarvinnut erityisesti hoitaa. Perheeltä ei tarvittu apua siinä määrin, kuin etukäteen oli arveltu tarvittavan aamutoimissa, pesuissa tai ruuanlaitossa. Perheen elämää helpotti, kun potilaalla ei ollut toimenpiteestä johtuvia erityisiä hoitoja tai erityistarpeita. Perheenjäsen joutui keskittymään myös muihin tehtäviin kuin potilaan auttamiseen ja koki epävarmuutta potilaan hoitajana toimimisessa. Puoliso epäili, oliko perhe voinut olla potilaan apuna.

*Haastattelija: ”No, minkälainen kokemus auttajana toimiminen on ollut perheelle?”*

*Puoliso 4: ”En mää tiedä, osaa sanoa. Onko musta nyt ollut sitten?”*

**Avun tarpeen kesto vaihteli yksilöllisesti.** Potilaan lyhytaikainen avun tarve kesti kahdesta neljään päivään. Tänä aikana potilas tarvitsi enemmän puolison apua kotona. Hyvästä toipumisesta johtuen potilaan avuntarve väheni toipumisajan kuluessa, kun potilaan toimintakyky parani verrattuna tilanteeseen sairaalasta kotiuduttua.

*Haastattelija: ”Jos te ajattelette teidän perhe-elämääänne. Montako päivää se vaikutti teidän perhe-elämääänne?”*

*Potilas 10: ”Pari kolme päivää.”*

*Puoliso 10: ”Niin. Varmaan sen.”*

*Puoliso 10: ”Joo, ehkä niin. Sen jälkeen kyllä aika normaalia ollut.”*

Pidempi aikaisesta toipumisesta johtuen potilaan avuntarpeessa ei ollut tapahtunut muutosta kotiutumisen ja haastatteluajankohdan välillä. Pitempään kestävä avuntarve liittyi leikkauksen aiheuttamaan toiminnan rajoitukseen kuten käden kipsihoitoon, leikkausalueen paranemiseen tai odotukseen ompeleiden poistamisesta.

**Tieto helpotti perheen auttamista.** Tieto toipumisajasta helpotti perheen elämää ja toipumisajan kotitöiden ennakkointia. Perheessä tehtiin kotitöitä valmiiksi ennen potilaan menoa toimenpiteeseen ja näin pyrittiin helpottamaan perheen elämää kotona toipumisaikana. Kotitöitä, joita perheissä tehtiin etukäteen olivat: ruuan valmistaminen pakastimeen, pyykkihuoltoa, siivousta, pihatöiden tai remontin tekemistä valmiiksi, lastenhoidon järjestämistä ennen toimenpiteeseen menoa. Tieto helpotti toimenpiteeseen menoa ja elämää toimenpiteen jälkeen.

*Puoliso 4: ”Meillä oli tuossa tuo pihan laatoitus. Sitä ajatteli, että menee sitten pitkälle. Nyt sää varmaan pystyisitkin sitäkin tekemään?”*

*Potilas 4: ”Joo.”*

*Haastattelija: ”Saitteko te laatoitushomman tehtyä ennen leikkausta?”*

*Potilas 4: ”Joo, saatiin tehtyä. Tietty varmaan helpommin olisi mennyt nyt, kun ei ole peukalo enää kipeä. Mutta kun ei yhtään tiennyt, missä kunnossa se on sitten, niin yritin tehdä alta pois. Ettei jää koko kesäksi tuohon.”*

Vastaava aikaisempi kokemus helpotti perheen suhtautumista toipumisaikaan, koska aikaisemmat kokemukset sairastamisesta tai päiväkirurgiasta auttoivat kohtamaan toimenpiteen ja toipumisajan haasteita kuten apuvälineitä, avun tarvetta ja haavanhoitoa. Aikaisemmat kokemukset päiväkirurgiasta vähensivät myös pelkoa ja jännitystä toimenpidettä kohtaan. Toisaalta aikaisemmat kielteiset kokemukset vaikuttivat myös varauksellisena suhtautumisena päiväkirurgiaan.

*Puoliso 9: ”Tässä nyt kun kuitenkin kun kotona ollaan, on tutut paikat ja muut. Ei tässä pitäisi olla mitään vaikeata. ... Tämä on nyt tuttu ja yksi kolmasosalla siitä volyymistä ja siten tähän tuntu etukäteen tietävän aika tarkkaan, mitä siitä seuraa ja kuinka se asia hoidetaan ... Ehkä just särkylääkkeen nimi saattoi vaihtua sitten siitä ennakkoepäilystä. Kyllä ne muuten oli kaikki tiedossa. Niin tämä menee melkein kun kiskoilla.”*

**Perheen ilmapiiri muuttui kireämmäksi,** kun sairastamisen johdosta perheessä esiintyi ärtyisyyttä, riitaa ja komentelua. Tilanteesta johtuva ärtyisyys ilmeni perheessä hermostumisena, kärtyisyytenä, raivostumisena tai potilaan vetäytymisenä. Haastatteluissa tuli myös esiin, että kaikki potilaat eivät olleet tavallista kärtyisämpiä.

*Potilas 7: ”Niin, tuntuu ihan hyvältä. Se vähän raivostutti yhdessä vaiheessa tää, toi niin kuin tyrkyttäminen, tyrkyttäminen joka asiassa...”*

Komentelu perheessä liittyi potilaan tapaan ilmaista itseään ja yritykseen saada auttajat toimimaan potilaan tahdon mukaisesti. Sairastamisen johdosta perheen ilmapiirissä esiintyi riitaa arkiaskareiden suorittamisesta, erilaisesta siisteyskäsitästä tai erilaisista näkemuseroista.

*Potilas 5: ”No, niistä me ollaan tietysti hiukan riideltä, mutta tota noin, meillä on nyt sitten kotipalvelu ihan kunnasta,...*”

### 5.2.3 Perhe hyötyy kotihoidosta

Perhe hyötyy kotihoidosta muodostui kahdesta alaluokasta: perhe voi kokea läheisyyttä ja kotihoito helpottaa perheen elämää.

Kotona olemisen johdosta **perheen jäsenet voivat kokea keskinäistä läheisyyttä**, sairausloman johdosta perheen yhdessäolo lisääntyi ja perhe koki lisääntyneen yhdessäolon hyvänä asiana. Perheen jäsenet kokivat keskinäistä läheisyyttä, koska perheen yhdessäolo koettiin tärkeänä ja perheen jäsenillä oli läheiset välit. Kotihoito koettiin kotoisammaksi, läheisemmäksi ja omissa oloissa olemiseksi. Potilaan läsnäolo kotona koettiin tärkeänä, potilas oli seuraava puolisolalle ja lapsille. Perheen hoidon ei koettu huonontavan ihmissuhdetta.

*Puoliso 6: ”No, musta ainakin on paljon kivempi niin, että aamulla operoitavaksi ja sitten pääsee illaksi kotiin. Kyllä musta on paljon kivempi, että puoliso tuli kotiin, kuin se, että me oltaisiin sitten menty katsomaan häntä sairaalaan.”*

*Potilas 6: ”Kyllä ehdottomasti. Se, että saa olla kotona ja nukkua oman perheen kesken on siinä mielessä suurin arvo. Ja suhtautuminen koko siihen operaatioon on paljon helpompaa kuin tietää, että se suurenee.”*

Sairausloman johdosta perheen yhdessäolo lisääntyi, koska potilaan sairausloman johdosta perhe vietti enemmän aikaa yhdessä. Perheen lisääntyneen yhdessäolon seurauksena potilas koki kotiasiat ajan-kohtaisempana, lapset yrittivät tulla paremmin toimeen keskenään, koko perhe koki vähän lähenty- mistä tai perhe vietti enemmän aikaa yhdessä. Perhe koki lisääntyneen yhdessäolon hyvänä asiana, kun potilas on enemmän kotona ja läsnä perheen arjessa.

*Potilas 2: ”Pakko olla enemmän kotona, niin on paremmin, erilailla tähän kotielämään ja niitten, on paljon ajankohtaisempia kaikki, mitä tässä kotona on, niin kyllähän ne tuntee silloin, kun mitä on tuolla muuten muita asioita.”*

*Puoliso 2: ”Sitä mä just sanoin, että on niin mukava, että se on vähän enemmän tässä nurkissa.”*

**Kotihoito helpotti perheen elämää.** Potilas helpotti osaltaan kodin arkea osallistumalla kodin töihin ja siten potilaan läsnäolosta kotona oli hyötyä perheelle. Potilasta tarvittiin helpottamaan perheen arkea erityisesti perheissä, joissa oli pieniä lapsia.

*Puoliso 4: ”En mä tiedä, onko meistä mitään hyötyä ollut. Sillai on ollut toinen valvova silmäpari sitten, seurana sitten jos, että jos monta päivää olisi siellä sairaalassa, niin onhan se sitten, kuorittaa sitten. Vaikka ei pystyisikään tekemään kotona mitään, niin on kuitenkin seurana ja tota noin, yhtä lailla noille lapsille seurana. Ettei se aina...”*

*Potilas 4: ”Niin, että ei se aina välttämättä ole niin päin, että siitä on sille potilaalle jotain hyötyä, vaan perheellekin tietty on.”*

Sairaalahoito olisi tuonut myös puolisolle lisää työtä ja menoja, koska sairaalamatkoista olisi koitunut puolisolle lisärasitusta, ylimääräistä työtä ja ajan menetystä. Sairasloman johdosta perhe pääsi lähtemään aikaisemmin lomalle.

#### 5.2.4 Normaali perhe-elämä säilyy

Normaali perhe-elämä säilyy muodostui kolmesta alaluokasta: perheen normaali elämänrytmi jatkuu, potilaan hyvä paraneminen tukee perheessä normaalin elämänrytmin säilymistä ja päiväkirurgian hyvä sujuminen mahdollistaa normaalin arjen sujumisen perheessä.

**Perheen normaali elämänrytmi jatkui normaalisti** ilman suuria muutoksia. Perhe koki elämän palaavan nopeasti ennalleen ja jatkuvan samalla rutiinilla kuin ennen toimenpidettä tai toimenpiteestä ei koettu olevan haittaa arkirutiinien sujumiselle perheessä.

*Puoliso 6: ”No, musta tuntuu, että mä olen täällä auttajana aina muutenkin. Ja sitten, kun mä en osaa tätä ajatella, sitten kun tästä ei ole ollut mitään, potilas ei ole mitenkään valittanut erikoisesti mitään kipua, muuta kuin silloin leikkauksen jälkeisenä iltana tietenkin se oli vähän turvoksissa ja silloin siihen sattui. Ja silloinhan hän ei niin täyspainoisesti osallistunut näihin lastenhoitoon ja näihin normaaleihin kotiaskareihin kuin muuten, mutta ei niin kuin muuten ole ollut mitään. Mää en niin kuin koe, että tämä ei ole muuttanut mitenkään meidän arkista elämää.”*

Perheenjäsenet eivät kokeneet luopuneensa omista asioistaan potilaan toimenpiteen johdosta. Lyhyen sairaalakäynnin johdosta perheen lasten elämä jatkuu ennallaan ja lapset eivät kiinnittäneet paljon huomiota potilaan sairaalakäyntiin, jonka pituus muistutti tavallista työpäivää. Perheissä lasten elämään ei tullut suuria muutoksia ja arki, hoidossa, koulussa tai harrastuksissa käyminen, nukkuminen ja päivän puuhailu jatkui kuten aikaisemmin.

*Puoliso 6: ”Lapset ei varmaan nyt edes oikeastaan niin kuin ajatellutkaan sen enempää sitä, missä potilas oli. Meillä oli tietysti puhetta siitä, että potilas menee nyt leikkaukseen ja polvea leikataan, mutta kun se kävi tavallaan ihan kuin aamulla töihin ja illalla takaisin, että siihen ei tullut muutosta...”*

**Potilaan hyvä paraneminen tuki perheessä normaalin elämänrytmin säilymistä**, kun toimenpide toi helpotuksen potilaan elämään, potilaan toipumisessa kotona ei ollut ongelmia, potilaan kivut olivat hallinnassa kotona ja potilaan nopea toipuminen helpotti perheen elämää. Toimenpide toi helpotuksen potilaan elämään kuvaa potilaan sairauden paranemista, sairauden aiheuttamien oireiden helpottumista ja sen myötä elämän helpottumista perheessä.

*Puoliso 9: ”No, puoliso nukkuu huomattavasti paremmin ja pidempään nyt. Se on minun mielestäni se oikeastaan ensimmäisen päivän jälkeen sen kivun katoaminen, se on ollut tavattoman hyvä ja positiivinen asia. Ja kun mielestäni hänellä on selviä nukkumisvaikeuksia...”*

*Haastattelija: ”Että unen laatu on parantunut selkeästi?”*

*Potilas 9: ”Kyllä.”*

*Puoliso 9: ”Nähdäkseni elämän laatu on parantunut oleellisesti näistä toimenpiteistä ja voi sanoa päivä sen leikkauksen jälkeen jo. Hyvin, hyvin nopeasti, että se nopea vaikutus on ollut selvä.”*

Potilaan toipumisessa kotona ei ollut ongelmia tai komplikaatioita kuten tulehdusta tai veritulppaa. Lyhytaikainen haitta oli paluumatkalla sairaalasta kotiin tai seuraavana päivänä kotona esiintynyt pahoinvointi tai huimaus. Potilaan kivut olivat hallinnassa kotona, kun kivut eivät alkaneet hallita potilaiden elämää toipumisaikana. Kipu oli lyhytaikaista ja vaikutti perheen elämään muutaman päivän ajan. Kuitenkin vielä haastatteluajankohtana esiintyi kiputunteuksia leikkausalueella.

*Potilas 6: ”Kuin myös, oikein hyvin. Mähän olen ollut tässä saman tien jakeilla ja erittäin hyvin kaikki kivut on ollut hallinnassa, ei ole ollut mitään komplikaatioita. Olen ollut jo töissäkin muun muassa tänään.”*

Potilaan nopea toipuminen helpotti perheen elämää, kun nopean toipumisen johdosta päiväkirurgiaa pidettiin helppona ja nopeana prosessina, jolla ei ollut pitkäaikaista vaikutusta perheen elämään. Perheet olivat odottaneet, että potilaan toipuminen olisi vienyt pitemmän ajan ja potilaan tarvitsevan enemmän apua perheeltä.

*Puoliso 6: ”No, ei oikeastaan. Musta tää meidän elämä on sujunut ihan entiseen malliin, että olisin odottanut, että se olisi kestänyt vähän pitempään toi toipuminen. Mutta se on alkanut menemään niin hyvin ja sää olet ollut jo töissäkin ja ... Ei se ole muuttanut meidän elämää mitenkään.”*



**Päiväkirurgian hyvä sujuminen mahdollisesti normaalin arjen sujumisen perheessä**, eikä aiheuttanut ongelmia perheen arkipäivään. Perhe piti toimenpidettä pienenä, kun leikkaus ja puudutus koettiin pienenä ja potilasta ei tarvinnut nukuttaa. Perhe koki sairaalakäynnin lyhytaikaisena ja itse toimenpiteen nopeana. Perhe oli tyytyväinen hoitokäyntiin, toimenpiteen onnistumiseen ja henkilökunnan käytökseen. Käyntiä päiväkirurgiassa verrattiin hammaslääkärikäyntiin.

*Puoliso 4: ”Aika nopeasti se tosiaan meni, että eikö seitsemän aikaan pitänyt siellä olla ja jo puolelta päivin haettiin sitten jo pois. Ja kun se ei sitten ollut kuin paikallispuudutus.”*

Hoidon jatkuvuus loi turvallisuutta perheessä silloin, kun oltiin tyytyväisiä seuraavan päivän koti-soittoon ja särkylääkkeen saamiseen mukaan kotiin kotiutumisen yhteydessä sairaalasta. Perheissä koettiin hyvänä, että kotisoiton aikana voi kysyä asioita, jotka olivat jääneet epäselviksi.

*Potilas 4: ” ... Se tietty oli hyvä, että ne soitti perään, että siinä voi vielä viimeiset asiat tarkistaa, mistä ei ollut ihan varma. Ittekin hiukan ihmettelin, että sen haavankin sai kastella niin parin päivän päästä. Kysäisin vielä, että miten se nyt sitten menee?”*

*Puoliso 4: ”Ja niin päin varmaan, että kun ne soittaa sieltä, sitten ehkä helpommin tulee kysyttyä kun, jos ne sanoo vaan, että soittele jos jotain on. Niin, sitä sitten varmaan tulisi soitettua...”*

*Potilas 4: ”Jos ei mitään isompaa tulisi. Ei minkään pienen asian takia varmaan soittaisi.”*

### 5.2.5 Epätietoisuus perheen elämässä

Epätietoisuus perheen elämässä muodostui seitsemästä alaluokasta: tiedon puute aiheuttaa epätietoisuutta, huoli toimenpiteestä paranemisesta, huoli ohjeiden noudattamisesta, huoli avun saamisesta, huoli toimintakyvystä tulevaisuudessa, huoli elämän rajoituksista ja huolet koetaan pieniksi

**Tiedon puute aiheutti epätietoisuutta** toipumisen etenemisestä, haavahoidosta, ohjauksesta, päiväkirurgisen hoidon luonteesta ja tarvittavien todistusten saamisesta. Tiedon puute toipumisen etenemisestä ilmeni epätietoisuutena ja saattoi johtaa väärinkäsityksiin. Epätietoisuutta oli sairasloman pituudesta ja sen määräytymisen perusteista. Perheessä ei tiedetty, mitä potilas sai ja voi tehdä toimenpiteen jälkeen esimerkiksi, milloin potilas voi ajaa autolla. Perheessä ei tiedetty, jos potilaan paranemisessa olisi jokin vialla. Perheessä oli tiedon puutetta haavahoidossa ja haava-alueen kastelemisesta kotona.

Epätietoisuus ohjauksesta tarkoittaa, että perheessä ei ymmärretty potilaan saamaa hoitoselostusta ja ohjausta. Perheessä koettiin, että kirjalliset ohjeet koskivat vain aikaa heti toimenpiteen jälkeen. Tietoa toimenpiteestä oli saatu myös sukulaisilta.

*Potilas 5: ”Joo, sitten tuli mulle toi paperi, mutta siinä ei ollut oikeastaan kuin heti sen toimenpiteen jälkeen. Heti kun vaan pystyy, pitäisi niinkö sormia liikutella ja muuta, mutta ei ollut sellaisia tarkkoja miten mää voin ja sitten koska mää voin esimerkiksi autolla lähteä ajamaan. Tämmöisiä niinkö. Että nyt on vähän sellainen olo, että mää en pääse autollakaan ajaa ja muuta että. Tuntee itsensä vielä sillain kotiuteljetyksi, että kun ei. Olisi kiva kun tietäisi, että hei, mää pääsen ensiviikolla ajamaan vaikka jo autoa. Ja muuta sillain. Se olisi sillain ...”*

Tiedon puute päiväkirurgisen hoidon luonteesta tarkoittaa, että perheessä ei ollut tietoa ja perusteita, miksi hoitoajat päiväkirurgiassa ovat lyhyitä. Tiedon puute tarvittavien todistusten saamisesta tarkoittaa, että perhe ei saanut luvattua todistusta ja todistuksen hankkiminen muualta vei aikaa ja maksoi perheelle enemmän.

**Huoli toimenpiteestä paranemisesta** tarkoittaa perheen huolta leikkauksen lopputuloksesta, toipumisen etenemisestä odotusten mukaisesti, komplikaatioista, itse toimenpiteestä selviytymisestä ja, että toipumisaikana ei aiheuteta vahinkoa potilaan paranemiselle. Perheen huoli leikkauksen lopputuloksesta oli huolta paranemisen nopeudesta, toimenpiteen tuomasta avusta tai toimintakyvystä leikkauksen jälkeen.

Perheellä oli huoli, että toipuminen edistyi odotusten mukaisesti. Huolta aiheutti, että paraneminen ei tapahtunut siinä ajassa kun oli annettu ymmärtää sen tapahtuvan, seuraavan päivän fyysinen harjoittelu aiheutti kipua, leikkausalueen turvotus, mustelmat ja ihon kiristäminen aiheuttivat huolta. Perheellä oli huoli komplikaatioista kuten veritulppa tai sairaalabakteerista.

*Puoliso 2: ”Ainoa mistä minä olin huolissani oli, että potilaalla oli muutama vuosi sitten aivoveritulppa. Ettei sitä tulppaa tule. Se hermostu minuun, kun mää koko ajan kyttäsin sitä.”*

Puolisolla oli huoli potilaan selviytymisestä itse toimenpiteestä ja nukutuksesta. Perheessä koettiin huolta, että toipumisaikana kotona aiheutuisi vahinkoa paranemiselle. Esimerkiksi traktorilla ajaessa ei voi ajatella jokaista liikettä, puoliso pelkäsi yöllä nukkuessaan vahingossa satuttavansa potilaan leikattua raajaa tai diabeteksen vuoksi potilas ei halunnut ottaa riskejä ja hankaloittaa paranemistaan.

**Huoli ohjeiden noudattamisesta** kuvaa perheiden kokemusta, että kotona potilas voi helposti tehdä asioita, joita ei saisi tehdä tai potilas ei noudata annettuja ohjeita. Potilaan vointi koettiin hyväksi, mutta perheissä ei ollut tarkkaa tietoa siitä, missä menee raja sopivan ja kielletyn toiminnan välillä. Potilas teki kotona helposti asioita, joita ei ehkä olisi saanut tehdä, koska potilas toipui toimenpiteen jälkeen nopeasti ja halusi osallistua perheen normaaliin toimintaan. Puoliso oli huolissaan, että potilas ei noudattaisi annettuja ohjeita tai ottaisi särkylääkkeitä annetun ohjeen mukaisesti.

*Puoliso 9: ”Mutta täytyisi malttaa toimia kotonakin niin kuin lääkärin ohjeen mukaan, eikä yrittää olla terve ihminen siitä ensimmäisestä hetkestä alkaen. Varmaan jossain sairaalassa tai jossain vieraassa paikassa suostuisi olemaan paljon enemmän potilas ja toipilas. Täällä yrittää olla niin kuin toisella kädellä terve kuitenkin.”*

Perheessä oli **huoli avun saamisesta** potilaalle. Ongelmia potilaan avun saamisessa ilmeni, kun puolisollla oli muita kiireitä tai lapset olivat liian nuoria auttamaan. Koettiin, että ongelmatilanteissa olisi ollut vaikeaa ottaa yhteyttä sairaalaan. Perhe oli huolissaan, jos potilaalle olisi sattunut jotakin tämän ollessa yksin kotona. Koettiin, että sairaalassa potilaan lepo olisi onnistunut paremmin ja hätätilanteessa potilas olisi saanut nopeammin avun sairaalassa.

*Puoliso 2: ”Onhan siinä just se esimerkiksi, jos potilaalle olisi tullut jotain, kun se olisi ollut täällä yksistään, niin se olisi ollut täällä kans yksistään. Ei kukaan olis ambulanssia tilannu ... Tai kaatunu tuolla ulkona sillai, että ei olis päässy liikkeelle. Olis voinu koko yö mennä siinä ...”*

Perhe oli myös epä tietoinen, miten auttaa potilasta tämän haluamalla tavalla. Perhe koki, että apua oli vaikea kohdistaa oikeaan tarpeeseen, aina ei pystynyt auttamaan tai annetusta avusta ei ollut hyötyä potilaalle. Perhe koki, että auttamisen olisi tehnyt vaikeaksi potilaan kovat kivut tai valittaminen.

**Huoli toimintakyvystä tulevaisuudessa** tarkoittaa perheen huolta työssä selviytymisessä, taloudellisesta toimeentulosta ja paluusta normaaliin elämään. Huoli työssä selviytymisessä liittyy potilaan työssä käymiseen. Potilas joutuu vaikeuksiin työssään, jos potilas ei ole terve palatessaan työhön. Potilaan työpaineita lisäsi, kun sairaslomalla maatilan työt olivat myöhässä. Potilas koki epävarmuutta nykyisessä ammatissa jatkamisesta.

*Potilas 5: ”On, joo. Että se on, että sitten tosiaan tietäisi niinko kaikki noi jatkohommat. Ja sekin vähän tietysti on, että ei niin välttämäti tiedä, mitä että jos jotain on vialla, tulee tässä. Toimiiiko tämä käsi jatkossa ja pystynkö mä tekemään jatkossa ihan normaalia raskasta työtä ja ... Että*

*kuitenkin kaikki, vähän noi ammatit on käsien päällä ja just näpräämistä. Sillai toi tulevaisuus on nyt vähän epävarmaa vielä, että ei tiedä oikein.”*

Huoli taloudellisesta toimeentulosta kuvaa potilaan sairastamiseen liittyviä taloudellisia huolia. Palkkaa ei saa, jos ei pysty tekemään työtä. Sairastaminen tuli kalliiksi perheelle. Sairastamisen aikana ei pystynyt tekemään maatalouden sivuansioita. Potilaalla oli huoli paluusta normaaliin elämään, työhön ja harrastuksiin. Paluu normaaliin elämään koettiin vielä epävarmana.

**Huoli elämän rajoituksista** tarkoittaa kotona olevia keskeneräisiä töitä, leikkauksen jälkeistä arkielämän hankaluutta tai tilannetta kun, itselle asetettuja tavoitteita ei voinut saavuttaa. Potilas ei voinut tehdä loppuun keskeneräisiä kotitöitä. Keskeneräisten kotitöiden toteutus jäi perheelle tai suunniteltuja töitä siirrettiin toiseen ajankohtaan kuten seuraavaan kesään. Perheissä jäi kesken esimerkiksi puutarhan syystyöt, autotalliremontti tai ulkorakennusremontti.

*Puoliso 7: ”Ja sama oli toi autotalli. Että saadaan noi ulkoseinät siksi kun sää menet leikkaukseen. johonkin semmoiseen se vaikuttaa. Joku asia täytyy keritä tekee ennen sitä ja ...”*

*Potilas 7: ”Saatiin ulkoseinät ja ovet laitettua kun toi oli autokatos ennen. Tehtiin siitä talli niin. Seinät, ovet ja ikkunat paikalleen ja sitten saa olla ensi kevääseen asti.”*

*Puoliso 7: ”Niin, jotain on täytynyt ennakoida, että mitä on tehty sitten niin kuin ennen.”*

*Potilas 7: ”Niin tai aloituksia siirtää taikka aikaistaa. ... Siirretään sitten ensi kesään.”*

Potilas koki leikkauksen jälkeisen arkielämän hankalana esimerkiksi silloin, kun kipsi oli odotettua suurempi, leikkaus kohdistui potilaan hallitsevaan käteen tai potilas joutui olemaan pääasiassa kotona. Itselle asetettuja tavoitteita ei voi saavuttaa, kun potilas ei voinut toteuttaa itselle asetettuja liikunnallisia tavoitteita ja oli pakotettu elämäntavan muutokseen.

**Huolet koettiin pieniksi**, kun toipumisaika ei ollut aiheuttanut erityisiä huolia perheessä tai aiheutuneet huolet olivat olleet pieniä. Huolet koettiin pieniksi, sillä niistä ei ollut vielä tarvinnut paljon keskustella. Toipuminen koettiin olevan vielä kesken. Perheessä koettiin, että tilannetta ei ollut vaikea hyväksyä ja aikaisemmat leikkaukset olivat aiheuttaneet enemmän huolta.

## 5.2.6 Henkistä tukea tarvitaan

Henkistä tukea tarvitaan muodostui viidestä alaluokasta: läsnäolo, auttavainen kohtelu, rajojen asettaminen, asioiden selvittäminen ja kannustus.

**Läsnäolo** muodostui siitä, että perheen läsnäolo mahdollisti potilaan auttamisen, perhe varasi aikaa läsnäoloon ja sairaalamatkoilla tarvittiin perheen läsnäoloa. Perheen läsnäolo kotona ja ajan antaminen potilaalle mahdollisti potilaan hoitamisen. Perheissä oli aikaa olla läsnä kotona, koska puoliso oli sairaslomalla, kesälomalla, eläkkeellä tai vanhempainlomalla ja lapset olivat kesälomalla. Mutta myös puolison normaali päivätyö nähtiin mahdollistavan potilaan kotihoidon.

*Potilas 6: ”No, mun mielestä se on ensinnäkin, että on ollut aikaa, että on pystynyt olemaan läsnä. Eliikkä on tällainen normaali päivätyö, se ajanjakso, mutta se ei nyt ole tuottanut mitään ongelmaa itse olla tässä. Ja tällaiset asiat, mitä tässä nyt kahden päivän aikana olen ehtinyt tarvitsemaan, olen ne saanut sitten. Kyllä se tulee ajasta olla tässä paikalla sitten. Se on mun mielestä suurin asia mikä niin kuin mahdollistaa sen.”*

Perhe varasi aikaa läsnäoloon, sillä perheissä puoliset järjestivät itselleen vapaapäivän potilaan toimenpidepäiväksi. Puolisot tarvitsivat vapaapäivän, jotta pääsivät kuljettamaan potilasta toimenpiteeseen ja takaisin kotiin. Vapaapäivä varattiin potilaan kanssa olemiseen, mutta aikaa jäi myös omille harrastuksille.

**Auttavainen kohtelu** kuvaa perheen auttavaista asennetta ja halua auttaa jäsentään. Auttamista ei pidetty vaikeana tai vastenmielisenä ja leikkauksen jälkeen auttaminen koettiin luonnolliseksi. Perheen jäsenen auttaminen koettiin tärkeäksi ja osaksi perheen jäsenen roolia. Niin lapset kuin puoliso koettivat auttaa ja helpottaa perheenjäsenen oloa ja löytää keinoja, miten voisivat olla apuna läheiselle ihmiselle.

*Puoliso 2: ”Minusta on ilman muuta selvää, että jos toinen on ollut tuommoisessa leikkauksessa, että sää autat ja mä olen omasta mielestäni jo perusluonteeltani semmoinen, että mä haluan auttaa toisia.”*

*Puoliso 2: ”Minusta se kuuluu siihen. Se on sellainen jatkumo, mikä nyt perheen äidin rooli on.”*

**Rajojen asettaminen** tarkoitti sitä, että puoliso asetti rajoja potilaan tekemiselle, ettei toipuminen vaarantuisi ja puoliso huolehti annettujen ohjeiden noudattamisesta. Puoliso katsoi potilaan perään, huomautteli, rajoitti, vahti potilaan tekemisiä ja huolehti potilaan työkyntöisyydestä, jotta potilas ei

omalla toiminnallaan vaarantaisi paranemista. Puoliso huolehti, että potilas toimi annettujen ohjeiden mukaan kuten otti lääkkeitä ja noudatti annettuja hoito-ohjeita.

*Potilas 4: ”No, yksi asia nyt on ainakin ollut semmoinen, tota noin, kyllä sää vähän aikaa katoit mun perään, että ei nyt tekisi ihan mitä vaan. Ehkä liian herkästi olisinkin tehnytkin asioita, ruvennut käyttämään vasenta kättä, vaikka ei välttämättä olisi saanut. Että välistä huomautit, että jos nyt jättäisit tonkin tekemättä.”*

**Perhe selvitti asioita** keskustelemalla. Perhe yritti yhdessä ratkaista, miten toimenpiteen aiheuttamista muutoksista selvitään perheessä. Perhe esimerkiksi suunnitteli arkielämän sujumista toimenpiteen jälkeen tai selvitti keskenään tilanteen tuomia haittoja ja hyötyjä sekä pohtii keskenään potilaan paranemista.

*Puoliso 5: ”No oikeastaan me ollaan vaan keskusteltu ja sitten suunniteltu vähän, että mikä on se toteuttaminen, mitä haittoja, mitä hyötyjä. Yrittää keksiä niistä haittoistakin, mitkä kuitenkin tavallaan, jos nyt joutuu keväälläkin kieltäytyä töistä, niin saa olla kesän sitten olla kotona siihen asti kun leikkaus alkaa. Se rahallinen tappiokaan, ei se niin hirveä siinä kuitenkaan ole...”*

**Kannustus** kuvaa, miten perhe näki tilanteen positiiviset puolet ja potilaan hoidon tärkeänä. Perhe kannusti potilasta kiinnittämällä huomiota tilanteen hyviin puoliin. Potilas kuvattiin esimerkiksi helppona sairastajana, luotettiin leikkauksen tuomaan apuun, nähtiin tilanteen kehittyvän parempaan suuntaan kotona, nähtiin taloudellinen tappio vähäisenä ja päätettiin, että tekemättömistä töistä ei otettu stressiä. Perheenjäsenet kokivat tärkeänä potilaan sairauden parantamisen, jotta elämä voi jatkua ilman sairauden tuomaa uhkaa.

*Puoliso 7: ”Mutta niistäkin on päätetty jo keväällä, että ei oteta mitään stressiä. Se mitä nyt jää tekemättä tehdään sitten keväällä. Kun ei ole mitään semmoista työtä kumminkaan.”*

### 5.3 Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä

TAULUKKO 3. Aineiston abstrahoinnissa muodostettu pääluokka Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Vuorovaikutus lisääntyy	Vaikutukset ihmissuhteisiin	Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä
Apua tarvitaan perheen ulkopuolelta		
Ei vaikutusta perheen ihmissuhteisiin		
Rajoittaa osallistumista harrastuksiin	Vaikutukset harrastamiseen	
Nykyisten harrastusten muuttuminen		
Perheen harrastamiseen ei tullut muutoksia		
Rajoittaa työssäkäyntiä	Vaikutukset työssäkäyntiin	
Ei rajoita työssäkäyntiä		
Rajoittaa osallistumista kodin ulkopuolelle	Vaikutukset osallistumiseen kodin ulkopuolelle	
Ei rajoita osallistumista kodin ulkopuolelle		
Perheenjäsen mahdollistaa potilaan osallistumiseen kodin ulkopuolelle		

Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä sisältää neljä yläluokkaa: vaikutukset ihmissuhteisiin, vaikutukset harrastamiseen, vaikutukset työssäkäyntiin ja vaikutukset osallistumiseen kodin ulkopuolelle. Yläluokat muodostuivat perheiden kokemusten kuvauksista, miten perhe on kokenut päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisen selviytymisen.

#### 5.3.1 Vaikutukset ihmissuhteisiin

Vaikutukset ihmissuhteisiin muodostui kolmesta alaluokasta: vuorovaikutus lisääntyy, apua tarvitaan oman perheen ulkopuolelta ja ei vaikutusta perheen ihmissuhteisiin.

**Vuorovaikutus lisääntyi**, kun perheen ulkopuoliset henkilöt olivat kiinnostuneita potilaan kokemuksesta ja kun sairauslomalla jäi aikaa ihmissuhteiden hoitoon. Toimenpiteessä käymisen johdosta perheen ulkopuoliset henkilöt kuten naapurit, ystävät, työkaverit ja muut ihmiset olivat kiinnostuneita potilaan kokemuksesta. Potilaan käynti toimenpiteessä oli vuorovaikutusta lisäävä tekijä. Vuorovaikutuksessa haluttiin kuulla potilaan kokemuksesta ja voinnista, mutta myös jakaa omia kokemuksia.

*Puoliso 10: ”Kyllä ne kaverit soitteli ja kyseli vointia sitten leikkauksen jälkeen.”*

Potilaalla jäi sairauslomalla aikaa ihmissuhteiden hoitoon, koska potilaan vapaa-aika lisääntyi. Sairasloma antoi mahdollisuuden potilaan ihmissuhteiden aktivoimiseen ja tilaisuuden kauempana asuvien ihmissuhteiden hoitamiseen.

*Potilas 9: ”Niin, se on kun mekin ollaan kuljettu ympäriinsä ja on tiiviit ystävyyssuhteet ja muuta niin kuuluu vähän mitä muuallakin Suomessa on tapahtunut. On aikaa siihen.”*

*Puoliso 9: ”On aktivoinut myös, on antanut tilaisuuden siihen.”*

**Perhe tarvitsi apua oman perheen ulkopuolelta.** Sukulaiset kuten isovanhemmat, sisarukset, muut sukulaiset tai kotoa poissa asuvat lapset auttoivat perhettä. Perheen ulkopuolisella avulla tarkoitetaan kotipalvelun tai kaverin antamaa apua. Potilaan toimenpiteessä käynti lisäsi perheen vuorovaikutusta oman perheen ulkopuolisen auttajajan kanssa.

*Puoliso 5: ”En mä tiedä kanssa, kun mä vein sut aamulla ja sitten hain kolmen aikoihin. Ja kotio. Että se päivä meni kyllä sillai sitten. Lapsikin tuli kotiin vasta seuraavana päivänä.”*

*Potilas 5: ”Seuraavana päivänä tuli kotiin sitten joo ... Vanhemmat toi sen sitten kotiin.”*

Perheessä koettiin myös, että **toimenpide ei vaikuttanut perheen ihmissuhteisiin** kodin ulkopuolelle. Toimenpide pidettiin perheen omana asiana. Harvat tai vain potilaan ja puolison vanhemmat tiesivät potilaan toimenpiteestä.

*Puoliso 4: ” Ei varmaan mitenkään.”*

*Potilas 4: ”En mäkään usko, että sillä on ollut mitään vaikutusta.”*

*Potilas 4: ”No, sitä itse asiassa aika harva tiesikään. Että tota, en mä siinäkään ole mitään huomannut, muutosta aikaisempaan.”*

### 5.3.2 Vaikutukset harrastamiseen

Vaikutukset harrastamiseen muodostui kolmesta alaluokasta: rajoittaa osallistumista harrastuksiin, nykyisten harrastusten muuttuminen ja perheen harrastamiseen ei tullut muutoksia.



Päiväkirurginen toimenpide **rajoitti osallistumista harrastuksiin** niin potilaan osallistumista harrastuksiin kuin perheen osallistumista yhteisiin harrastuksiinsa. Päiväkirurgisen toimenpiteen johdosta potilaan harrastamisessa oli tauko. Potilas ei esimerkiksi voinut jatkaa liikunta-, käsityö- tai saunomisharrastustaan. Potilas oppi harrastamaan myös uudella tavalla esimerkiksi potilas oppi tekemään ristisanatehtäviä toisella kädellään.

*Potilas 6: ”No, niihin ne on minun osalta vaikuttanut oikeastaan koko heinäkuun alusta tähän jaksoon. Liikunnalliseen elämäntapaan on tullut täysi muutos, että se on hävinnyt. Sillä on ehkä, sillä on suurimmat henkiset ja fyysiset vaikutukset...”*

Päiväkirurgisesta toimenpiteestä johtuen perhe ei ole voinut osallistua yhteisiin harrastuksiinsa. Perhe ei päässyt esimerkiksi yhteisille kävelylenkeille, talviuintiin, tanssimaan, hoitamaan puutarhaa tai sieneen.

*Potilas 1: ”Ei mitenkään. Se nyt on vähän, ettei ole päästy tonne, kun me käydään talviuinnissa. Siellä ei ole käyty. Me ollaan käyty sie, saunomassa ja uimassa, mutta lauantaina sekin taas on.”*

**Nykyisten harrastusten muuttuminen** tarkoittaa, että potilas sai mahdollisuuden palata aikaisemman harrastuksen pariin tai löysi uusia harrastuksia. Päiväkirurginen toimenpide mahdollisti paluun aikaisempaan harrastukseen, jonka harrastaminen oli ollut estynyttä ennen toimenpidettä. Perhe löysi uusia harrastuksia kuten lukeminen ja kävely, kun osallistuminen aikaisempiin harrastuksiin oli rajoittunut. Puoliso koki myös vapautusta harrastuksesta, koska ei joutunut osallistumaan perheen yhteiseen harrastukseen potilaan sairausloman johdosta.

*Potilas 2: ”Nythän mää rupean sitten kävelee ja liikkuu. Ajattelin ruveta juoksentelee ja urheilee, tarvis taas alkaa panostaa siihen puoleen, koska oli tossa toi neljän viikon tauko. Hiihtokunto ensi talveen, pitäisi sitä alkaa...”*

**Perheen harrastamiseen ei tullut muutoksia** silloin, kun perheenjäsenillä ei ollut harrastuksia. Perheessä lasten harrastaminen jatkui entiseen tapaan. Potilaan päiväkirurgisen toimenpiteen ei koettu estävän puolison harrastamista ja puoliso jatkoi omaa harrastustaan kuten aiemminkin. Potilaan toimenpide ei vaikuttanut esimerkiksi puolison kävelylenkkeihin, golfin pelaamiseen, ratsastukseen tai muihin harrastuksiin.

*Potilas 10: ”Niin taikka, kun tultiin sairaalasta, mää menin sohvalle makaa ja kattelee telkkaria, niin puoliso lähti tallille sitten. Vei se sitten lapsen tuonne siskollensa, että sillai nyt sai sitten huilata siinä rauhassa. Että ei tarvinnut olla edes läsnä.”*

### 5.3.3 Vaikutukset työssäkäyntiin

Vaikutukset työssäkäyntiin muodostui kahdesta alaluokasta: rajoittaa työssäkäyntiä ja ei rajoita työssäkäyntiä.

**Rajoittaa työssäkäyntiä** tarkoittaa, että potilas oli sairauslomalla, potilas joutui kieltäytymään työstä ja auttaminen lisäsi kiirettä puolison työssä. Potilas oli sairausloman johdosta poissa työelämästä. Potilas oli myös joutunut kieltäytymään tarjotusta työstä ja olemaan työttömänä toimenpiteen vuoksi. Kiire puolison työssä tarkoittaa, kun puolison piti sovittaa auttaminen omaan työhönsä tai potilas ei voinut olla avuksi puolison työssä.

*Puoliso 5: ”...Tietysti meillä on vähän normaalista poikkeavaa, kun mää olen yrittäjä. Tää aika, vielä on ruuhkaisinta, niin potilasta on pystynyt käyttämään aputoissa, mutta nyt siitä ei ole hirveästi ollut. Että vaikuttaa tietysti kaikki kaikkeen.”*

**Työssäkäynti ei rajoittunut** silloin, kun hyvän toipumisen johdosta potilas pääsi palaamaan takaisin työhön, puolisollla oli muita syitä olla poissa työelämästä tai puolison työssäkäynti jatkui normaalisti. Potilas palasi nopeasti toimenpiteen jälkeen takaisin omaan työhönsä ennen sairausloman loppumista kuten neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä maatilán töihin tai kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä toimistotyöhön.

Päiväkirurginen toimenpide ei rajoittanut puolison työssäkäyntiä. Puolisolla oli muita syitä olla poissa työelämästä kuten sairausloma, kesäloma, eläke tai vanhempainloma. Puolison työssäkäynti jatkui normaalisti ja potilaan toimenpide ei vaikuttanut puolison työssäkäyntiin tai työvuoroihin. Potilaan auttaminen oli mahdollista vapaapäivän puitteissa.

*Puoliso 6: ”Mun osalta työ jatkuu normaalisti. Mää olen käynyt joka päivä töissä ja vienyt lapset hoitoon. Potilas oli pari päivää pois...”*

### 5.3.4 Vaikutukset osallistumiseen kodin ulkopuolelle

Vaikutukset osallistumiseen kodin ulkopuolelle muodostui kolmesta alaluokasta: rajoittaa osallistumista kodin ulkopuolelle, ei rajoita osallistumista kodin ulkopuolelle ja perheenjäsen mahdollistaa potilaan osallistumiseen kodin ulkopuolelle.

**Perheen osallistumista kodin ulkopuolelle rajoitti** potilaan liikkumisen esteet, potilas oli enemmän kotona, toimenpide rajoitti osallistumista sosiaaliin tapahtumiin, potilas tarvitsi auttajan läsnäoloa ja auttajan töiden lisääntyminen.

Potilaan osallistumista kodin ulkopuolelle rajoittivat potilaan liikkumisen esteet. Liikkumisen esteitä olivat kykenemättömyys ajaa autoa tai polkupyörää ja apuvälineet kuten sauvat. Liikkumisen esteiden johdosta potilas ei ollut esimerkiksi päässyt käymään tyttärillään tai liikkumaan puolison mukana. Potilas vietti enemmän aikaa kotona. Leikkauksen johdosta potilas ei voinut osallistua tietynä aikana sosiaaliin tapahtumiin kuten sauna Juhannuksena, antaa kaverille muuttoapua tai voinut käydä vanhemmillaan päivittäin.

Perheen osallistumista kodin ulkopuolelle rajoitti, että potilas tarvitsi auttajan läsnäoloa ja auttajan työmäärä lisääntyi. Auttajan osallistumiseen kodin ulkopuolelle vaikutti potilaan avuntarve. Auttajan läsnäolo oli tärkeää ja koettiin, että selviytyminen kotona olisi ollut hankalampaa jos puoliso olisi ollut työssä. Potilaan toipumisaikana auttajan työmäärä lisääntyi joksikin aikaa, kun auttaja teki omat ja tarvittavat potilaan työt sekä huolehti potilaan auttamisesta.

*Puoliso 1: ”Ei potilas olisi ainakaan ensimmäiseen kolmeen päivään täällä pystynyt mitään tekee, koska se meni keppien kanssa. Mutta onhan hänkin jonkin verran kotitöitä yrittänyt tehdä, mutta yrittää luistaa niistäkin. Ja sitten koiran talutukset, siirty kokonaan mulle. Kun sen kanssa pitää aina mennä monen kilometrin lenkki. Ei siitä olisi mitään tullu keppien kanssa. Jos potilas olisi ollu yksin, olisi potilas joutunut viemään koiran hoitoon. Ja autoa ei pystynyt ajamaan muutamaan päivään. Täältäkin on 6 km suurin piirtein lähimpään kauppaan, että ei täältäkään ihan ilman autoa lähdetä. Vielä vähemmän polkupyörällä ja kävellen.”*

**Osallistuminen kodin ulkopuolelle ei rajoittunut**, kun potilas toipui hyvin ja nopeasti ja sen johdosta perheenjäsenet osallistuvat kodin ulkopuolelle kuten aikaisemminkin. Potilas oli sairasloman aikana osallistunut erilaisiin sosiaaliin tilanteisiin kuten käynyt ryhmän mukana matkalla, osallistunut kokoukseen tai työpaikan koulutustilaisuuksiin. Potilas oli myös hoitanut erilaisia asioita kodin ulkopuolella, ulkoiluttanut koiraa ja käynyt päivittäin vanhemmillaan.

Potilaan päiväkirurginen toimenpide ei rajoittanut muun perheen osallistumista kodin ulkopuolelle. Perheenjäsenet osallistuivat sosiaaliin tilanteisiin kuten aikaisemminkin. Perhe pääsi esimerkiksi mökkilomalle muiden kanssa, puoliso kävi töissä ja lapset hoidossa tai koulussa kuten aikaisemmin.

*Potilas 9: ”Ei varmaan mitenkään. Tällä viikolla meillä oli koulutustapahtumia kaksi, mää ole aika usein iltatöissä enkä pääse, eilenkin istuin kuulemassa esitelmää neljä tuntia. Meillä oli monisteet jaettu, niin se kävi ihan hyvin. Ajattelin, että ei tämä kuitenkaan niin paljon haittaa tee, kun siellä voi istua ja olla.”*

**Perheenjäsen mahdollisti potilaan osallistumiseen kodin ulkopuolelle** silloin, kun perheen apua tarvittiin potilaan pääsemisessä kodin ulkopuolelle tai perheenjäsen hoiti yhdessä potilaan kanssa asioita kodin ulkopuolella. Potilas tarvitsi perheen apua päästäkseen osallistumaan kodin ulkopuolelle, muuten potilas olisi joutunut olemaan kotona. Perheen apu autoilussa ja liikkumisessa kodin ulkopuolella, mahdollisti potilaan osallistumisen sosiaalsiin tilanteisiin. Tarvittaessa perheenjäsen hoiti yhdessä potilaan kanssa asioita kodin ulkopuolella, he kävivät kaupassa tai asioilla. Perheillä oli myös kokemuksia, että potilas ei tarvinnut apua asioiden hoidossa kodin ulkopuolella tai tarvittava apu asioiden hoitamisessa oli ollut vähäistä.

*Puoliso 5: ”Kuljetushommat on pystytty kun vähän etukäteen suunnittelee. Mää tuun, kun mulla on verstaas toisella paikkakunnalla, tulen sitten kotiin ja asioilla käydään sitten päivällä ja sitten mää menen takaisin jatkaa työpäivää.”*

TAULUKKO 4. Aineiston abstrahoinnissa muodostettu yhdistävä luokka Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä toiminnallisella, kokemuksellisella ja sosiaalisyhteisöllisellä selviytymisen alueilla

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Apu hygienian hoidossa	Perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa	Perheen apu päiväkirurgisen potilaan toiminnallisessa selviytymisessä	Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä toiminnallisella, kokemuksellisella ja sosiaalisyhteisöllisellä selviytymisen alueilla
Apu pukeutumisessa			
Apu ruuanvalmistuksessa	Perhe antaa apua kodin arkipäivän toiminnoissa		
Apu kodin ulkotöissä			
Apu lapsen hoidossa			
Apu lemmikkieläimen hoidossa			
Apu siivoamisessa ja pyykin hoidossa			
Apu potilaan kuljetuksissa	Perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa		
Apu asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella			
Perheen läsnäolo	Perhe antaa sairaanhoitoa potilaalle		
Huolenpitäminen potilaasta			
Apu haavahoidossa			
Koti on mukava paikka	Kotihoito on turvallista	Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisesta selviytymisestä	
Kotona on tuttu ympäristö			
Kotona on turvallinen hoitoympäristö			
Tuttu ihmissuhde luo turvallisuuden tunnetta			
Auttaminen kuuluu perheen normaaliin elämään	Auttaminen on osa perhe-elämää		
Auttaminen lisää perheenjäsenten työtä			
Tyytyväisyys perheen apuun			
Potilaalla on vähäinen avun tarve			
Avun tarpeen kesto vaihtelee yksilöllisesti			
Tieto helpottaa perheen auttamista			
Perheen ilmapiiri muuttuu kireämmäksi			
Perhe voi kokea läheisyyttä		Perhe hyötyy kotihoidosta	
Kotihoito helpottaa perheen elämää			
Perheen normaali elämänrytmi jatkuu		Normaali perhe-elämä säilyy	
Potilaan hyvä paraneminen tukee perheessä normaalin elämänrytmin säilymistä			

(Jatkuu)

TAULUKKO 4. (jatkuu)			
Päiväkirurgian hyvä sujuminen mahdollistaa normaalin arjen sujumisen perheessä			
Tiedon puute aiheuttaa epätietoisuutta	Epätietoisuus perheen elämässä		
Huoli toimenpiteestä paranemisesta			
Huoli ohjeiden noudattamisesta			
Huoli avun saamisesta			
Huoli toimintakyvystä tulevaisuudessa			
Huoli elämän rajoituksista			
Huolet koetaan pieniksi			
Läsnäolo	Henkistä tukea tarvitaan		
Auttavainen kohtelu			
Rajojen asettaminen			
Asioiden selvittäminen			
Kannustus			
Vuorovaikutus lisääntyy	Vaikutukset ihmissuhteisiin	Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisestä selviytymisestä	
Apua tarvitaan perheen ulkopuolelta			
Ei vaikutusta perheen ihmissuhteisiin			
Rajoittaa osallistumista harrastuksiin	Vaikutukset harrastamiseen		
Nykyisten harrastusten muuttuminen			
Perheen harrastamiseen ei tullut muutoksia			
Rajoittaa työssäkäyntiä	Vaikutukset työssäkäyntiin		
Ei rajoita työssäkäyntiä			
Rajoittaa osallistumista kodin ulkopuolelle	Vaikutukset osallistumiseen kodin ulkopuolelle		
Ei rajoita osallistumista kodin ulkopuolelle			
Perheenjäsen mahdollistaa potilaan osallistumiseen kodin ulkopuolelle			

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, koska tutkija on tutkimuksen keskeinen tutkimusväline (Eskola & Suoranta 1998, 211). Tutkijan pyrkii tutkimuksessa puolueettomuuteen ja objektiivisuuteen tulkinnoissa, mutta tutkijan luomat kehykset esim. aikaisempi tieto ja kokemukset vaikuttavat siihen, mitä tutkija havainnoi ja löytää aineistostaan (Tynjälä 1991, 390; Tuomi & Sarajärvi 2002, 131). Saatu tutkimustulos on nähtävä suhteessa tutkijaan, aikaan ja ilmiöön. Toisen tutkijan tekemänä tutkimustulos saattaisi olla toisenlainen.

Eskolan ja Suorannan (1998, 211) mukaan luotettavuuden arvion tulee koskea koko tutkimusprosessia. Laadullisen tutkimuksen arviointiperusteina Mäkelä (1990, 47–48, Raunio 1999, 326) tuo esiin aineiston merkittävyyden ja yhteiskunnallisen tai kulttuurisen paikan, riittävyden, kattavuuden ja analyysin arvioitavuuden ja toistettavuuden. Aineiston merkittävyys tarkoitti tämän tutkimuksen tavoitetta tuottaa tietoa perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä ryhmähaastattelumenetelmän avulla.

#### *Luotettavuus aineiston koon, riittävyden ja kattavuuden näkökulmasta*

Aineiston määrä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tapauskohtainen. Aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa ja saatu aineisto alkaa toistua (aineiston kylläntyminen eli saturaatio). (Eskola & Suoranta 1998, 62, 63; Raunio 1999, 328; Eskola & Vastamäki 2001, 40.) Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään pieneen määrään tapauksia ja niitä pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyden kriteeri on laatu ei määrä. (Eskola & Suoranta 1998, 18.) Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei Eskolan ja Suorannan (1998, 58) mukaan ole välitöntä vaikutusta tutkimuksen onnistumiseen. Kysymys on aina tapauksesta. Aineiston tehtävä on toimia tutkijan apuna tutkijan rakentaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä rakentamaan aineistosta teoreettisesti kestäviä näkökulmia. (Eskola & Suoranta 1998, 58.) Tässä tutkimuksessa saatiin tehtyä kaikki 10 suunniteltua perhehaastattelua. Aineistossa oli havaittavissa kylläntymistä perheen kokemuksissa päiväkirurgiasta toipumisessa.

Luotettavuuden ongelma on aineiston merkityksellisyys tutkittavan ilmiön kannalta. Kysymys on siitä, että kuvasiko aineisto kattavasti perheiden kokemuksia päiväkirurgian jälkeisestä toipumisvaiheesta kotona ja toiko aineisto esiin tutkittavan ilmiön kannalta olennaiset piirteet. Tässä tutkimuksessa haastateltiin perheitä, joissa perheenjäsenelle oli tehty päiväkirurginen toimenpide. Haastattelujankohdan vaihteluväli oli kolmannesta leikkauksen jälkeisestä vuorokaudesta seitsemänteentoista leikkauksen jälkeiseen vuorokauteen, keskiarvon ollessa 8,9 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Tämän perusteella voidaan olettaa, että päiväkirurginen toimenpide oli haastattelujankohtana vielä hyvin haastateltavien mielessä. Tutkimusaineisto muodostui erilaisten perheiden haastatteluista. Myös tuki- ja liikuntaelinalueen toimenpiteillä oli yksilölliset vaikutukset haastateltuihin perheisiin. Tutkimusasetelman avulla oli mahdollista tutkia, miten perheet kokevat päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheen kotona.

Analyysin arvioitavuus tarkoittaa, että tutkija tuo lukijan arvioitavaksi tekemänsä ratkaisut ja päätte-lynsä siten, että lukija kykenee arvioimaan tutkijan tekemiä ratkaisuja. Analyysin toistettavuus tarkoittaa, että tutkija esittää tekemänsä luokittelu- ja tulkintasäännöt niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija niitä soveltaessaan päätyisi samoihin tuloksiin. (Mäkelä 1990, 53; Tynjälä 1991, 395; Raunio 1999, 330.) Tutkijan käyttämien luokittelu- ja tulkintasääntöjen tulee olla yksiselitteisiä ja niitä on noudatettava johdonmukaisesti (Raunio 1999, 330). Tutkija on esittänyt aineistonkeruun, aineiston analyysin ja alkuperäisiä lausumia saatujen tutkimustulosten tueksi (Liite 13 ja 14). Tutkija on ollut rehellinen alkuperäisaineiston käsittelyssä, eikä ole vääristellyt aineistoa tai saatuja tuloksia. Analyysissä tutkija pyrki tuomaan esiin aineiston erilaisia sävyjä ja eroja. Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki tuomaan avoimesti esiin tutkijan tekemät ratkaisut ja perustelemaan ne, jotta lukija voi niitä seurata ja arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tekemän analyysin luotettavuutta arvioitiin 8.11.2005 seminaarissa, jossa opiskelijakollegat ja pro gradutyön ohjaaja arvioivat analyysinprosessia.

Aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta lisäsi tutkijan pitämä haastattelupäiväkirja, joka auttoi tutkijaa palauttamaan mieleen haastattelun yksityiskohtia ja ilmapiiriä (Åstedt-Kurki 1992, 32, 146–147). Haastattelihoista johtuvia virheitä vähensi, että tutkija itse suoritti ja litteroi kaikki haastattelut kokonaan heti haastattelun jälkeen nauhalta kirjalliseksi aineistoksi. Näin siirtämistarkkuus nauhoilta kirjalliseen muotoon pysyi samana. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 129-131.)

On myös pohdittava tutkimustulosten siirrettävyyttä eli missä määrin tuloksia voidaan soveltaa laajempaan perusjoukkoon (Tynjälä 1991, 390). Tulosten yleistettävyyteen vaikuttaa Eskolan ja Suo-



rannan (1998, 67–68) mukaan tutkijan aineiston perusteella tekemien tulkintojen kestävyys ja syvyys. Analyysin kattavuus tarkoittaa Mäkelän (1990, 53) mukaan, että tutkija ei perusta tulkintojaan satunnaisiin poimintoihin. Analyysin tuloksena esitetyn tulkinnan tulee lujasti päteä tutkimusaineistoon eli aineiston tulkinta on kattavaa jos se sopii useimpiin tapauksiin (Raunio 1999, 329). Tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä alustavia tulkintoja perheiden kokemuksesta eli kuvata, miten perheet kokevat päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheen kotona kyseisenä tutkimusajankohtana. Saatuja tuloksia on tarkasteltava suhteessa seuraaviin seikkoihin. Aineisto muodostui 10 perheaastattelusta, joiden tuottama aineisto oli runsas. Puhtaaksikirjoitettua aineistoa kertyi yhteensä 145 sivua ja haastattelujen keston keskiarvo oli 53,2 min. Tulosten tarkastelussa on huomattava, että perheiden elämäntilanteet vaihtelivat paljon. Perheiden elämäntilanteita ei voida verrata keskenään. Perheillä oli erilaiset mahdollisuudet osallistua perheenjäsentensä päiväkirurgisen toimenpiteen aiheuttamaan avuntarpeeseen. Myös tuki- ja liikuntaelinalueen toimenpiteillä, jotka kohdistuivat käden tai polven alueelle oli yksilöllisiä vaikutuksia perheisiin. Tehdyt toimenpiteet vaikuttavat yksilöllisesti potilaan selviytymiseen ja sitä kautta perheen kokemukseen päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheesta kotona. Saatuihin tuloksiin vaikutti osaltaan myös lyhyt tutkimusajankohta 15.6.–30.9.2005.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa haastattelutilanteiden vuorovaikutus ja ilmapiiri. Haastattelussa fyysiset, sosiaaliset ja kommunikaatioon liittyvät seikat vaikuttavat haastattelutilanteeseen (Eskola & Suoranta 1998, 86). Ryhmähaastattelu on vuorovaikutusta, jossa osapuolet vaikuttavat toisiinsa antamalla ärsykeitä, puhumalla toistensa päälle tai äänensävyillä (Pötsönen & Välimaa 1998, 13). Mielipiteet ja näkemykset tuotetaan ryhmässä. Tämä voi vaikuttaa yksittäisten haastateltavien mielipiteisiin ja kokemuksiin haastatteluun osallistumisesta. Ryhmähaastattelumenetelmä voi vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen siinä, että kaikki haastateltavat eivät haastattelutilanteessa osallistuneet aktiivisesti keskusteluun ja tuoneet esiin omia kokemuksiaan. Tutkija huomioi tämän tekemällä haastattelun aikana täsmentäviä lisäkysymyksiä ja kohdistamalla kysymyksiä hiljaisemmille haastateltaville.

#### *Luotettavuus ryhmähaastattelututkimuksen näkökulmasta*

Haastattelututkimuksen luotettavuutta voi heikentää se, että haastattelijalla ja haastateltavalla ei ole yhteistä sanastoa eli kieltä. Erilaisten sanojen ja ilmauksien käytön seurauksena voi olla väärin tulkittamista. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 48.) Tutkija huomioi mahdolliset väärin ymmärtämiset haas-

tatteluissa kiinnittämällä itse huomiota selkeään ilmaisuun ja kieleen. Tutkija pyysi myös haastateltavia tarvittaessa selventämään vastauksiaan.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti myös tutkija ja hänen kykynsä luoda luottamuksellinen vuorovaikutustilanne. Tämä vaikutti perheenjäsenten halukkuuteen ja kykyyn kuvata ajatuksiaan ja tunteitaan tutkijalle. Ryhmä voi kokea tutkijan ulkopuolisena, jonka johdosta ihmiset voivat reagoi da (toimia, puhua) tutkijan läsnä ollessa eri tavoin kuin tilanteessa jossa tutkija ei ole läsnä. Näin tutkimustulokset eivät täysin vastaa sitä, mitä tulokset olisivat luonnollisessa tutkimustilanteessa. (Raunio 1999, 285.) Tutkija pyrki vähentämään haastattelutilanteiden tutkijavaikutusta huomioimalla haastattelutilanteiden ilmapiiriä kuten myötäelämisellä, ymmärtämisellä ja avoimella vuorovaikutuksella. Haastattelutilanteet olivat pääasiassa vapautuneita ja avoimia, joissa haastateltavat uskalsivat tuoda omat mielipiteensä esille. Haastateltavat pitivät tutkijaa vieraanaan ja kohdistivat kysymyksiä myös tutkijalle.

Ryhmähaastattelussa ryhmällä voi olla kontrolloiva vaikutus (Eskola & Suoranta 1998, 96–97). Ryhmä voi vaikuttaa tutkimukseen osallistumiseen. Perheenjäsen voi joutua osallistuman tutkimukseen, koska toinen perheenjäsen haluaa sitä. Tutkimuksessa ilmeni, että joissakin haastateltavista perheissä perhe pyrki luomaan ”onnellisuusjulkisivun”, jonka avulla haastateltavat loivat tutkijalle itse haluamansa kuvan perheestään ja suojelivat perheen yksityisasiota tutkijan tietoisuudelta (Åstedt-Kurki ym. 2001). Tämä ilmeni tilanteissa, jolloin perheenjäsenet eivät uskaltaneet tuoda selkeästi esiin mielipiteitään, peläten toisen perheenjäsenen reaktiota. Toisaalta tutkimuksen luotettavuutta lisäsi ryhmän kontrolli, jolloin perheen yhteiset kokemukset tekivät käyttäytymisestä julkista ja sitä saattoi olla vaikea salailla. Yksittäinen haastateltava ei voinut kehittää aivan omaa tarinaansa perheen todellisuudesta, vaan ryhmä yhdessä kontrolloi todellisuutta ja tarua.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että kaikki haastattelut tehtiin haastateltavien eli päiväkirurgisten potilaiden ja heidän perheidensä kotona. Näin vähennettiin haastattelun tilavalinnan aiheuttamaa epävarmuutta haastateltavalle. Tämä mahdollisti haastattelussa saatavan aineiston syvällisyyden ja monipuolisuuden. Toisaalta tämä vaikutti, että tutkija ei voinut etukäteen vaikuttaa ja kiinnittää huomiota tilanvalintaan ja istumisjärjestykseen haastattelussa, vaan tilanteissa toimittiin perheiden ehdoilla. Koti haastatteluympäristönä saattoi myös ajoittain haitata haastateltavien keskittymistä itse haastatteluun. Muut perheenjäsenet ja erilaiset kodin häiriötekijät vaativat ajoittain haastateltavilta huomiota ja keskeyttivät haastattelun.

### *Luotettavuus tulosten pysyvyyden näkökulmasta*

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt tutkija-, aineisto, tai menetelmätriangulaatio (Tynjälä 1991, 392). Analyysin luotettavuutta olisi lisännyt, jos toinen tutkija olisi analysoinut saman aineiston tai toisen tutkimusmenetelmän käyttäminen sisällönanalyysin rinnalla olisi voinut parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Tämä olisi ollut aikaa vievä prosessi eikä ollut mahdollista tämän tutkimuksen puitteissa. Tässä tutkimuksessa perheet haastateltiin vain kerran. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt perheiden haastattelu useampaan kertaan tai erilaisten tutkimusmenetelmien yhdistäminen perhehaastattelun rinnalle (Åstedt-Kurki ym. 2001). Pinnallisempaa tietoa tavoiteltaessa tutkittavien elämästä voi jo yhdenkin haastattelukerran aikana saavuttaa riittävän luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen tutkijan ja haastateltavien välillä (Raunio 1999, 286). Perhehaastattelussa perheen jäsenet pyrittiin saamaan kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä riittävän monipuolisesti ja laajasti. Yksi haastattelukerta oli perusteltua, koska pitemmän ajan kuluessa tutkittava ilmiö ei ole enää niin ajankohtainen ja haastateltavien välittömässä muistissa, jolloin kokemukset saattavat muuttua. Haastateltavien lupautuminen haastatteluun myös helpottui, koska yhteen haastatteluun oli helpompi lupautua kuin pitempikestoiseen haastattelututkimukseen.

### 6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten perheet kokevat päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheen kotona. Tässä kappaleessa saatuja tuloksia tarkastellaan suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon.

#### *Potilaan toiminnallinen selviytyminen toimenpiteen jälkeinen ja perheeltä saatu apu*

Päiväkirurgisen potilaan toimenpiteen jälkeiseen toiminnalliseen selviytymiseen kotona vaikutti tehty leikkaus ja elimistön osa, johon leikkauksen vaikutukset kohdistuivat. Aikaisemmat tutkimukset tukevat nyt saatuja tuloksia. Ne osoittavat, että päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen potilas tarvitsee apua toiminnallisen selviytymisen alueella. Potilaan avun tarve on suurinta heti toimenpiteen jälkeen ja vähenee toipumisen edistyessä (Susilahti 1997, 102; Heino 2005, 90, 93). Potilaat tarvitsevat eniten apua toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, mutta potilaat tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa selviytyäkseen vielä viikon kuluttua (Heino 2005, 92).

Päiväkirurginen potilas tarvitsi perheen apua yksilöllisesti päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa niin hygienian hoidossa kuin pukeutumisessa. Hygienian hoidossa ja pukeutumisessa oli eri potilasryhmien avuntarpeessa eroja. Potilaan avuntarpeeseen vaikutti kehon osa, johon toimenpide on tehty ja toimenpiteen jatkohoito kuten kipsihoito ja erilaiset raajan käytön rajoitukset. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Käsileikkauspotilaille on jokapäiväisen hygienian hoidossa useimmiten ongelmia kotona (Hovi 2003, 64). Niin ikään potilailla on vaikeuksia pukeutumisessa, riisuutumisessa tai peseytymisessä (Petticrew ym. 1995, 186; Ruuth-Setälä 1997, 54; Susilahti 1997, 101, 102; Alho & Nylund 2002, 66–68; Siekkinen 2003, 62). Vaikeudet kuitenkin helpottavat kolmanteen postoperatiiviseen päivään mennessä (Horvath 2003). Potilaat ovat saaneet omaisilta apua henkilökohtaisen hygienian hoidossa (Kunttu 2001, 34; Heino 2005, 92).

Päiväkirurginen potilas tarvitsi perheeltään apua kodin arkipäivän toiminnoissa kuten ruuan valmistuksessa, kodin ulkotöissä, lapsen hoidossa, lemmikkieläimen hoidossa, siivoamisessa ja pyykin hoidossa. Aikaisemmat tutkimukset tukevat nyt saatuja tuloksia. Eräs syy ottaa yhteyttä sairaalaan kotiutumisen jälkeen on, että potilas ei kykene valmistamaan aterioita itselle ja / tai muille (Ruuth-Setälä 1997, 53). Potilailla on vaikeuksia pestä pyykkiä (Horvath 2003). Osalla päiväkirurgisista potilaista on vaikeuksia huolehtia kotiaskareistaan kuten siivouksesta, kaupassa käynnistä ja ruuanlaitosta (Ahde 1997, 64; Susilahti 1997, 101; Cox & O'Connell 2003; Hovi 2003, 64). Potilailla on myös vaikeuksia osallistua lastenhoitoon (Susilahti 1997, 101; Barthelsson ym. 2003, Cox & O'Connell 2003; Siekkinen 2003, 63). Heinon (2005, 91) tutkimuksessa päiväkirurginen potilaan perhe antoi apua ruoan valmistuksessa, siivouksessa, lastenhoidossa ja kotieläinten hoitamisessa. Omaista tai perhettä tarvitaan potilaan avustamisessa ja kotitaloustöissä (Hiltunen 1995, 23, 25; Kunttu 2001, 34; Larjama 2001, 42; Coxin & O'Connell 2003). Omaisen läsnäoloa tarvitaan varmistamaan potilaan selviytymistä (Coxin & O'Connell 2003).

Päiväkirurgisilla potilailla ilmeni toimenpiteen jälkeen vaikeuksia omassa liikkumisessa ja asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella. Perheeltä tarvittiin apua potilaan kuljettamisessa ja asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella. Monissa aikaisemmissa tutkimustuloksissa potilailla todetaan vaikeuksia liikkumisessa (Petticrew ym. 1995, 186; Ahde 1997, 64; Susilahti 1997, 102; Raappana 2001, 47-48; Alho & Nylund 2002, 66–68; Cox & O'Connell 2003; Hovi 2003, 64; Siekkinen 2003, 62). Liikkumisen lisäksi potilailla on vaikeuksia suorittaa muitakin roolitoimintoja kuten käydä kaupassa tai työskennellä kodin ulkopuolella (Horvath 2003; Cox & O'Connell 2003). Potilas tarvitsee perheeltä apua liikkumisessa ulkona ja kotona tai asioiden hoitamisessa kuten kauppa-asioissa ja

apteekkiasioissa (Hiltunen 1995, 23; Paunonen 2000, 52; Kunttu 2001, 34; Larjama 2001, 42, Heino 2005, 91).

Päiväkirurgisen potilaan perhe antoi tarvittaessa potilaalle sairaanhoitoa. Perheen antama sairaanhoito ilmeni tutkimuksessa perheen läsnäolona, huolenpitona ja apuna haavahoidossa. Aikaisemmat tutkimukset (Cox & O`Connell 2003; Hovi 2003, 64; Siekkinen 2003, 62) vahvistavat, että päiväkirurgisilla potilailla on vaikeuksia selviytyä leikkausalueen hoidosta kuten haavahoidosta ja sidonnasta. Tutkimukset vahvistavat, että päiväkirurginen potilas tarvitsee apua perheeltään haavahoidossa tai lääkityksestä huolehtimisessa. Esimerkiksi perheen tai omaisten apua tarvittiin potilaan leikatun silmän hoidossa (Kunttu 2001, 34; Larjama 2001, 41, 42). Niin ikään osa omaisista auttoi potilasta huolehtimaan lääkityksestä (Hiltunen 1995, 23). Potilaan tarvitseman sairaanhoidon määrään vaikuttaa potilaan ikä ja toimintakyky, tehty toimenpide ja sen jatkohoito.

#### *Hoito kotona koetaan turvallisena ja ylläpitää perheen normaalia elämänrytmiä*

Perheet kokivat kotihoidon turvallisena. Koti oli mukava, tuttu ja turvallinen hoitoympäristö, jossa tuttu ihmissuhde loi turvallisuuden tunnetta. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joissa muun muassa päiväkirurginen potilas tuntee olonsa turvallisiksi kotiutuessaan (Heino 2005, 85). Potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta lisää puolison, omaisen tai ystävän läsnäolo (Larjama 2001, 41). Turvallisuuden tunteeseen liittyy, että potilaat kokevat itsensä hoitamisen kotona päiväkirurgian jälkeen enimmäkseen vaivattomana (Laamanen 1998, 58, 62-64; Susilahti ym. 2003, 334). Potilaan hyvää toipumista päiväkirurgiasta kuvaa myös se, että osalla potilaista ei ole omasta mielestään tarvetta saada keneltäkään apua toimenpiteen jälkeen kotona (Hovi 2003, 62; Heino 2005, 92).

Päiväkirurgisen potilaan auttaminen toimenpiteen jälkeen koettiin osaksi perheen normaalia elämää ja potilaat olivat tyytyväisiä perheen apuun. Myös aikaisemmat tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Omaiset kokevat potilaan selviytymisen tukemisen ja hoitoprosessin myönteisesti (Kunttu 2001, 34, 56). Läheisen ihmisen auttaminen koetaan helpoksi ja luonnolliseksi asiaksi. Potilaat, joilla on mahdollisuus saada hoitoa omaiseltaan, pitävät omaista toipumisen kannalta tärkeänä. Potilaat arvostavat omaisiltaan saamaansa niin fyysistä kuin emotionaalista hoitoa. (Cox & O`Connell 2003.)

Kotihoito voi vaikuttaa perheen ilmapiiriin. Perhe voi kokea läheisyyttä, koska sairausloman johdosta potilas oli enemmän kotona ja perheen yhdessäolo lisääntyi. Potilaan kotona oleminen mahdollisti myös seuran muille perheenjäsenille. Myös Sarajärven ym. (2001, 34) tutkimuksessa perheen sairauden vaikutus sosiaalisiin suhteisiin ilmeni keskinäisten suhteiden lähentymisenä. Perhe-elämää voi toisaalta haitata, että perheen ilmapiiri voi muuttua myös kireämmäksi. Toipumisen aikana kotona joillakin potilailla esiintyi ärtyisyyttä, riitaa ja komentelua. Syytä tähän on haettava potilaan yksilöllisestä ja viivästyneestä sopeutumisesta tilanteeseen. Potilaan kotihoito voi vaikuttaa myös auttajan mielenmalttiin. Auttaja voi kokea väsymystä ja auttamisen vaikeana (Kunttu 2001, 34).

Tutkimus tuo uutta tietoa siinä, että huolimatta potilaan päiväkirurgisesta toimenpiteestä, perhe kokee normaalin perhe-elämän säilyvän. Normaali elämänrytmi ja arki jatkuivat perheessä ilman suuria muutoksia. Potilaan hyvä paraneminen mahdollisti normaalin elämänrytmin säilymisen perheessä. Myös Heinon (2005, 92) tutkimuksessa postoperatiivinen toipuminen on potilaan ja perheenjäsenen mielestä useimmiten hyvää. Perheen elämää helpottaa, että päiväkirurgisella potilaalla on vähäinen avun tarve ja avun tarpeen kesto vaihtelee yksilöllisesti. Potilaan avun tarpeeseen vaikuttaa hoidossa tarvittavat apuvälineet, sidokset tai tuet (Siekkinen 2003, 61, 68). Potilaat pyrkivät selviytymään mahdollisimman itsenäisesti (Larjama 2001, 42). Itsenäiseen selviytymiseen liittyy potilaan selviytyminen ilman yhteydenottoa toimenpideyksikköön tai ilman ulkopuolista apua (Ahde 1997, 64; Marttila & Piekkola 1997, 50; Heino 2005, 85).

#### *Tieto ja ohjaus tukevat potilaan ja perheen selviytymistä*

Tiedon puute lisäsi perheen kokemaa toimenpiteen jälkeistä epätietoisuutta. Tiedon puute ilmeni huolena paranemisesta, ohjeiden noudattamisesta, avun saamisesta, toimintakyvystä tulevaisuudessa ja elämän rajoituksista. Huolet koettiin kuitenkin pieniksi. Ohjaus on keino vaikuttaa koettuun epätietoisuuteen ja päiväkirurgisen potilaan selviytymiseen kotona toimenpiteen jälkeen. Potilaan kykyyn omaksua nopeasti uusia asioita vaikuttaa leikkaus, anestesia, lyhyt hoitokäynti ja vieras ympäristö. Huomattavaa kuitenkin on, että potilaalla voi olla toimenpiteen jälkeen vaikeuksia muistaa saatua ohjausta (Law 1997; Barthelsson ym. 2003, Dewar ym. 2003).

Päiväkirurgiset potilaat kokivat tarvitsevansa enemmän tietoa ja opetusta. Päiväkirurgiassa on pohdittava keinoja tehostaa potilasohjausta. Cox ja O'Connell (2003) mukaan potilailla on vaikeaa ymmärtää mikä on ”normaalia” toipumista missäkin vaiheessa. Potilaat kokevat epäselvyyttä päivit-

täisten toimintojen suorittamisessa, mitä saa tehdä ja mitä ei saa tehdä (Larjama 2001, 34). Potilaat kaipaavat enemmän tietoa kirurgisesta hoidosta, perioperatiivisesta hoitoprosessista ja toipumisesta kotona (Costa 2001; Siekkinen 2003, 64). Koivusalo (2003, 68, 69) korostaa potilaiden tarvitsevan tietoa, jonka avulla he itse pystyisivät osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja toteuttamaan hoitoa kotona. Potilaat tarvitsevat enemmän konkreettista tietoa ja taitojen opetusta (Hovi 2003, 65), tietoa liittyen kuntoutukseen, leikkausalueen hoitoon, leikkauksen jälkeiseen paranemiseen ja kotona selviytymiseen (Bradshaw ym. 1999; Hovi 2003, 64). Erityisesti tieto auttaa omaisia olemaan potilaan tukena ja ratkaisemaan ongelmatilanteita sekä vähentää potilaan jännitystä, pelkoa sekä tyytymättömyyttä (Mäkelä 1996, 85). Vaikka kotona ei ilmene ongelmia, potilaat kokevat tarvitsevansa kotona toimenpiteen jälkeen runsaasti tietoa ja ohjeita, myös sellaisia, joita kotihoito-ohjeissa ei ole (Alho & Nylund 2002, 75).

### *Perheen antama emotionaalinen ja sosiaalisyhteisöllinen tuki potilaalle*

Perheen antama henkinen tuki päiväkirurgiselle potilaalle ilmeni läsnäolona, auttavaisena kohteluna, rajojen asettamisena, asioiden selvittämisenä ja kannustamisena. Emotionaalinen tuki on aikaisemmissa tutkimuksissa ollut perheen tarjoamaa rohkaisua (Hiltunen 1995, 25; Larjama 2001, 38), keskustelua, läsnäoloa (Hiltunen 1995, 25), kannustusta (Kunttu 2001, 47; Larjama 2001, 38), kuuntelua, asioiden selvittämistä ja rajojen asettamista (Kunttu 2001, 47), potilaan hyvää kohtelua (Larjama 2001, 38) ja psyykkistä tukea (Siekkinen 2003, 63). Kotihoidon aikana potilas tarvitsi perheeltään emotionaalista tukea. Osalle potilaista itsensä hoitaminen kotona voi aiheuttaa avuttomuuden tunnetta, stressiä, pelkoa tai turhautumista (Laamanen 1998, 64). Henkiset ongelmat liittyvät Hovin (2003, 61–64) mukaan potilaiden omaan jaksamiseen kotona. Myös toimenpiteen jälkeen lievittymätön kipu aiheuttaa avuttomuutta ja voimattomuutta (Raappana 2001, 47).

Perheen kokemukset toimenpiteen vaikutuksista sosiaalisyhteisöllisellä selviytymisen alueella olivat tämän tutkimuksen perusteella yksilöllisiä, eikä niiden perustella voi tehdä johtopäätöksiä päiväkirurgian vaikutuksista perheiden ihmissuhteisiin, harrastamiseen, työssä käymiseen tai osallistumiseen kodin ulkopuolelle. Päiväkirurgia voi lisätä perheen vuorovaikutusta ja perhe voi tarvita apua oman perheen ulkopuolelta, mutta päiväkirurgia voi olla myös vaikuttamatta perheen ihmissuhteisiin. Harrastamisessa päiväkirurgia vaikutti lähinnä potilaan harrastuksiin ja sitä kautta se voi vaikuttaa myös perheen yhteisiin harrastuksiin. Päiväkirurgia rajoitti tai mahdollisti perheen työssäkäynnin. Päiväkirurgia voi rajoittaa potilaan ja auttajan osallistumista kodin ulkopuolelle. Potilaan osallistumista kodin ulkopuolelle haittasi liikkumisen esteet. Kotona auttajan työt lisääntyvät ja aut-

tajan läsnäoloa tarvittiin enemmän. Perheenjäsen mahdollisti myös potilaan sosiaalisen osallistumisen kodin ulkopuolelle antamalla apua autoilussa ja liikkumisessa kodin ulkopuolella.

### *Potilaan ja perheen selviytyminen toimenpiteen aiheuttamassa stressitilanteessa*

Perhehoitotieteessä stressi on nähty seurauksena kyvyttömyydestä vastata stressitekijän tai muihin havaittuihin vaatimuksiin (Friedman ym. 2003, 465). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella päiväkirurgisen potilaan hänen perheensä elämässä stressitekijöiksi voi muodostua perheessä koettu epätietoisuus, perheen ilmapiirin muuttuminen kireämmäksi, perheenjäsenen työn lisääntyminen, huoli tulevaisuuden toimintakyvystä voi johtaa perheessä taloudellisen stressin kokemiseen ja koti voi aiheuttaa ympäristöstä johtuvaa stressiä.

Perheen selviytymisprosessi lujittaa perheen yhteenkuuluvuutta ja vähentää stressitekijän vaikutusta. Tämän tutkimuksen perusteella päiväkirurgisen potilaan perheen selviytymiskeinojen tavoitteena oli koettujen ongelmien hallitseminen ja muuttaminen sekä tunteiden hallinta (Lazarus & Folkman 1984, 150; Folkman & Lazarus 1988, 310; Eriksson & Lauri 2000, 48–49). Koettujen ongelmien hallitseminen ja muuttaminen ilmeni tutkimuksessa perheen antamana toiminnallisena apuna päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä. Ongelmien hallitsemisessa ja muuttamisessa perhe sai tarvittaessa apua myös oman perheen ulkopuolelta. Koettujen ongelmien aiheuttamien tunteiden hallinnassa perhe auttoi päiväkirurgista potilasta läsnäololla, auttavaisella kohtelulla, rajojen asettamisella, asioiden selventämisellä ja kannustamisella.

Perheiden kokemuksissa ilmeni perheen sopeutuminen stressitekijän vaatimuksiin. Tarvittaessa saatu sosiaalinen tuki tukee Lazarus ja Folkmanin (1984, 259) mukaan yksilön selviytymiseen liittyvää mukautumista. Tässä tutkimuksessa potilaan selviytymistä tukevia voimavaroja olivat perhe ja koti. Koti mukavana, tuttuna ja turvallisena paikkana helpotti sopeutumista. Perhe auttoi päiväkirurgista potilasta toiminnallisen selviytymisen alueella erilaisten yksilöllisten ongelmanratkaisustrategioiden avulla. Tuttu ihmissuhde koettiin tuovan turvallisuuden tunnetta, perheen kotihoito koettiin turvallisena ja auttaminen koettiin osaksi perheen elämää. Sopeutumista helpottavia tilannetekijöitä olivat myös potilaan vähäinen avun tarve, kokemus normaalin perhe-elämän säilymisestä, potilaan nopea paraneminen ja päiväkirurgian hyvä sujuminen. Perheen sosiaalisyhteisöllisen selviytymisen alueella ei tuloksissa korostunut päiväkirurgisen toimenpiteen aiheuttama haitta. Vaikutukset sosiaalisyhteisöllisen selviytymisen alueella koettiin lyhytaikaisiksi, potilaan elämäntilanteeseen hetkisesti kuuluviksi ja niiden ei koettu rajoittavan liikaa muun perheen osallistumista. Tyyty-



väisyys perheen apuun oli tässä tutkimuksessa persoonallisuustekijä, joka helpotti perheen sopeutumista päiväkirurgian aiheuttamiin vaatimuksiin.

Tässä tutkimuksessa saadut tutkimustulokset kuvaavat kokemuksia perheissä, joissa ilmapiiri oli hyvä, mikä puolestaan mahdollisti tutkijan pääsyn haastattelemaa perhettä heidän elämästään. Ilmapiiri oli perheissä avoin ja siitä välittyi perheenjäsenten läheiset välit. Parisuhteen laatu oli avoin ja luottavainen, potilaat kokivat saavansa tarvitsemansa avun puolisoiltaan. Perhe nähtiin tärkeänä toimenpiteen jälkeisessä selviytymisessä kotona. Haastatteluun osallistuivat perheet olivat läsnä potilaan toipumisessa ja potilas ei jäänyt ilman perheen huomiota. Tämän tutkimuksen tulokset eivät kuvaa yksinäisten, perheettömien tai niiden potilaiden selviytymistä, jotka eivät saa perheeltään tarvitsemaansa tukea.

### 6.3 Johtopäätökset

1. Päiväkirurginen potilas tarvitsee perheen apua toimenpiteen jälkeisessä selviytymisessä kotona. Perhe antaa apua potilaan päivittäisessä henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa auttamalla potilasta hygienian hoidossa ja pukeutumisessa. Perhe antaa potilaalle apua kodin arkipäivän toiminnoissa kuten ruuanvalmistuksessa, kodin ulkotöissä, lapsen hoidossa, lemmikkieläimen hoidossa, siivoamisessa ja pyykin hoidossa. Perhe auttaa potilasta kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa ja kuljetuksissa. Perheen antama sairaanhoito potilaalle on läsnäoloa, huolenpitoa ja apua haavahoidossa.
2. Perhe kokee kotihoidon turvallisenä. Perhe kokee normaalin perhe-elämän säilyvän huolimatta potilaan päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Potilaan auttaminen kuuluu osana perhe-elämään. Perhe voi myös kokea hyötyä potilaan kotihoidosta.
3. Tiedon puute aiheuttaa epätietoisuutta perheen elämässä. Tiedon puute ilmenee huolena paranemisesta, ohjeiden noudattamisesta, avun saamisesta, potilaan toimintakyvystä tulevaisuudessa ja elämän rajoituksista. Päiväkirurgisen potilaan ohjausta edelleen kehittämällä ja tehostamalla voidaan vähentää perheiden kokemaan epätietoisuutta.
4. Potilas tarvitsee henkistä tukea perheeltään. Perheen antama henkinen tuki päiväkirurgiselle potilaalle on läsnäoloa, auttavaista kohtelua, rajojen asettamista, asioiden selvittämistä ja kannustusta.

5. Päiväkirurgisella toimenpiteellä on yksilölliset vaikutukset perheiden ihmissuhteisiin, harrastamiseen, työssäkäyntiin ja osallistumisen kodin ulkopuolelle.

#### 6.4 Tutkimustulosten merkitys päiväkirurgiselle hoitotyölle

Tutkimustulokset osoittivat, että päiväkirurginen toimenpide vaikutti perheen elämään. Päiväkirurginen potilas tarvitsee kotona perheeltä yksilöllisesti toiminnallista apua ja henkistä tukea päivittäistä toiminnoista selviytymisessä. Päiväkirurgian jälkeen potilaan tarvitsema apu perheeltä on otettava huomioon, kun suunnitellaan päiväkirurgiaa eri-ikäisille potilasryhmille tai eri kirurgian erikoisaloille. Potilaan onnistunut ja turvallinen toipuminen päiväkirurgian jälkeen edellyttää, että potilas saa tarvitsemansa avun kotonaan. Tutkimustulokset eivät tue päiväkirurgian laajentamista koskemaan yksinäisiä tai perheettömiä potilaita, joilla ei ole kotona apua saatavilla.

Tutkimustulokset osoittivat, että perheet kokivat päiväkirurgisen toimenpiteen ja potilaan hoidon kotona myönteisesti. Perheet kokivat tärkeänä, että perheen normaali elämä jatkuu, eikä potilaan hoito häiritse perheen arkipäivän elämää. Tämä on huomioitava päiväkirurgisessa hoitotyössä, erityisesti hoidettaessa potilaita, joiden toipumisaikaan liittyy paljon toiminnallisia rajoituksia kuten apuvälineiden tarvetta. Perheen saama ohjaus ennen toimenpidettä edistää toimenpiteen jälkeiseen tilanteeseen sopeutumista. Perheellä tulee olla mahdollisuus etukäteen valmistautua toimenpiteen jälkeiseen aikaan kotona, näin voidaan tukea perhe-elämän mahdollisimman normaalia jatkumista toimenpiteen jälkeen.

Potilaiden yksilöllinen tiedontarve edellyttää keinoja kehittää päiväkirurgista potilasohjausta. Tiedon puute haittaa perheen sopeutumista toimenpiteen jälkeiseen aikaan kotona. Perheessä koettu epätietoisuus on ongelma, koska potilas kokee epätietoisuutta juuri omaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilas ei usein tiedä minne ja koska voi ottaa yhteyttä tai minkälaisissa tilanteissa apua voi hakea. Päiväkirurgiassa on kehitettävä edelleen potilasohjausta, jotta voidaan paremmin vastata potilaiden yksilölliseen tiedontarpeeseen. Ohjauksen avulla voidaan tukea potilaan ja perheen hoidon onnistumista.

## 6.5 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimuksella tulisi selvittää laajemmin päiväkirurgisten potilaiden selviytymistä kotona myös eri potilasryhmissä kuin tuki- ja liikuntaelin kirurgiassa. Laajan lomakekyselyn avulla voidaan tutkia eri potilasryhmien välisiä eroja selviytymisessä toimenpiteen jälkeen ja perheeltä tarvittavaa apua.

Jatkotutkimushaaste liittyy myös päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen. Päiväkirurgisen potilaan ohjauksella voidaan tukea potilaan selviytymistä toimenpiteen jälkeen kotona. Jatkotutkimushaasteena onkin tutkia, minkälainen ohjaus hyödyttää potilaita parhaiten toipumisvaiheen aikana kotona. Tutkimuksen avulla voisi myös selvittää, onko lisätyllä ohjauksella vaikutusta perheiden kokemaan epätietoisuuteen.

## Lähteet

- Ahde, M. 1997. Gynekologisen potilaan tiedonsaanti, komplikaatiot, tyytyväisyys ja selviytyminen kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen julkaisuja M 130. Pro gradu-tutkielma. Helsinki.
- Aho, A., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Hoitotieteellinen tutkimus ja sen haasteet Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 16 (6), 274–277.
- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampere.
- Alanko, A., Hulkko, A., Ilonen, C., Kekomäki, M., Kiviluoto, H., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Lahtinen, J., Linnakko, E., Myllynen, P., Niinimäki, T., Permi, J., Vainio-Mattila, J. & Ylöstalo, P. 1990. Lyhythoitaisen kirurgian periaatteet ja toteutuminen eri erikoisaloilla. Lääkintöhallituksen julkaisuja 170. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito-ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampere.
- Bain, J., Kelly, H., Snadden, D. & Staines, H. 1999. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Quality in Health Care* 8 (2), 86-91.
- Barthelsson, C., Lutzen, K., Anderberg, B. & Nordström, G. 2003. Patients` experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (2), 253-259.
- Bernier, M. J., Sanares, D. C., Owen, S. V. & Newhouse, P. L. 2003. Preoperative Teaching Received and Valued in a Day Surgery Setting. *AORN Journal*, 77 (3), 563-564, 566, 568-569, 571-572, 575-578, 581-582.
- Bradshaw, C., Pritchett, C., Bryce, C., Coleman, S. & Nattress, H. 1999. Information needs of general day surgery patients. *Ambulatory Surgery*, 7 (1), 39-44.
- Brumfield, VC., Kee, CC. & Johnson, JY. 1996. Preoperative patient teaching in ambulatory surgery settings. *AORN Journal*, 64 (6), 941, 943-6, 948.
- Caldwell, LM. 1991. The influence of preference for information on preoperative stress and coping in surgical outpatients. *Applied Nursing Research* 4 (4), 177-183.
- Costa, M. 2001. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal* 74 (6), 874-876, 878-881.
- Cox, H. & O`Connell, B. 2003. Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. *Ambulatory Surgery*, 10 (3): 114-121.
- Dewar, A., Craig, K., Muir, J. & Cole, C. 2003. Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Ambulatory Surgery*, 10 (2), 81-88.

- Eriksson, E. & Lauri, S. 2000. Potilaan selviytymisprosessi Teoksessa. Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.). 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY. Helsinki.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa. Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Gummerus Oy. Jyväskylä. 24- 42.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. 1988. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine* 26 (3), 309-317.
- Fox, V. 1998. Postoperative Education That Works. *AORN Journal*, 67 (5), 1010-1017.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. & Jones, E. G. 2003. Family Nursing research, theory, and practice. Fifth edition. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenten näkökulmasta. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 1077. Tampere.
- Hiltunen, R. 1995. Päiväkirurgisen kaihipotilaan omaisen tiedon ja ohjauksen tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Turku.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. 7. painos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Hirth, AM. & Stewart, MJ. 1994. Hope and social support as coping resources for adults waiting for cardiac transplantation. *Canadian Journal of Nursing Research* 26 (3), 31-48.
- Horvath, KJ. 2003. Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 18 (5), 324-334.
- Hovi, P-R. 2003. Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampere.
- Koivusalo, A-M. 2003. Päiväkirurgisen potilaan tyytyväisyys hoitoonsa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Turku.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 974. Tampere.
- Kopp, M., Bonatti, H., Haller, C., Rumpold, G., Söller, 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.

- Koskinen, L. & Jokinen, P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13 (6), 301–309.
- Kulik, J.A. & Mahler, H.I. 1989. Social support and recovery from surgery. *Health Psychology* 8 (2), 221-38.
- Kunttu, I. 2001. Omainen päiväkirurgisen kaihipotilaan selviytymisen tukijana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Turku.
- Kuusiniemi, K. 1997. LYHKI- potilas anestesiologin näkökulmasta. Teoksessa. Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.). Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes. Raportteja 210. Gummerus Oy. Jyväskylä. 39–48.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Laamanen, P. 1998. Lyhytjälkihoitoisen kirurgisen potilaan käsityksiä saamastaan tiedosta ja saadun tiedon hyödyllisyys. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Hoitoala. Pro gradu- tutkielma. Helsinki.
- Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Suomen kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Lahtinen, J. & Valanne, J. 1998. Kenelle päiväkirurgia soveltuu? *Suomen Lääkärilehti* 53(6), 543- 547.
- Law, M-L. 1997. A telephone survey of day-surgery eye patients. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), 355-363.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company. New York.
- Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Mitä on olla LYHKI-potilaana? Teoksessa. Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) 1997. Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes. Raportteja 210. Gummerus. Jyväskylä. 17–38.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Stakes. Raportteja 68. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Nyky-suomen sanakirja osa 3. 1980. Seitsämäs painos. Porvoo. WSOY.
- Marttila, M. & Piekkola, S. 1997. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampere.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Mitchell, M. 1999. Patients` s preceptions of day surgery: A literature review. *Ambulatory Surgery*, 7 (2), 65-73.

- Mitchell, M. 2000. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery*, 8 (1), 19-29.
- Mitchell, M. 2003. Impact of discharge from day surgery on patients and carers. *British Journal of Nursing* 13 (7), 402-408.
- MOT-Kielikone 2004. MOT Enteka Englanti-Suomi 3.0. MOT Englanti 4.0 suomi-englanti. MOT Ruotsi 2.0 suomi-ruotsi. Luettavaissa www-muodossa <URL: <http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe>. Luettu 19.11.2004
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Painokaari Oy. Helsinki. 42–61.
- Mäkelä, S. 1996. Tiedonsaanti ja tiedontarve lyhytoitoisen kirurgisen potilaan omaisella. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Turku.
- Paavilainen, E., Seppänen, S. & Åstedt-Kurki, P. 2001. Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. *Journal of Clinical Nursing* 10(2), 230-237.
- Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 11 (3), 119–127.
- Paunonen, T. 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa. Laadullinen tutkimus päiväkirurgisen polventähystyspotilaan kokemuksista, odotuksista ja tarpeista hoitoketjun eri vaiheissa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylä.
- Perälä, M-L., Hernesniemi, P. & Rääkkönen, O. 1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. *Hoitotiede* 11 (1), 13-21.
- Petticrew, M., Black, N.A. & Moore, L. 1995. Day surgery dilatation and curettage: patients' experiences. *Ambulatory Surgery* 3 (4), 185–188.
- Pietilä, A-M., Meriläinen, P., Tossavainen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Preventiivinen hoitotiede – yksilö, yhteisö ja kulttuuri terveyden tutkimuksessa. *Hoitotiede* 11 (6), 325–333.
- Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, 2005. Saatavissa www -muodossa: <URL:<http://www.pshp.fi/piiri/index.htm> (Luettu 3.9.2005).
- Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31 Suppl. (1), 4-14. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja.

- Pöntsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja. Jyväskylän yliopistopaino, ER-Paino Oy. Jyväskylä.
- Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Kuopio.
- Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus. Helsinki.
- Ruuth-Setälä, A. 1997. Mistä apua, tukea tai seuraa? Lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden yhteydenotot ja niiden syyt toipumisvaiheessa kotona. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Turku.
- Sarajärvi, A., Majasaari, H. & Holkko, M. 2001. Perhehoitotyön toteutuminen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä perhehoitotyön nykytilanteesta Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgisessa yksikössä. Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Julkaisusarja A: Tutkimukset. Seinäjoki.
- Schoessler, M. 1989. Perceptions of pre-operative education in patients admitted the morning of surgery. *Patient Education and Counselling*, 14 (2), 127-136.
- Suomen kielen perussanakirja. Kolmas osa S-Ö. 1994. Kotimaisen kielen tutkimuskeskus. Helsinki. Valtion painatuskeskus.
- Siekkinen, P. 2003. Päiväkirurgisten potilaiden ohjaus ja kotona selviytyminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu- tutkielma. Oulu.
- Sulkunen, P. 1990. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa. Mäkelä, K. (toim.) 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Painokaari Oy. Helsinki. 264-285.
- Sundman, E. (toim.) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tammi. Helsinki.
- Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) 1997. Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes. Raportteja 210. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Susilahti, H. 1997. Vaivaton toipuminen – totta vai kuvitelmaa. Lyhytjälkihoitoisten kirurgisten potilaiden käsityksiä toipumisestaan kotona. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma. Turku.
- Susilahti, H., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 2004. Recovery of Finnish Short-Stay Surgery Patients. *MEDSURG Nursing* 13 (5), 326-335.
- Synonymisanakirja 1989. Jäppinen, H. (toim.). WSOY. Porvoo.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.
- Tuominen, M. 1999. Tiedontarve, tiedon merkitys ja sen välittyminen päiväkirurgisella potilaalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Turku.



- Turunen, H., Paukkunen, L., Tossavainen, K. & Taskinen, H. 1996. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. *Hoitotiede* 8 (4), 194–202.
- Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Helsinki. 26–34.
- Viitamäki, R. 1995. Päiväkirurgisen toimintaohjelman arviointi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampere.
- Välimaa, R. & Mäntyranta, T. 1998. Yhteenveto ja suositukset. Teoksessa. Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja*. 75-83.
- Willis, C.E., Watson, J.D., Harper, C.V. & Humphreys, W.G. 1997. Does day surgery embarrass the primary health care team? An audit of complications and consultations. *Ambulatory Surgery* 5 (2), 71-75.
- Young, J., O'Connell, B. & McGregor, S. 2000. Day surgery patients`convalescence at home: Does enhanced discharge education make a difference? *Nursing and Health Sciences* 2, 29-39.
- Yount, S. & Schoessler, M. 1991. A description of patient and nurse perceptions of preoperative teaching. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 6 (1), 17-25.
- Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 349. Tampere.
- Åstedt-Kurki, P. & Hopia, H. 1996. The family interview: exploring experiences of family health and wellbeing. *Journal of Advanced Nursing* 24 (3), 506-511.
- Åstedt-Kurki, P. Hopia, H. & Vuori, A. 1999. Family health in everyday life: a qualitative study on well-being in families with children. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 704-711.
- Åstedt-Kurki, P. & Paunonen, M. 1999. Perhehoitotieteen tulevaisuuden näkymiä. *Hoitotiede* 11 (6), 340–345.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Lehti, K. 2001. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 288-293.

## Liite 1.

TAULUKKO 1. Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan ja omaisten tiedon tarpeesta ja ohjauksesta.

Tekijä(-t)/ julkaisuvuosi/ maa.	Tutkittava asia	Tutkimusmenetelmä Kohderyhmä Otoskoko	Keskeiset tulokset
Schoessler, M. 1989. USA	Tutkia potilaiden havaintoja preoperatiivisen ohjauksen ulottuvuuksien tärkeydestä ja selvittää mikä on paras ohjauksen ajankohta leikkauksena.	Kysely.  Päiväkirurgisia potilaita. N=116.	Potilaat pitivät kohtuullisen tärkeänä saada tietoa kaikilta preoperatiivisen ohjauksen ulottuvuuksilta. Tärkeimpinä ulottuvuuksina pidettiin psykososiaalista tukea ja tilanteeseen liittyvää tietoa. Potilaat halusivat tietoa saavuttuaan sairaalaan ja odotellessaan toimenpiteeseen pääsyä.
Yount, S. & Schoessler, M. 1991. (USA.)	Kuvata potilaiden ja hoitajien havaintoja preoperatiivisesta opetuksesta. (Päiväkirurgisia.)	Kysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät.  Leikkauksen läpikäyneitä potilaita n=116 ja sairaalassa työskenteleviä hoitajia n=159.	Potilaat arvioivat tiedon tärkeyden ja tiedon saamisen välille kohtuullisen tärkeä ja tärkeä. Vähiten merkityksellisenä potilaat kokivat ohjausympäristön. Parhaana ohjauksen ajankohtana potilaat pitivät aikaa sairaalaan saapumisen ja toimenpiteeseen pääsyn välillä. Tilastolliset testit (t-testi) osoittivat potilaiden antavan psykososiaaliselle tuelle ja taitojen harjoittelulle vähäisemmän merkityksen kuin hoitajat. Tiedolle epämukavista aistimuksista potilaat antoivat suuremman merkityksen kuin hoitajat.
Brumfield, VC. ym. 1996. USA.	Tunnistaa päiväkirurgisten potilaiden ja hoitajien tarpeita preoperatiivisen opetuksen sisältöön.	Lomakekysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät  Laparoskopisessa toimenpiteessä olleita päiväkirurgisia potilaita n=30 ja sairaanhoitajia n=29.	Potilaat arvostivat eniten tilanteeseen liittyvän tiedon sisältöä (toiminnoista ja tapahtumasta kertomista). Hoitajat arvostivat eniten psykososiaalista tukea (huolien ja murheiden käsittelyä). Potilaat halusivat tietoa ennen päiväkirurgista toimenpidettä. Hoitajien mielestä joitakin asioita voidaan opettaa toimenpiteen jälkeen.
Mäkelä, S. 1996. Suomi.	Kuvata ja selvittää lyhytoitoisen kirurgisen potilaan omaisten tiedonsaantia ja tiedontarvetta potilaan sairaalassa tapahtuvan hoitoprosessin ajalta.	Kysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät ja sisällönanalyysi.  Lyhytkirurgisesti leikattujen potilaiden omaiset. N=81.	Omaiset olivat saaneet vähän tietoa koko potilaan hoitoprosessin aikana. Tiedonsaanti koettiin tärkeäksi. Osa vastaajista koki tarvitsevänsä lisää tietoa. Tiedontarve koski yleensä potilaan hoitoon liittyvää informaatiota. Omaiset keskustelivat potilaan kanssa hoitoon liittyvistä asioista. Hoitajilta saatiin tietoa vain vähän. Tieto oli vähentänyt potilaan jännitystä, pelkoa sekä tyytymättömyyttä.
Bradshaw, C. ym. 1999. Iso-Britannia.	Tutkia potilaan näkökulmasta keskeiset sisältöalueet, joista potilaat haluavat tietoa ja luoda niihin ohjaukselliset mallit selkiyttämään potilaan toipumista.	2 kyselyä samoille potilaille.  Delphi tekniikka.  Potilaat (n=10) ja kirurgit (n=?).	Kuusi yleisintä aluetta, joilta potilaat halusivat tietoa kuntoutumisen aikana: postoperatiivinen kipu, haavan hoito, kylpeminen, venyttelyt ja raskas harjoittelu, työhön palaaminen, autolla ajaminen ja sukupuoli kanssakäyminen. Yhteneviä ohjauksellisia malleja ei voitu luoda.

(jatkuu)

TAULUKKO 1. (jatkuu) Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan ja omaisten tiedon tarpeesta ja ohjauksesta.

Marttila, M. & Piekkola, S. 1997. Suomi.	Kuvata potilaiden kokemuksia saamaan ohjauksesta sekä sairaanhoitajien kokemuksia potilaisten ohjauksesta päiväkirurgisen toimenpiteen yhteydessä.	Avoin haastattelu.  Aineiston analyysi: Sisällön erittely.  Päiväkirurgisia potilaita n=10 ja hoitajia n=10. N=20.	Potilaiden ohjaukokemuksiin vaikuttivat kokemukset vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa ja potilaiden sairauden vakavuus. Potilaat olisivat toivoneet lisää tiedotustyyppistä ohjausta. Potilaat yhdistivät ohjauksen ymmärrettävyyteen kirjallisen tukimateriaalin käytön, virheettömän asiasisällön ja ohjauksen arkielämään sovellettavuuden. Toimenpiteen jälkeen potilaat kokivat tärkeänä mahdollisimman itsenäisen selviytymisen kotona, ilman soittamista toimenpideyksikköön. Tieto lisäsi turvallisuutta.
Tuominen, M. 1999. Suomi.	Kuvata päiväkirurgisten aikuispotilaiden tiedontarvetta, tiedon merkitystä ja tiedon välittymistä sairaalassa tapahtuvan hoitoprosessin aikana.	Teemahavainnointi ja – haastattelu, kysely.  Aineiston analyysi: sisällön analyysi.  Aikuinen yli 18-vuotias päiväkirurginen potilas. (Yleiskirurgia ja ortopedia) N=15.	Päiväkirurgiset potilaat halusivat tietoa yksilöllisesti erilaisista asioista. Aikaisemmat henkilökohtaiset kokemukset leikkaushoidosta vaikuttivat tiedontarpeeseen. Tiedon saannin uskottiin merkitsevän turvallisuuden tunnetta. Potilaat halusivat vaikuttaa omiin asioihinsa ja heidän mielipiteensä huomiointi oli tärkeää.
Alanen, S. 2002. Suomi.	Selvittää potilaiden tiedontarpeita ja tiedonsaantia Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla	Strukturoitu lomkekysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät ja deduktiivinen sisällönanalyysi  Potilaat. (Sisätautipotilaita 25%, kirurgisia potilaita 44% ja päiväkirurgisia potilaita 31%.) N=855	Tiedonsaantia ennen sairaalahoitoa sekä sen aikana pidettiin hyvin tärkeänä. Tärkeintä oli saada tietoa sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Potilaiden tiedontarpeissa ja tiedonsaannissa oli suuria yksilöllisiä eroja. Tärkeimpänä tiedonlähteenään potilaat pitivät hoitohenkilökuntaa.
Bernier, M. J. ym. 2003. USA.	Tutkia päiväkirurgisen potilaan saadun preoperatiivisen ohjauksen ja potilaan arvostaman ohjauksen yhdenmukaisuutta.	Kysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät ja sisällönanalyysi.  Päiväkirurgisia potilaita, yli 18-vuotiaita. N=116.	Potilaat arvostivat saamaansa ohjausta. Tiedontarve on yksilöllinen ja tietyt potilasryhmät tarvitsevat erityisohjausta. Potilaan tulot ja sukupuoli olivat yhteydessä haluttuun tietoon. Potilaat arvostivat eniten tilanteeseen/ prosessiin liittyvää tietoa (92 %), potilaan rooliin liittyvää tietoa (87 %) psykososiaalista tietoa (87 %), aisteihin liittyvää tietoa (55 %) ja vähiten taitojen opetusta (42 %).

(jatkuu)

TAULUKKO 1. (jatkuu) Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan ja omaisten tiedon tarpeesta ja ohjauksesta

<p>Palmu, P. &amp; Suominen, T. 1999. Suomi.</p>	<p>Selvittää miten ohjaus tukee potilaan itsemääräämisoikeuden, turvallisuuden, itsehoidon tukemisen ja hoidon jatkuvuuden periaatteiden toteutumista nuoren potilaan lyhytkirurgisessa hoidossa.</p>	<p>Teemahaastattelu.  Aineiston analyysi: sisällönanalyysi  Lyhytkirurgisia potilaita, ikä 13-15v. (Korva- ja lastenklinikan potilaita). N=15.</p>	<p>Ohjaus on edellytys itsemääräämisen, turvallisuuden, itsehoidon ja hoidon jatkuvuuden toteutumiseksi. Potilaat halusivat tarkempaa tietoa siitä, mitä heille tehdään. Hoitaja kertoi potilaille kivusta. Itsehoitoa ja sen keinoja ei mielletty kuuluvan sairaalaan. Hoidon jatkuvuus turvattiin kirjallisilla kotihoito-ohjeilla. Potilaat olivat tietoisia toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista ja oireiden tarkkailusta kotona. Ongelmatilanteissa nuoren potilaan äiti tai isä tai potilas yhdessä heidän kanssaan soittaisi sairaalaan. Potilaat tekisivät ensisijassa yhteydenoton sairaalaan itse. Muita keinoja oli tarkkailla asiaa pari päivää tai lähteä jonkun kaverin luokse.</p>
<p>Mordiffi, S. ym. 2003. Singapore.</p>	<p>Selvittää minkälaista preoperatiivista ohjausta potilaat saavat, saavatko potilaat haluamaansa tietoa hoitajilta ja lääkäreiltä, tutkia hoitajien ja lääkäreiden tehokkuutta tiedon tarjoamisessa ja tutkia potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen.</p>	<p>Lomakekysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät.  Kirurgisia potilaita n=67, sairaanhoitajia n=167, lääkäreitä n=73.  N=307.</p>	<p>Potilaalle tärkeintä preoperatiivisessa ohjauksessa on saada tietoa anestesia-alueelta. Hoitajan ja potilaan välisessä kommunikaatiossa oli kuilu. Hoitajan ja lääkärin tarjoama tieto ei kohdannut potilaan tarpeita. Potilaat saivat riittämättömästi tietoa tarvitsemiltaan alueilta: anestesian yksityiskohdista ja leikkaussali ympäristöstä. Potilasohjauksessa on tarpeen hyvät vuorovaikutustaidot. Potilaan tyytyväisyyttä hoitoon lisää potilaan tiedontarpeisiin vastaaminen.</p>

## Liite 2.

TAULUKKO 2. Tutkimuksia perheen merkityksestä kirurgisille potilaille.

Tekijä(-t)/ julkaisuvuosi/ maa.	Tutkittava asia	Tutkimusmenetelmä Kohderyhmä Otoskoko	Keskeiset tulokset
Kulik, JA: & Mahler, HI. 1989. USA.	Tutkia aviopuolisolta normaalisti ilmenevän sosiaalisen tuen vaikutusta preoperatiiviseen pelkoon ja postoperatiiviseen selviytymiseen.	Menetelmät?  N= 56 miespuolista ohitusleikkauspotilasta	Ryhmät olivat suhteellisen tasa-arvoisia preoperatiivisen statuksen suhteen. Naimisissa olevat, jotka saivat enemmän tukea sairaalassa, käyttivät vähemmän kipulääkettä ja toipuivat nopeammin kuin vähemmätuetut kumppaninsa. Merkittävä tekijä oli aviosuhteen laatu. Naimattomien toipumisen nopeus oli hitaampaa kuin naimisissa olevien, paljon tukea saavien nopeampaa kuin naimisissa olevien ja vähän tukea saavien.
Hirth, AM. & Stewart, MJ. 1994. Kanada.	Kuvata miten sosiaalinen tuki ja toivo vaikuttavat leikkaukselta odottavilla sydämensiirtopotilailla	Lomakekysely. Puhelinhaastattelu.  Tilastolliset analyysit.  N=31	Toivo oli ainoa muuttuja, joka tuki selviytymisen voimakkuutta. Vastaajan sosiaalinen verkosto, ensisijassa perhe, ystävät ja terveydenhuollon henkilöstö olivat tärkeitä sosiaalisen tuen lähteitä.
Hiltunen, R. 1995. Suomi.	Selvittää päiväkirurgisen kaihipotilaan omaisen näkökulmasta ohjaukseen liittyviä odotuksia ja niiden toteutumista hoitotyössä.	Kaksivaiheinen kysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät  Omaiset (Yli 65- v. päiväkirurgisten kaihipotilaiden saattajat.) N=83.	Ohjaukseen oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Tyytyväisimpiä olivat ne jotka olivat saaneet paljon tietoa omasta ja potilaan roolista sekä hoidosta toimenpiteen jälkeen. Kriittisiä olivat ne, joilla oli aiempia kokemuksia. Omaisten valmiudet tukea potilaan itsehoitoa lisääntyivät. Omaiset olivat epätietoisia saamastaan rohkaisusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista omaiset saivat tietoa vain vähän. Omaiset antoivat apua potilaalle kotitöissä, kaupassa käymisessä, liikkumisessa ja lääkityksessä. Omaisten antama tuki oli keskustelua, potilaan rohkaisua, yhdessä ulkoilua, ja potilaalle lukemista.
Paavilainen, E. ym. 2001. Suomi	Kuvata miten aikuiset hätäleikkaukseen joutuvat potilaat kokevat perhehoitotyön toteutuvan perioperatiivisessa hoitotyössä.	Lomakekysely.  Tilastollinen analyysi.  Hätäleikatut potilaat N=132.	Preoperatiivisessa vaiheessa perheen tilanteen selvittäminen ja potilaan valitseman perheenjäsenen informoiminen ei toteutunut systemaattisesti. Perheen tilannetta ei selvitetty myöskään intraoperatiivisessa ja postoperatiivisessa vaiheessa. Etenkin postoperatiivisella vaiheella on merkitystä selviytymisessä kotihoitosta. Perheen osallistuminen hoitoon ei ole välttämätöntä kaikissa tilanteissa. Kaikki hätäleikatut potilaat eivät halua perheidensä osallistuvan hoitoprosessiinsa. Perheellä voi olla omat syynsä olla osallistumatta hoitoon. Potilaat uskovat itse voivansa vaikuttaa hoitonsa perhekeskeisyyteen, jos pitävät sitä tärkeänä.

### Liite 3.

TAULUKKO 3. Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä.

Tekijä(-t) julkaisuvuosi maa	Tutkittava asia	Tutkimusmenetelmä Kohderyhmä Otoskoko	Keskeiset tulokset
Caldwell, LM. 1991.	Onko etusijalle asetulla tiedon määrällä vaikutusta päiväkirurgisen potilaan stressiin ja selviytymiseen.	Menetelmät? N=69 1. kertaa päiväkirurgista potilasta.	Henkilöt, jotka asettivat etusijalle saada enemmän tietoa, esiintyi selvästi vähemmän preoperatiivista stressiä kuin henkilöillä, jotka valitsivat etusijalle vähemmän tiedon. Valitulla tiedon määrällä ei ollut vaikutusta henkilöiden selviytymiseen ongelman ratkaisussa.
Viitamäki, R. 1995. Suomi.	Miten potilaat kokevat lyhythoitosen kirurgisen toimintaohjelman hoitoperiaatteiden (itsemääräämisoikeus, turvallisuus, itsehoidon tukemisen ja hoidon jatkuvuuden) toteutuvan käytännössä.	Lomakekysely.  Tilastolliset analyysimenetelmät.  Lyhytkirurgiset potilaat N=123.	Postoperatiivista hoitajan kotisoittoa pidettiin tarpeellisena. Soitto lisäsi turvallisuuden tunnetta ja sen koettiin varmistavan kotona selviytymistä. Soitto antoi potilaalle mahdollisuuden kysyä: kivusta, päivittäisistä toiminnoista, haavahoidosta ja erilaisista oireista.
Law, M-L. 1997. Englanti.	Arvioida hoitotyön prosessia ja potilaiden tyytyväisyyttä uusiin päiväkirurgisiin palveluihin.	Puhelin haastattelu, lomakekysely.  Aineiston analyysi: Tilastolliset menetelmät ja sisällönanalyysi.  Päiväkirurgiset silmäpotilaat. N=45.	Enemmistö potilaista oli tyytyväisiä päiväkirurgisiin palveluihin. Ongelmana koettiin lääkärin tapaamisen pitkä odottelu ennen toimenpidettä, tyytymättömyys tulo – ja kotiutusmatkaan sekä vaikeus muistaa suullista ohjausta. 23,6 % vastaajista ei muistanut saamia ohjeita. Enemmistö vastaajista muisti kuitenkin jotain ohjeita. 26,3 % olisi halunnut olla sairaalassa pitempään.
Susilahti, H. 1997. Suomi.  <i>Sama tutkimus:</i>  Susilahti, H. ym. 2004. Suomi.	Kuvata lyhytjälkihoitoisten kirurgisten potilaiden toipumisvaiheen kipua, huonovointisuutta, uupumusta ja ongelmia päivittäisissä toiminnoissa, erittämässä tai haavan paranemisessa. Kuvata myös näiden biofysiologisten ongelmien voimakkuutta.	Kaksivaiheinen lomakekysely  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät ja sisällönanalyysi.  Lyhytkirurgiset potilaat. N=200 1. kysely: n=107 2. kysely: n=73	Ensimmäisinä toimenpiteen jälkeisinä päivinä oli monilla potilailla kipua ja vaikeuksia huolehtia itsestään sekä kotiaskareistaan. Potilaista noin kahdella kolmasosalla oli vaikeus pestä ja pukeutua. Lähes kolmasosa kärsi ummetuksesta ja yli puolella oli haavasärkyä. Biofysiologiset terveysongelmat vähenivät merkittävästi viikon kuluttua toimenpiteestä eli ongelmat lievenivät. Edelleen yli puolella potilaista oli kipua liikkua eikä kipulääke vähentänyt kaikkien kipua. Osalla potilaista oli uupumusta, ei jaksettu tehdä päivittäisiä askareita. Erityisesti ortopedisillä potilailla oli vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa.

(jatkuu)

TAULUKKO 3. (jatkuu) Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä.

Laamanen, P. 1998. Suomi.	Tutkia lyhytjälkihoitoisten kirurgisten potilaiden käsitykset omasta tiedontarpeestaan, saadun tiedon hyödyllisyydestä ja tiedonannon menetelmistä, tiedonsaantia häiritsevistä ja edistävästä tekijöistä sekä saadun tiedon hyödyllisyydestä.	Lomakekysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät.  Lyhytjälkihoitoinsestileikatut gastroenterologisia ja endokriinisia kirurgisia sekä gynekologisia. potilaita.  N= 200.	Itsensä hoitaminen kotona koettiin pääasiassa vaivattomana. Osalla oli ongelmia: haavan paranemisen tarkkailussa ja hoidossa, kivun hoidossa ja ruokavalion huomioimisessa. Osalle potilaista itsensä hoitaminen kotona ennen ja jälkeen leikkauksen aiheutti avuttomuuden tunnetta, stressiä, pelkoa tai turhautumista. Mahdollisten ongelmien osalta osa potilaista oli saanut yhteydenottotiedot sairaalaan. Potilaat saivat useammin leikkaukseen valmistavia ja leikkauksen jälkeistä sairaalahoidoa koskevia ohjeita kuin omaa tilaansa, yleisesti tapahtumiin orientoivaa tietoa tai leikkauksen jälkeistä kotona itsensä hoitamista koskevaa tietoa. Potilaat kokivat saadun tiedon hyödylliseksi. Saatu tieto vähensi leikkauksen jännittämistä.
Bain, J. ym. 1999. Skotlanti.	Tutkia potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä päiväkirurgisesta tuloksesta Skotlannissa.	Lomakekysely  Tilastollinen analyysi.  N=5069 (vastausprosentti 68 %)	Potilaista kipua oli kotiutumisen jälkeen 26 %:lla, 23 %:lla oli pienempiä lääketieteellisiä ongelmia kotiutumisen jälkeen, 8 % jouduttiin ottamaan uudelleen sairaalaan. Kipua oli eniten gynekologisilla ja yleiskirurgisilla potilailla. Urologiset potilaat joutuivat useimmiten palaamaan takaisin sairaalaan. Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Tyytymättömyys oli yhteydessä odotusaikaan ennen sisäänpääsyä toimenpiteeseen ja kotiutusta sekä koetun kivun määrään.
Mitchell, M. 2000. Englanti.	Tutkia onko yksilön selviytymistyylillä ja tarjotulla tiedolla merkitystä aikuisen päiväkirurgisen potilaan kokemaan a) tyytyväisyyteen tarjotusta tiedon tasosta ja b) vähentääkö sen koettua pelkoa.	Kirjeitse tapahtuva ohjaus, postoperatiivinen puhelin haastattelu.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät  Päiväkirurgiset potilaat (gynekologinen laparoskopia ja yleisanestesia)  N=120.	Potilaat jotka saivat yksinkertaisen ohjauksen olivat pelokkaampia ennen toimenpidettä ja ottivat useammin yhteyttä perusterveydenhuoltoon kuin potilaat jotka saivat laajemman ohjauksen. Yhteydet jatkohoitoon vähenivät kun potilaat tiesivät enemmän järjestelyistään toimenpiteen jälkeen kotona. Potilaat, jotka halusivat ja saivat vain vähän tietoa kokivat enemmän positiivisia tunteita selviytymisestään. 99 % potilaista halusi ohjausta kirjallisesti. Suullista ohjausta halusi potilaista 92 %. Enemmistö halusi ohjausta 1-3 viikkoa ennen leikkausta. Yksikään potilas ei ilmaissut halua saada ohjasta juuri toimenpidepäivänä.

(jatkuu)

TAULUKKO 3. (jatkuu) Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä.

Larjama, A. 2001. Suomi.	Kuvata kotona asuvan, ensimmäisessä päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa olleen suomenkielisen, >75 – vuotiaan henkilön saamaa sosiaalista tukea ja siinä ilmenneitä puutteita.	Teemahaastattelu. Sisällönanalyysi. N=19	Iäkkään kaihipotilaan merkittäviä sosiaalisen tuen alueita olivat oikein annettu tieto ja emotionaalinen tuki. Potilaat olivat tyytyväisiä suulliseen ja kirjalliseen ohjaukseen. Kotihoidossa korostui kotihoito-ohjeiden merkitys. Potilaan itsenäisessä selviytymisessä auttoi riittävän isolla tekstillä painettu ja helppolukuinen kotihoito-ohje. Selviytymistä vaikeutti kotona, että silmän hoidossa tarvittavia taitoja ei harjoiteltu käytännössä sairaalassa.
Raappana, M. 2001. Suomi.	Kuvata päiväkirurgisen aikuispotilaan arvioimaa leikkauksen jälkeistä kipua, kivun hoitoa ja kipua ennaltaehkäisevää ohjausta.	Strukturoitu lomakekysely. Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät. Yli 18-vuotiaat päiväkirurgiset polvi-, nivustyrä- ja suonikohjupotilaat. N=170.	Leikkauksen jälkeen kipu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vaikeutti ulkona liikkumista.</li> <li>• osa tunsi itsensä avuttomaksi ja voimattomaksi, koska kipu ei lievittänyt toimenpiteen jälkeen.</li> <li>• univaikeuksia sekä unen saannin ja nukkumisen hankaluuksia</li> <li>• yhteydenottoja sairaalaan tai terveyskeskukseen</li> </ul> 76 % vastaajista piti tarpeellisenä saada tietoa kivusta. Riittävästi tietoa kivusta oli saanut vastanneista 68 % ja kivunlievitysmenetelmistä 63 %. Lisätietoa kivusta tarvitsi 37 % vastaajista. Koulutuksella oli vaikutusta potilaan toimenpiteen jälkeen yhteydenottoon sairaalaan.
Alho, S & Nylund, A. 2002. Suomi.	Potilaiden käsitykset kirjallisista kotihoito-ohjeista ja ongelmat kotona selviytymisessä päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.	Lomakekysely. Aineiston analyysi: induktiivinen ja deduktiivinen sisällönanalyysi, tilastolliset menetelmät. Päiväkirurgiset potilaat, yli 16-vuotiaat. N=132. Yhden sairaalan päiväkirurgisen yksikön kirjalliset kotihoito-ohjeet. N=16.	Suurimmalla osalla vastaajista ei ilmennyt elimistön toimintaongelmia, leikkaushaavaan liittyviä ongelmia, ongelmia päivittäisissä toiminnoissa tai psykososiaalisia ongelmia kotona toimenpiteen jälkeen. Potilailla oli normaalista poikkeavaa väsymystä, pahoinvointia, kuvotusta ja päänsärkyä ja uumetusta. Leikkausalueen turvotusta oli kolmanneksella ja verenvuotoa haavasta ilmeni muutamalla potilaalla. Päivittäisissä toiminnoissa ongelmia oli pukeutumisessa, riisuutumisessa, peseytymisessä, liikkumisessa ja sukupuolielämässä. Psykososiaalisia ongelmia koki yksi potilas. uupumusta koki neljä potilasta. Potilaat kokivat tarvitsevansa runsaasti tietoa ja ohjeita kotona toimenpiteen jälkeen, myös ohjeita joita kotihoito-ohjeissa ei ollut.

(jatkuu)



TAULUKKO 3. (jatkuu) Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä.

Dewar, A. 2003. Kanada.	Tutkia voiko preoperatiivisella hoitotyön interventioilla ja postoperatiivisella jatkohoidolla vähentää potilaiden kipua, pahoinvointia ja ummetusta.	Koe- ja kontrolliryhmä.  Postoperatiivinen kipupäiväkirja.  Aineiston analyysi: Tilastolliset menetelmät  Päiväkirurgiset potilaat (polven a-skopia, rintaleikkaus, tyrä ja anaalialueen) N=222.	Hoitotyön interventiona tehty hoitajan ohjaus- ja tukisoitot vähensivät potilaiden postoperatiivista kipua. Potilaille oli vaikeuksia keskittyä tietoon ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana. Ajan kuluessa leikkauksesta ja keskittymisen parantuessa potilaat hyötyivät puhe- linohjauksesta. Potilaat eivät aina ymmärrä kotiutuksen yhteydessä annettua suullista tai kirjallista ohjausta. Kirjalliset kotihoito-ohjeet koki hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi koeryhmässä 59,8 %, kontrolliryhmässä 36,8 %.
Horvath KJ. 2003. USA.	Tutkia kipua, väsymystä ja toiminnallisia rajoituksia, jotka vaikuttavat päiväkirurgisen laparoskopian potilaan toipumiseen.	Päivittäinen toipumispäiväkirja 6 päivää postoperatiivisesti.  N=91	95 % vastaajista selvisi itsehoitotoiminnoista (pukemisesta, pesuista ja syömisestä) 3. postoperatiiviseen päivään mennessä. Vähemmällä kuin 40 %:lla oli mahdollista suorittaa muita roolitoimintoja (käydä kupassa, pestä pyykkiä tai työskennellä kodin ulkopuolella). Kivun määrä ja toiminnallisuus 2. postoperatiivisena päivänä ennustivat parhaiten henkilön, joka tulee tarvitsemaan enemmän kuin 5 päivää palatakseen normaaliin toimintoihin ja aktivoitettiin.
Hovi, P-R. 2003. Suomi.	Tutkia potilaiden kokemuksia ohjaustilanteissa, tiedon saantia, potilaiden saamaa taitojen opetusta ja psykososiaalista tukea leikkauksen jälkeisissä ohjaustilanteissa sekä kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen.	Lomakekysely.  Aineiston analyysi: Tilastolliset menetelmät ja induktiivinen sisällönanalyysi.  Päiväkirurgiset ja lyhytjätki-hoitoisesti leikatut potilaat. (Käsikirurgia, ortopedia ja yleiskirurgia).  N=75.	Potilaiden kotona selviytymistä auttoi ohjuksen aikana saata tieto, taitojen opetus ja psykososiaalinen tuki. Konkreettista tietoa ja taitojen opetusta olisi tarvittu enemmän. Ongelmia ilmeni leikkauksen jälkeen selviytymisessä kotitöistä, jokapäiväisen hygienian hoidossa ja kipujen hallinnassa, liikkumisessa, leikkaushaavan hoidossa ja henkisessä jaksamisessa. Naiset tarvitsivat ulkopuolista apua itsensä hoitamisessa ja kotitaloustöissä miehiä useammin. Ulkopuolista apua oli tarvittu jokapäiväisissä toiminnoissa, itsensä hoitamiseen liittyvissä asioissa, kotitaloustöissä, leikkausalueen hoidossa ja liikkumisessa. Toipumisaikana eniten potilaat ottivat yhteyttä lyhkiin ja suoraan leikkaukseseen lääkäriin. Apua tarvittiin haavan hoidossa tai kipulääkityksessä. Leikkauksen jälkeistä kotisoittoa pidettiin tarpeellisena ja turvallisuutta lisäävänä.

(jatkuu)

TAULUKKO 3. (jatkuu) Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä.

Koivusalo, A-M. 2003. Suomi.	Selvittää aikuisten päiväkirurgisten potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon kahtena eri ajankohtana..	Strukturoitu puhelinhaastattelu. Osio hyvä-hoito-mittarista.  Aineiston analyysi: Tilastolliset menetelmät  Aikuiset päiväkirurgiset potilaat N=273	Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, vaikka tyytyväisyys hieman vähenikin ajan kuluessa. Tyytymättömyyttä ilmeni sellaisen tiedon saantiin, jonka avulla potilas itse pystyi osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja toteuttamaan hoitoa kotona. Heti leikkauksen jälkeisenä päivänä oli vain 72 % tyytyväinen saamiinsa kirjallisiin ohjeisiin.
Kopp, M. ym. 2003. Itävalta.	Tutkia psykologisten tekijöiden vaikutusta kirurgisten potilaiden toipumiseen. Onko muita psykologisesti vaikuttavia merkittäviä tekijöitä kuin pelko, jotka vaikuttavat toipumiseen kirurgiasta.	Lomakekysely. Freiburgin persoonallisuusmittari, State-Trait pelkomittari, sosiaalisen tuen mittari, Fryn mukaan: tilannekohtainen selviytymisstrategia ja käyttäytymisodotukset  Tilastolliset analyysit.  N=112 kirurgista potilasta.	Komplisoitunut toipuminen oli yhteydessä alentuneeseen elämään tyytyväisyyteen ja matalaan tilannekohtaisiin itsekontrolli odotuksiin. Preoperatiivisen pelon määrällä ei voida ennustaa toipumista. Pelon määrä vaikuttaa selviytymiskäyttäytymiseen ja sitä kautta sillä on merkittävä vaikutus kirurgiseen toipumiseen.

## Liite 4.

TAULUKKO 4. Tutkimuksia läheisten merkityksestä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.

Tekijä(-t)/ julkaisuvuosi/ maa.	Tutkittava asia	Tutkimusmenetelmä Kohderyhmä Otoskoko	Keskeiset tulokset
Petticrew, M. ym. 1995. Englanti	Tutkia naisten kokemuksia gynekologisesta päiväkirurgiasta.	Lomakekysely.  Tilastolliset analyysit.  N=583 päiväkirurgista kaavinta ja dilataatio potilasta.	Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja päiväkirurgiaan. Potilaat saivat tietoa ennen toimenpidettä ja sairaalasaolo aikana. Kolmen viikon kuluessa kotiutuksesta perusterveydenhuolto oli hoitanut yhtä kolmas osaa potilaista. Yleisimmät komplikaatiot olivat vuoto ja kipu. Kotiutumisen jälkeen kolmasosa naisista sai ylimääräistä apua perheeltä ja ystäviltä. Kahden viikon kuluttua 10 %:lla oli vaikeuksia kylpemisessä, portaiden kulkemisessa ja kaupassa käymisessä. Kahden kolmasosan mielestä toipuminen sujui odotetusti.
Ahde, M. 1997. Suomi.	Selvittää päiväkirurgisten, gynekologisten potilaiden tiedonsaantia, tyytyväisyyttä ja selviytymistä kotona toimenpiteen jälkeen.	Lomakekysely.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät.  Päiväkirurgiset potilaat. N=72.	Leikkauksen jälkeen potilaat selviytyivät hyvin päivittäisistä toiminnoista. Eniten ongelmia oli liikkumisessa, jonkin verran hankalaa kaupassa käyminen, ruoanvalmistus ja kodinhoito. Ulkopuoliseen apuun ei turvautunut kukaan vastaajista, kaikki saivat apua omaiselta, useimmiten avo- tai aviomieheltä. Toimenpiteen jälkeen 5 potilasta joutui ottamaan yhteyttä lääkäriin tai poliklinikalle. Toimenpiteestä saadut ohjeet auttoivat selviytymään. Tyytyväisiä oltiin saatuun tietoon valmistautumisesta toimenpiteeseen ja toimenpiteen jälkeisestä kotihoitosta. Vähiten tietoa oli saatu toimenpiteestä. Tietoa antoivat lääkäri ja sairaanhoitaja. Tietoa annettiin kirjallisesti ja suullisesti.
Ruuth-Setälä, A. 1997. Suomi.	Kuvata potilaiden yhteydenottoja ja niiden syitä lyhythoitaisen kirurgisen toimenpiteen toipumisvaiheessa kotiutumisen jälkeen.	Kaksi lomakekyselyä.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät  16v. lyhythoitaiset kirurgiset potilaat (yleiskirurgia, ortopedia, urologia). 1.kysely N=200 2.kysely N=73.	Fyysiseen toipumiseen liittyviä yhteydenottojen syitä: väsymys, kivut ja haavaan liittyvät ongelmat. Psykkiseen toipumiseen liittyviä yhteydenottojen syitä: hoitokustannusten vertailu, ilo toipumisesta tai toipumisen hitaus, yksinäisyys, ohjeiden ja tietojen hakeminen. Sosiaaliseen toipumiseen liittyviä yhteydenottoja oli vähiten ja ne lisääntyivät hieman viikon kuluttua toimenpiteestä. Ensisijaisia yhteydenottokohteita olivat omaiset ja/ tai sukulaiset. Toissijaisia olivat ystävät. Terveysterveystalon palveluihin otettiin yhteyttä yleensä 1-2 kertaa enintään 6 kertaa. Yhteydenotot tehtiin useimmiten puhelimitse tai käytiin itse.

(jatkuu)

TAULUKKO 4. (jatkuu) Tutkimuksia läheisten merkityksestä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.

Willis, C.E. ym. 1997. Englanti.	Tutkia päiväkirurgian vaikutusta perusterveydenhuollon toimintaan. Arvioida potilaiden tyytyväisyyttä päiväkirurgiaan ja postoperatiivisia ongelmia, jotka vaativat perusterveydenhuollon palveluja.	Lomakekysely.  Tilastolliset analyysit.  N=297 päiväkirurgista potilasta.	Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä päiväkirurgiaan. Ensimmäisenä 24 H:na leikkauksen jälkeen 30 % potilaista koki kohtuullisen kovaa kipua, 9 % potilaista koki paljon kipua. Kipulääkettä tarvitsi 64 % potilaista. 12 % potilaista tarvitsi melko paljon ylimääräistä apua ja 9 % tarvitsi paljon apua kotiutumisen jälkeen. 10 % auttajista joutui olemaan poissa työstä keksimäärin 3 päivää ja 7 % auttajista toi esiin ansionmenetyksen. Leikkauksen jälkeen 43 % potilaista tarvitsi konsultation perusterveydenhuollossa. Ennalta suunnittelemattomien käyntien (13 %) syynä oli kipu tai infektio. Vaikutuksia perusterveydenhuoltoon vähentäisivät potilaiden parempi kipulääkitys ja ohjaus päiväkirurgiassa.
Mitchell, M. 1999. Englanti.	Kirjallisuuskatsaus päiväkirurgisen potilaan kokemuksesta.	Systemaattinen kirjallisuushaku (Medline, Cinahl)  N=67 tutkimusta (vuodesta 1978 - 1990-luvulle)	Huolimatta potilaiden suuresta tyytyväisyydestä päiväkirurgiaan, suurimmat ongelmat tutkimusten mukaan olivat ohjaus ja kivun hoito kotona. Potilaiden kokemukset päiväkirurgiasta olivat yhteydessä realistisiin odotuksiin toimenpidepäivästä, kivun voimakkuudesta ja leikkauksesta aiheutuvasta kyvyttömyydestä. Paljon pelkoa luo: leikkaussaliin pääsyn odottaminen, yksityisyyden puute ja mikä tahansa anestesia-oto. Huomattava ongelma kotona on kivun hoito (erityisesti joillakin gynekologisilla potilailla). Auttajat olivat tyytyväisiä rooleihinsa. Lisää tietoa tarvitaan ajasta, jolloin tarvitaan sosiaalisia järjestelyjä ja auttajan väliaikaiseen rooliin sopeutumisessa. Julkista terveydenhuoltoa päiväkirurgiset potilaat kuormittivat vain vähän.
Paunonen, T. 2000. Suomi.	Mitä tarpeita ja odotuksia päiväkirurgisilla polventähystyspotilailla on ennen hoitotoimenpidettä ja hoitokontaktia, hoitokontaktin aikana ja toipumisen aikana kotona.	Puhelinhaastattelu ja kysely.  Aineiston analyysi: induktiivisdeduktiivinen sisällysanalyysi.  Polventähystyspotilaita. N=16.	Kivuliaisuus, unen häiriöt ja vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa leimaavat päiväkirurgisen polventähystyspotilaan toipumisen kolmea ensimmäistä päivää. Pahin ongelma kahden ensimmäisen toipumispäivän kohdalla oli kivun hoidossa. Kipu haittaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä: pukeutumista, liikkumista, ruuan valmistusta ja sukupuolista kanssakäymistä. Kivuliaat potilaat tarvitsivat apua ainakin kolme vuorokautta toimenpiteen jälkeen. Omaiset antoivat emotionaalista ja konkreettista tukea. Potilaat kokivat selviävänsä kotona itsehoidosta ja olivat pääasiassa tyytyväisiä toipumiseensa. Perusterveydenhuollon apuun ei turvautunut kukaan toimenpiteen jälkeen. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä päiväkirurgiseen potilasohjaukseen.

(jatkuu)

TAULUKKO 4. (jatkuu) Tutkimuksia läheisten merkityksestä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.

Young, J. ym. 2000. Australia.	Tutkia onko sairaalasta lähdön jälkeen lisätyllä ohjauksella vaikutusta potilaiden parempaan itsehallintaan postoperatiivisessa kuntoutumisessa.	Koe- ja kontrolliryhmä. Postoperatiivinen oire päiväkirja ja puhelinhaastattelu.  Aineiston analyysi: tilastolliset menetelmät  Ensimmäinen vaihe: päiväkirurgisia potilaita n=127. Toinen vaihe: päiväkirurgisia potilaita n=197.	91 % potilaista oli tyytyväinen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Suurimmalla osalla potilaista ei ollut lainkaan ongelmia toipumisen aikana. Postoperatiivisista oireista selvittiin ilman ammattiapua. Kipu, väsymys ja immobilisaatio olivat eniten raportoituja oireita 10:n vuorokauden asti. Potilaat tarvitsivat kotihoidossa apua keskimäärin 3 päivää. Koeryhmän kokeellisella tehostetulla koulutukselle ei ollut vaikutusta potilaiden toipumiseen ja itsetoimintakykyyn. Tutkimus osoitti, että potilaiden toipuminen ja itsehoitokyky saattaa olla suhteessa potilaan omaan itsehoitokykyyn ja itsehoidon ymmärtämiseen.
Kunttu, I. 2001. Suomi.	Kuvata omaisten käsityksiä potilaan selviytymisen tukemisesta päiväkirurgisen kaihileikkauksen jälkeisen toipumisvaiheen aikana.	Teemahaastattelu.  Sisällön analyysi.  Kaihipotilaan omaiset. N= 11.	Omaiset kokivat potilaan selviytymisen tukemisen myönteisesti. Osalle omaista tämä merkitsi kaiken tekemistä, toisille lähinnä potilaan viereillä kulkemista. Toiminnallisen selviytymisen alueella omainen tuki potilasta auttamalla kotitöissä, hygienian ja leikatun silmän hoidossa. Omaisten varmisti asioiden sujumisen. Kokemuksellisen selviytymisen alueella omainen toimi kuuntelijana, kannustajana, asioiden selvittäjänä ja rajojen asettajana. Sosiaalisyhteisöllisen selviytymisen alueella omainen tuki tiedonvälittäjänä, rajoitusten asettajana ja potilaan päätöksenteon vahvistajana. Kaikilla selviytymisen alueilla omaiset pitivät auttamista helppona. Läheisen selviytymisen auttamista pidettiin luonnollisena asiana. Vaikutena oli: auttaminen vie aikaa, auttajan mielenmaltin säilyminen ja omaisten tuntema väsymys.
Costa, M. 2001. USA.	Tutkia potilaiden kokemuksia päiväkirurgiasta.	Teemahaastattelu.  Hermeneuttis fenomenologinen tutkimus, laadullinen analyysi.  N=16 päiväkirurgista potilasta.	Potilaita ei ollut valmisteltu riittävästi perioperatiivisen hoidon kokemukseen. Potilaat kärsivät turhaa kipua ja kipulääkitys oli riittämätöntä. Kotiutusvalmiudet eivät olleet riittäviä. Potilaat pelkäsivät anestesiaan kuolemista, kontrollin menettämistä ja leikatuksi tulemista. Potilaat kaipasivat enemmän tietoa kirurgisesta hoidosta. Potilailla ei ollut selvää kuvaa mitä odottaa perioperatiiviselta hoitoprosessilta ja toipumiselta kotona. Potilaat pitivät perheen läsnäoloa perioperatiivisessa kokemuksessa tärkeänä. Fyysinen läsnäolo mahdollisti potilaan tukemisen ja perheelle mahdollistui aktiivinen kokemukseen osallistuminen. Perheen merkitys oli tukea ja tehdä potilaan oloa mukavammaksi ennen toimenpiteeseen pääsyä.

(jatkuu)

TAULUKKO 4. (jatkuu) Tutkimuksia läheisten merkityksestä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.

Sarajärvi, A. ym. 2001. Suomi	Selvittää Seinäjoen keskussairaalan päiväkirurgisen yksikön potilaiden ja henkilökunnan käsityksiä perhehoitotyön nykytilanteesta, perheiden saamasta tuesta potilaan päiväkirurgisen hoidon eri vaiheissa ja kartoittaa parannusehdotuksia.	Lomakekysely.  Tilastollinen analyysi.  Potilaat N=100, henkilökunta N=9.	Sairaus aiheutti perheissä fyysisiä ja henkisiä tunteuksia. Sairauden vaikutus sosiaalisiin suhteisiin ilmeni perheen keskinäisten suhteiden lähentymisenä. Perheiden kokemukset vaihtelivat siitä, oliko perheen mielipiteitä huomioitu. Suurin osa potilaista koki, että perhe ei ollut saanut riittävästi tukea heidän sairaalassa olo aikana. Ne, jotka olivat tukea saaneet, saivat sitä keskusteluin, kuuntelemisena, ajan antamisena ja ystävällisenä käytöksenä. Suurin osa potilaista arvioi perheen saaneen tietoa riittävästi sairauksista, tutkimuksista, hoitotoimenpiteistä ja jatkohoidosta. Noin 1/3 ei ollut saanut lainkaan tietoa. Potilaat olivat hyvin tyytyväisiä päiväkirurgiseen hoitoon.
Barthelsson, C. ym. 2003. Ruotsi.	Tutkia potilaiden kokemuksia laparoskopisesta sappileikkauksesta päiväkirurgiassa.	Teemahaastattelu.  Aineiston analyysi: laadullinen analyysi.  Potilaita, naisia n=10, miehiä n=2.	Potilaat eivät muistaneet kirurgin antamia tärkeitä tietoja leikkausta koskien leikkauksen ja anestesian jälkeen. Postoperatiivisia ongelmia: väsymys, kivut, ilmatäyteen olo, pahoinvointi ja oksentaminen. Selviytyminen pienten lasten kanssa kotona koettiin vaikeana. Haavanhoidosta oli lisäkysymyksiä. Ilmeni tarve lisäpuhelinsoitosta kotiin ja lisälääkitsemisestä. Kotiinpaluu toimenpiteen jälkeen koettiin parempana kuin sairaalaan jääminen yöksi.
Cox, H. & O'Connell, B. 2003. Australia.	Tutkia naisten kokemuksia toipua gynekologisen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen kotona.	Postoperatiivinen oirepäiväkirja ja puhelinhaastattelu  Aineiston analyysi: Tilastolliset menetelmät.  Gynekologisia päiväkirurgisia potilaita.  N=80.	Enemmistö potilaista tarvitsi kotona hoitoa 3 päivää leikkauksen jälkeen. Kaikki 1. postoperatiivisena päivänä raportoidut oireet helpottuivat 3. päivään mennessä. Potilaat kokivat enemmän ongelmia mitä ohjaus antoi odottaa. Kipu, liikkuminen ja väsymys olivat neljännen päivän kohdalla merkittävimpiä ongelmia. Kymenennen päivän kohdalla potilaat kokivat edelleen väsymystä, kipua ja muita pitkittyviä vaivoja. Potilailla oli vaikeaa ymmärtää mikä on ”normaalia” toipumista missäkin vaiheessa. Potilaat arvostivat omaisiltaan saamaa fyysistä ja emotionaalista hoitoa. Toipumisen aikaan tarvittiin apua lasten hoitoon. Tyytyväisiä oltiin saatuaan kotiutustietoon ja sen kohdentumiseen mm. oireiden hallintaan. Lisätietoa muualta terveydenhuollosta haki 50 %.
Siekinen, P. 2003. Suomi.	Kuvata päiväkirurgisen potilaan kotihoitoon ohjausta ja selviytymistä kotona toimenpiteen jälkeen.	Lomakekysely.  Tilastolliset menetelmät.  N=241 päiväkirurgisia potilaita.	Kotihoidon ohjausta pidettiin erittäin tarpeellisena ja se tuki kotona selviytymistä. Eniten ohjausta tarvittiin asioissa, joissa ilmeni eniten ongelmia kotona selviytymisessä. Kotihoidon ohjaukseen kaivattiin mukaan läheisiä.

(jatkuu)

TAULUKKO 4. (jatkuu) Tutkimuksia läheisten merkityksestä päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä.

Heino, T. 2005. Suomi	Miten ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä toteutuu potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta. Miten potilas mielestään toipuu päiväkirurgisen polventähystyksen jälkeen perheenjäsenen avustamana hoidosta kotona.	Lomakekysely.  Tilastolliset menetelmät.  Polvinivelen-tähystyspotilaita n= 173 Perheenjäseniä n= 161	Ohjaukseen vaikutti: potilaan ikä, koulutus, sukupuoli, siviilisääty ja aikaisemmat tähystyksistä. Perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa, eikä saanut potilaan hoitoon tai kotihoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. Kotiutusvaiheessa potilas tunsii olonsa turvalliseksi. Perheenjäsen oli lähes aina saattajana ja potilaan seurana toimenpiteen jälkeisen vuorokauden. Päiväkirurgisen potilaaseen ei otettu yhteyttä toimenpiteen jälkeen. Potilaan yhteydenotto hoitavaan yksikköön oli harvinaista. Postoperatiivinen toipuminen oli useimmiten hyvää. Toimenpiteen jälkeen potilailla esiintyi erilaisia ongelmia, jotka vähenivät seuraavana päivänä. Perheeltä tarvittiin apua liikkumisessa ulkona ja kotona, kauppa-asioissa, apteekkiasioissa, ruoan valmistuksessa, pukeutumisessa, peseytymisessä, siivouksessa, lastenhoidossa, kotieläinten hoitamisessa, potilaan omassa hoidossa ja selviytymisessä päivittäisissä toiminnoistaan. Apua tarvittiin päivittäisissä toiminnoissa selviytyäkseen vielä viikon kuluttua, mutta avuntarve väheni viikon kuluessa toimenpiteestä.
-----------------------------	--	--	---



Kirurgian klinikka / ML

26.4.2006

### Hyvä potilas

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään osuutta päiväkirurgisen potilaan toimenpiteen jälkeisessä selviytymisessä. Pirkanmaan sairaanhoidopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Tämä tutkimus ei liity sairaalassamme Teille tehtävään päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja hoitoon. Tässä tutkimuksessa halutaan tavoittaa Teidät ja perheenne, koska Teillä ja perheellänne on omakohtaisia kokemuksia perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä toimenpiteen jälkeen. Tutkimuksen avulla pyrimme selvittämään, miten päiväkirurginen toimenpide on vaikuttanut perheenne elämään ja miten perhe vaikuttaa päiväkirurgisen potilaan selviytymiseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistumisen kesto on noin 2 tuntia.

Toimenpidepäivänä Teiltä tiedustellaan päiväkirurgisessa yksikössä halukkuuttanne osallistua tähän tutkimukseen. Halukkaiden tutkimukseen osallistujien yhteystiedot (nimi ja puhelinnumero) välitetään tutkijalle. Tutkija soittaa Teille muutaman päivän kuluessa kotiuduttuanne, jotta voidaan sopia sopiva haastatteluaika. Perheen haastattelu tehdään noin viikon kuluessa toimenpiteestä joko kotonanne tai muussa sopivaksi katsotussa paikassa.

Haastattelu nauhoitetaan kasettinauhurille, jotta koko haastattelu saadaan talteen tutkimusmateriaaliksi. Haastattelussa Teiltä ja perheenjäseneltänne (niiltä henkilöiltä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen) pyydetään kaikilta kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Teillä on oikeus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta mahdollisesti myöhemmin tarvitsemaan hoitoon. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. (Niiltä lapsilta, jotka kykenevät ymmärtämään tutkimuksen merkityksen, pyydetään myös kirjallinen suostumus. Lapsen vastustaessa tutkimusta noudatamme hänen mielipidettään huolimatta vanhempien antamasta kirjallisesta luvasta).

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, tutkija vastaa kysymyksiinne mielellään.

Tutkija: Outi Niemimaa  
Sairaanhoitaja, Terveystieteiden maisteriopiskelija,  
Tampereen yliopisto, puh. 050-4644547





Kirurgian klinikka / ML

26.4.2006

### Hyvä päiväkirurgisen potilaan perheenjäsen

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään perheen osuutta päiväkirurgisen potilaan toimenpiteen jälkeisessä selviytymisessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Tämä tutkimus ei liity sairaalassamme perheenjäsenellenne tehtävään päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja hoitoon. Tässä tutkimuksessa halutaan tavoittaa Teidät ja perheenne, koska Teillä ja perheellänne on omakohtaisia kokemuksia perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä toimenpiteen jälkeen. Tutkimuksen avulla pyrimme selvittämään, miten päiväkirurginen toimenpide on vaikuttanut perheenne elämään ja miten perhe vaikuttaa päiväkirurgisen potilaan selviytymiseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistumisen kesto on noin 2 tuntia.

Toimenpidepäivänä päiväkirurgiselta potilaalta tiedustellaan päiväkirurgisessa yksikössä hänen ja perheenjäsenten halukkuutta osallistua tähän tutkimukseen. Halukkaiden tutkimukseen osallistujien yhteystiedot (potilaan nimi ja puhelinnumero) välitetään tutkijalle. Tutkija soittaa päiväkirurgiselle potilaalle muutaman päivän kuluessa kotiutumisesta, jotta voidaan sopia sopiva haastatteluaikakohta. Perheen haastattelu tehdään noin viikon kuluessa toimenpiteestä joko kotonanne tai muussa sopivaksi katsotussa paikassa.

Haastattelu nauhoitetaan kasettinauhurille, jotta koko haastattelu saadaan tutkimusmateriaaliksi. Haastattelussa Teiltä ja perheenjäseniltänne (niiltä henkilöiltä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen) pyydetään kaikilta kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Teillä on oikeus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytyminen ei vaikuta mahdollisesti teidän tai muiden perheenjäsenten myöhemmin tarvitsemaan hoitoon. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. (Niiltä lapsilta, jotka kykenevät ymmärtämään tutkimuksen merkityksen, pyydetään myös kirjallinen suostumus. Lapsen vastustaessa tutkimusta noudatamme hänen mielipidettään huolimatta vanhempien antamasta kirjallisesta luvasta).

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, tutkija vastaa kysymyksiinne mielellään.

Tutkija: Outi Niemimaa  
Sairaanhoitaja, Terveystieteiden maisteriopiskelija,  
Tampereen yliopisto  
puh. 050-4644547



## PERHEEN OSUUTTA PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN SELVIYTYMISESSÄ SELVITTÄVÄ TUTKIMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa perheen osuutta päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle 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 \_\_\_\_.\_\_\_\_.2005

Tampereella \_\_\_\_.\_\_\_\_.2005

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

potilaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

perheenjäsenen allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

perheenjäsenen allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

\_\_\_\_\_

perheenjäsenen allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimen selvennys

Osoite: \_\_\_\_\_

## **Tiedote perhehaastatteluun osallistujille**

### **Hyvä potilas ja potilaan perhe**

Osallistutte tutkimukseen jossa selvitetään perheen osuutta päiväkirurgisen potilaan toimenpiteen jälkeisessä selviytymisessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Tämä tutkimus ei liity Teidän päiväkirurgiseen hoitoonne. Tässä tutkimuksessa haastatellaan Teitä ja perhettänne, koska Teillä ja perheellänne on tärkeitä omakohtaisia kokemuksia perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä toimenpiteen jälkeen. Tutkimuksen avulla pyrimme selvittämään, miten päiväkirurginen toimenpide on vaikuttanut perheenne elämään ja miten perhe vaikuttaa päiväkirurgisen potilaan selviytymiseen.

Tutkimuksessa kunnioitetaan ihmisarvoa ja haastateltavien yksityisyyttä. Mitään henkilötietoja ei julkaista, eivätkä haastateltavat ole tunnistettavissa raportissa.

Hyödyt tutkimukseen osallistumisesta:

- Pääsette osallistumaan tutkimukseen, jossa arvostetaan juuri Teidän kokemustanne perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan leikkauksen jälkeisessä selviytymisessä.
- Pääsette kertomaan tutkimukselle tärkeitä omakohtaisia kokemuksianne.

Mahdolliset haitat tutkimukseen osallistumisesta:

- Haastatteluissa voi ilmetä asioita, joita perhe voi kokea vaikeaksi käsitellä tai aiheuttaa epämukavuutta perheenjäsenten kesken.
- Haastateltavat voivat kertoa henkilökohtaisia asioistaan tutkijalle, asioita joita ei muuten kerrotaisi.

Luottamus haastattelijan ja haastatteluun osallistuvien välillä on tärkeää:

- Haastattelussa ei tarvitse tuoda esiin asioita joita ei halua tuoda tutkijan tai muiden haastateltavien tietoisuuteen.
- Tutkija ei vie haastattelussa kuulemiaan asioita haastattelun ulkopuolelle muuten kuin tutkimusaineistoon.
- Haastatteluun osallistuvien henkilötietoja käsitellään luottamuksellisesti, niitä ei julkaista missään.
- Haastateltavat eivät ole tunnistettavissa raportista.
- Tutkimuksesta voi kieltäytyä missä vaiheessa tahansa, eikä siitä ole seurauksia potilaalle tai perheelle.

Tutkimusmateriaaleja säilytetään 15 vuotta lukollisessa kaapissa. Tutkimusmateriaalin hävittämisestä vastaa tutkija.

Tutkimus on pro gradu tutkimus ja se kuuluu terveystieteiden maisterin opintoihin Tampereen yliopistossa. Tutkimus valmistuu joulukuussa 2005. Tutkimusraportti on luettavissa Tampereen yliopiston lääketieteellisessä kirjastossa (Osoite: Finn-Medi 5, Biokatu 12, 33014 Tampereen yliopisto, puh. 03-215 6619).

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, tutkija vastaa kysymyksiinne mielellään.

Tutkija: Outi Niemimaa  
Sairaanhoitaja, Terveystieteiden maisteriopiskelija,  
Tampereen yliopisto  
puh. 050-4644547

## TIEDOTE HENKILÖKUNNALLE

### Tutkimus: PERHE PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN SELVIYTYMISESSÄ

**Tutkimuspaikka:** Lyhki

#### Tutkimuksen kohderyhmä:

- Aikuiset (yli 18- vuotiaat) päiväkirurgiset ortopediset ja yleiskirurgiset potilaat
- Potilaat saapuvat aamulla toimenpiteeseen ja kotiutuvat toimenpidepäivän aikana, eivät jää yöksi sairaalaan.

**Tutkimuksen ajankohta:** 9.5 - 31.10.2005

#### Tutkimuksen tavoitteet:

- Kuvata perheiden kokemuksia perheen osuudesta päiväkirurgisen potilaan toiminnallisen, kokemuksellisen ja sosiaalisuhteellisen selviytymisen osa-alueilla.
- Tuoda lisätietoa päiväkirurgisen potilaan käytännön hoitotyöhön. Tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisen potilaan hoitotyön ohjauksessa, jatkohoidon suunnittelussa ja päiväkirurgisen hoitotyön kehittämisessä. Hoitotyön ammattilaisten on tärkeää tietää enemmän päiväkirurgisten potilaiden perheiden selviytymisestä, jotta perheitä voidaan tukea.

**Tutkimusmenetelmä:** Tutkimusmenetelmänä on päiväkirurgisen potilaan ja hänen perheensä teemahaastattelu. Perhehaastattelut tehdään noin viikon kuluttua potilaan toimenpiteestä ja haastattelujen kesto on noin 2 tuntia. Perheet haastatellaan kerran. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysin avulla.

#### Tutkimukseen osallistuvien potilaiden lukumäärä:

- Noin 10 päiväkirurgista potilasta ja heidän perheensä.
- Potilaat saavat itse määritellä perheensä ja kuka perheestä osallistuu haastatteluun.

#### Tutkimuksen kulku:

- Päiväkirurgiset ortopediset ja yleiskirurgiset aikuispotilaat saavat leikkauskutsun yhteydessä tutkimuksesta kertovan kirjeen. Jos potilailla ilmenee kysyttävää tässä vaiheessa voivat he ottaa yhteyttä tutkijaan, jonka yhteystiedot löytyvät potilastiedotteesta.
- Toimenpidepäivänä potilasta hoitava sairaanhoitaja tiedustelee potilaan halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen halukkaiden osallistujien nimet ja puhelinnumerot kerätään erilliseen listaan.
- Potilaille tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksesta kieltäytymisestä ei ole seuraamuksia potilaalle. Potilas voi keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä tahansa vaiheessa.
- Tutkija soittaa 1-2 päivän välein päiväkirurgiseen yksikköön ja kerää halukkaiden tutkimukseen osallistujien yhteystiedot.
- Tutkija soittaa halukkaille tutkimukseen osallistujille ja sopii haastatteluajankohdasta. Perheet haastatellaan kerran noin viikon kuluessa päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Perhehaastattelun kesto on noin kaksi tuntia.

### **Tutkimuksen lopettaminen**

- Tutkija lopettaa haastattelut, kun haastatteluissa ei tule enää esiin uusia asioita.
- Tutkija ilmoittaa LYHKI - yksikköön, kun potilaiden kerääminen tutkimukseen voidaan lopettaa.

### **LYHKI - henkilökunnan osuus tässä tutkimuksessa:**

- Lähettää tutkimuksesta kertova tiedote leikkauskutsun mukana aikuiselle päiväkirurgiselle potilaalle, jolle tehdään joko ortopedinen tai yleiskirurginen toimenpide. Toimenpide ei edellytä yöksi sairaalaan jäämistä.
- Tiedustella toimenpidepäivänä potilaiden halukkuutta osallistua tutkimukseen ja kirjata halukkaiden osallistujien nimet ja puhelinnumerot erilliselle lomakkeelle.
- Vastata potilaiden mahdollisiin kysymyksiin ja ohjata potilaita ottamaan yhteyttä tutkijaan.

### **Tutkimuksen valmistuminen ja tuloksista tiedottaminen:**

- Tutkimuksen tuloksista tiedotetaan päiväkirurgisessa yksikössä järjestettävässä tutkimustulosten raportointitilaisuudessa, johon halukkaat voivat osallistua.

Tutkimus liittyy tutkijan terveystieteiden maisterin opintoihin ja pro gradu työhön Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, tutkija vastaa kysymyksiinne mielellään.

Tutkija: Outi Niemimaa  
Sairaanhoitaja, Terveystieteiden maisteriopiskelija  
Tampereen yliopisto  
puh. 050-4644547

**Tutkimus: Perhe päiväkirurgisen potilaan selviytymisessä**

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, tutkija vastaa kysymyksiinne mielellään.  
Tutkija: Outi Niemimaa, puh. 050-4644547

**Tutkimukseen halukkaiden osallistujien tiedot**

Potilaan nimi	Potilaan puhelinnumero	Toimenpidepäivä	Toimenpide

**Perheen haastattelun eteneminen**

Esittely, tutkimuksesta kertominen.

Tietoisien suostumusten kysyminen, lomakkeen lukeminen ja allekirjoittaminen.

Sopiminen haastattelun nauhoittamisesta.

**Tutkijanpäiväkirjaan kerättävät haastateltavien taustatiedot**

Perheen numero:

Haastatteluun osallistuvien lukumäärä:

Varmista vielä: mistä toimenpiteestä oli kysymys ja toimenpiteen ajankohta.

Minkä ikäisiä haastatteluun osallistuvat ovat?

Minkälaista työtä haastateltavat tekevät?

Mikä on perheenjäsenten keskinäinen suhde?

Minkälainen perhe haastateltavilla on?

- Kuinka monta perheenjäsentä perheessä on?
- Asuvatko kaikki perheenjäsenet kotona tai samassa osoitteessa?

Millaisia aikaisempia kokemuksia perheellänne on päiväkirurgiasta?



**Teemahaastattelurunko**
**Liite12.**

Teemat	Alateemat	Kysymykset
<u>Teema 1.</u> Päiväkirurgisen potilaan toiminnallisen selviytymisen osa-alue <ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan ja perheen kokemus</li> </ul>	1.Päiväkirurgisen toimenpiteen vaikutukset päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen kotona toimenpiteen jälkeen: hygienian hoito, pukeutuminen, liikkuminen, kotiaskareet, apuvälineet, kivun hoito.	Miten toipuminen päiväkirurgisesta toimenpiteestä on sujunut? Miten arkiaskareet ovat perheessä sujuneet toimenpiteen jälkeen? Miten aamutoimet ovat sujuneet perheessä? Miten yöt ovat sujuneet perheessä? Miten perheen tilanne on nyt muuttunut siitä hetkestä, kun potilas tuli kotiin sairaalasta? Miten perhe on voinut olla potilaan apuna?
<u>Teema 2.</u> Päiväkirurgisen potilaan kokemuksellisen selviytymisen osa-alue <ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan ja perheen kokemus</li> </ul>	1.Kokemukset perheen osuudesta potilaan selviytymisessä: odotukset, tyytyväisyys ja turvallisuus.  2.Perheen antama henkinen tuki: rohkaisu, kannustus, keskustelu, läsnäolo, kuuntelu, kohtelu, asioiden selvittäminen, rajojen asettaminen, psyykinen tuki.	Miten olette kokeneet perheen antaman hoidon täällä kotona? Mitä hyötyä on siitä, että oma perhe hoitaa kotona? Mitä haittaa on siitä, että oma perhe hoitaa kotona? Millaisia odotuksia perheellä oli toipumisajasta kotona? Minkälaisia kokemuksia teidän perheellänne on tästä päiväkirurgisesta toimenpiteestä? Miten toimenpide on vaikuttanut perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin? Millaisia huolia sairastaminen tai toipumisaika on aiheuttanut? Miten perhe on voinut auttaa huolien hoidossa?
<u>Teema 3.</u> Päiväkirurgisen potilaan sosiaalis-yhteisöllisen selviytymisen osa-alue <ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan ja perheen kokemus</li> </ul>	1.Päiväkirurgisen toimenpiteen vaikutukset kanssakäymiseen toisten ihmisten kanssa: ihmissuhteet, harrastukset, työelämä, osallistuminen kodin ulkopuolelle.  2.Potilaan avun tarve perheeltä.	Miten tämä leikkaus on vaikuttanut teidän ihmissuhteisiinne? Miten leikkaus on vaikuttanut teidän työhönne tai koulunkäyntiinne? Miten leikkaus on vaikuttanut harrastuksiinne? Miten perhe on huolehtinut potilaan asioista kodin ulkopuolella? Miten perheellä on ollut mahdollista antaa tarvittavaa hoitoa kotona? Miten avun tarve perheeltä on muuttunut siitä hetkestä kun tulitte kotiin sairaalasta? Millainen kokemus auttajana toimiminen on ollut perheelle? <ul style="list-style-type: none"> <li>Mikä on helppoa? Mikä on vaikeaa?</li> </ul> Mistä omista asioista perheenjäsenet ovat luopuneet toimenpiteen vuoksi? Millaista tietoa teillä oli ennen toimenpidettä siitä, miten toipumisaika tulee vaikuttamaan perheenne elämään?
Avoin kysymys	Mitä muuta haluaisitte kertoa aiheesta?	

Haastattelun päättäminen ja keskustelua siitä, miten haastateltavat kokivat haastattelun.

**Liite 13.**

TAULUKKO 5. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTETTY ILMAUS
<p>H1,T1,V1,1: ”Mutta, aika lailla väärää tietoakin siitä on ollut. Keppejä käytetään yksi päivä ja sen jälkeen kävellään tuo, kyllä meni monta päivää.”</p>	<p>keppejä tarvittiin monta päivää</p>
<p>H1,T1,P1,2: ”Nii juu ja voimisteluja voi aloittaa heti seuraavana päivänä.”</p>	<p>vaikeuksia voimistelun aloituksessa seuraavana päivänä</p>
<p>H1,T1,P1,3: ”Ne voimisteluohjeet, en mä tiedä, se on hyvä tietysti että näitä menee heti näitä tekee, mutta ensimmäisenä yönä, kun ne sano, että saattaa tulla särkyä, mutta mitään särkyä ei tullutkaan. Mutta seuraavana päivänä kun rupesin tätä taivuttelee niin sen jälkeen kipeyty.”</p>	<p>polven taivuttelu lisäsi kipua</p>
<p>H1,T1,V1,3: ”Kipeyty tosi paljon sitten.”</p>	<p>kepit haittaavat kotitöihin osallistumista</p>
<p>H1,T1,V1,5: ”Ei potilas olisi ainakaan ensimmäiseen kolmeen päivään täällä pystynyt mitään tekee, koska se meni keppiin kanssa. Mutta onhan hänkin jonkin verran kotitöitä yrittänyt tehdä, mutta yrittää luistaa niistäkin (naurua). Ja sitten koiran talutukset, siirtyi kokonaan mulle. Kun sen kanssa pitää aina mennä monen kilometrin lenkki. Ei siitä olisi mitään tullut keppiin kanssa. Jos mies olisi ollut yksin, olisi mies joutunut viemään koiran hoitoon. Ja autoa ei pystynyt ajamaan muutamaan päivään. Täältäkin on 6 km suurin piirtein lähimpään kauppaan, että ei täältäkään ihan ilman autoa lähdetä. Vielä vähemmän polkupyörällä ja kävellen.”</p>	<p>kepit haittaavat koiranulkoilutusta</p> <p>koiran talutukset siirtyivät puolisolle</p> <p>potilas ei pystynyt ajamaan autoa muutamaan päivään</p>
<p><i>Haastattelija: Miten kotiaskareihin on voinut osallistua?</i></p>	<p>potilas ei osallistu kotiaskareisiin ensimmäiseen kahteen kolmeen päivään mitenkään</p>
<p>H1,T1,V1,6: ”Ei se niihin ensimmäiseen kahteen kolmeen päivään pystynyt osallistumaan mitenkään.”</p>	<p>potilas ei osallistu kotiaskareisiin ensimmäiseen kahteen kolmeen päivään mitenkään</p>
<p>H1,T1,P1,4: ”Odotas nyt, kyllä mää tämän viikon alussa olen jo ollut ilman keppejä. Tietysti täytyy olla varovainen. Kyllä huomaa, että joka päivä pääsee paremmin kävelemään, mutta ei se ihan päivässä kyllä mene se homma, että.”</p>	<p>potilas liikkui viikon alussa jo ilman keppejä</p>
<p>H1, T1,P1,8: ”No, kyllähän sitä herää monta kertaa, kun sitä niin kuin varoo niin kuin yölläkin.”</p>	<p>potilas herää yöllä, koska varoo leikkausaluetta</p>
<p>H1,T1,P1,12: ”Kyllä tämä on ihan hyvin kehittynyt.”</p>	<p>potilas pääsee kävelemään, mutta ei kovin pitkää matkaa.</p>
<p>H1,T1,V1,10: (myötäilee rinnalla) ”Rupee olemaan kokolailla normaali.”</p>	<p>(liikkumiskyky paranee viikon kuluessa)</p>
<p>H1,T1,P1,13: ”Hiljakseen pääsee kävelemään, mutta ei kovin pitkää matkaa.”</p>	<p>(liikkumiskyky paranee viikon kuluessa)</p>
<p>H1,T1,P1,14: ”Mutta kyllä muuten ihan normaalisti tässä pystyy pyörii, mutta ei nyt mitään raskaita viitti tossa.”</p>	<p></p>

TAULUKKO 6. Esimerkki aineiston abstrahoinnista ja luokkien muodostamisesta.

PELKISTETYT ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p><b>Apu kuljetuksissa sairaalanmatkoilla</b></p> <p>1.sairaalaan täytyy tuoda ja viedä  4.puoliso haki lasten kanssa potilaan kotiin sairaalasta  5.puoliso vei ja haki sairaalasta  7.puoliso huolehti potilaan kuljettamisesta ja hakemisesta sairaalasta  10.puoliso vei ja haki potilaan Tampereelta  2.tytär toi potilaan kotiin sairaalasta, koska puoliso oli poissa kotoa  8. kaveri haki potilaan sairaalasta kotiin.</p> <p><b>Apu auton ajossa</b></p> <p>2.puoliso oli potilaalle kuskina  3.puoliso on ollut autokuskina  4.puoliso joutui ajamaan autoa enemmän  4.puoliso on ajanut autoa potilaan puolesta  5.perhe suunnittelee kuljetushommat etukäteen  7.potilas sai apua auton ajossa  7.puoliso ajoi autoa potilaan puolesta muutaman päivän ajan  9.puoliso on ollut autokuskina</p> <p><b>Apu kauppaan, pankkiin ja Kelaan pääsemisessä</b></p> <p>1.puoliso kuljettanut potilasta Kelassa ja asioilla  5.potilas on viety autolla kauppaan ja pankkiasioille  9.puoliso on kuljettanut potilasta kaupassa autolla</p>	<p>Apu potilaan kuljetuksissa</p>	<p>Perhe antaa apua kodin ulkopuolisten asioiden hoidossa</p>
<p><b>Perheen apua kaupassa asioimisessa</b></p> <p>1.kauppa-asiat puoliso hoitaa pääsääntöisesti muutenkin  3.puoliso on nostanut kauppakassit autoon potilaan käydessä kaupassa  4.puoliso on käynyt vähän enemmän kaupassa  5.perhe ostaa kaupasta kerralla enemmän  5.potilas lähettää miehelle viestiä, jotta tämä voi tuoda tullessaan tarvittavia asioita  9.puoliso on kantanut kauppakassit  9.puoliso on työntänyt ostoskärryjä kaupassa  2.puoliso oli potilaan kanssa asioita hoitamassa  3.potilas tarvitsee apua kaupassa käymisessä  3.puoliso on joutunut kauppareissuille  5.puoliso käy työpäivän aikana välillä kotona ja he käyvät yhdessä potilaan kanssa kaupassa</p> <p><b>Apu sairastamiseen liittyvien tuotteiden hankinnassa</b></p> <p>2.puolisolta tarvitaan apua lääkkeen hakemisessa apteekista  4.puoliso kävi ostamassa haavateippiä potilaan puolesta  10.puoliso on tuonut potilaille särkylääkettä</p> <p><b>Apu sairastamiseen liittyvien erilaisten hakemusten hoidossa</b></p> <p>7.puoliso huolehtii matkakorvaushakemusten hakemisesta potilaan puolesta  10.puoliso on hoitanut vakuutusasioita potilaan puolesta  10.puoliso on ottanut valokopioita potilaan papereista</p>	<p>Apu asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella</p>	