



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Maksansiirtopotilaan työhön paluu

Aho, Virpi
Vehkaluoto, Erja

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Maksansiirtopotilaan työhön paluu

Aho Virpi & Vehkaluoto Erja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2017

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Aho Virpi & Vehkaluoto Erja

Maksansiirtopotilaan työhön paluu

Vuosi 2017 Sivumäärä 49

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää maksansiirtopotilaiden työhön palaamista ja sitä edistäviä tekijöitä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää maksansiirtopotilaan työhön palaamiseen liittyviä subjektiivisia kokemuksia. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Maksa- ja munuaisliitto ry.

Opinnäytetyön empiirisessä osuudessa suoritettiin teemahaastattelu puhelimitse neljälle maksansiirtopotilaalle. Haastateltavilta kysyttiin fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kehittämällemme kvantitatiivisella numeraalisella arviointimittaristolla sekä kvalitatiivisia subjektiivisia kokemuksia sairauden eri vaiheissa ja koherenssin tunnetta.

Opinnäytetyön tulosten mukaan maksansiirtopotilaiden työhön paluuta edistivät potilaan nuori maksansiirtoikä, työssäolo ennen maksansiirtoa sekä työhön paluuvaiheessa olleet hyvä psyykinen ja fyysinen toimintakyky sekä vahva koherenssin tunne. Sen lisäksi myös työn matalampi fyysinen kuormittavuus (esim.toimistotyö) edisti maksansiirtopotilaan työhön paluuta. Haastateltavien kvalitatiiviset subjektiiviset kokemukset sekä kvantitatiiviset numeraaliset arviot fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä voitiin tiivistää seuraavasti; välittömästi maksansiirtoa seuraava ajallinen vaihe oli haasteellisin ja heikoin vaihe potilaille. Tässä vaiheessa fyysinen toimintakyky ja psyykinen toimintakyky koettiin heikoimmiksi. Sen sijaan myöhemmässä työhön paluun vaiheessa kuukausia myöhemmin niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin toimintakyky olivat nousseet voimakkaasti siten, että ne olivat haastatelluilla erittäin korkealla tasolla. Fyysinen ja psyykinen toimintakyky olivat jopa korkeammalla tasolla kuin ennen maksansiirtoa. Nämä edistivät potilaiden työhön paluuta.

Opinnäytetyömme tuottama tieto on hyödyllistä ja tulee Munuais- ja maksaliitto ry:lle käyttöön. Lisäksi tulokset antavat maksansiirtopotilaiden hoidon kehittämiseen uusia ja oivaltavia näkökulmia sekä edistävät ja tukevat työhön paluuta.

Asiasanat: Maksansiirto, työkyky, työhön paluu

Aho, Virpi & Vehkaluoto, Erja

Employment of liver transplantation patient

Year	2017	Pages	49
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine the factors affecting employment after liver transplantation. In addition to this, the objective was also to survey subjective feelings and factors affecting employment of liver transplantation patients after liver transplantation. The study was conducted in co-operation with the Finnish Kidney and Liver Association.

In the empirical part of the thesis, qualitative theme interviews were conducted by phone for four liver transplantation patients. By using a structured quantitative and qualitative questionnaire, the interviewees were asked to assess their sense of physical, psychological and social health at different stages of the illness. In addition to this, personal qualitative comments and sense of coherence were asked about when conducting the interviews.

The results of the thesis show that the positive predictors of employment after liver transplantation were patient's young age, employment before liver transplantation, strong sense of physical health when returning to work, strong sense of psychological health when returning to work, strong sense of coherence (hardiness) and low physical strain of work (e.g. office work). In addition to this, the results show that immediately after liver transplantation, patients' sense of physical and psychological health were at the weakest levels. This phase was the most demanding and weakest phase for liver transplantation patients. However, when returning to work months afterwards, the sense of physical, psychological and social health had risen strongly, and all were even on a higher level than before the liver transplantation. This enabled the patients to return to work.

The thesis provides useful information for liver transplantation patients as well as for the Finnish Kidney and Liver Association. The results of the thesis provide useful insights to factors affecting and promoting the employment of liver transplantation patients.

Keywords: Liver transplantation, working ability, employment

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	7
3	Maksan toiminta.....	7
	3.1 Maksan fysiologia	7
	3.2 Maksasairaudeen oireet.....	8
	3.3 Maksansiirron syyt.....	9
	3.3.1 Krooniset maksasairaudet	9
	3.3.2 Äkilliset maksasairaudet	11
	3.4 Maksansiirto	12
	3.4.1 Maksansiirron jälkeinen toipuminen ja seuranta	13
4	Työkyky	14
	4.1 Työkykyyn vaikuttavat tekijät	14
	4.2 Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky.....	15
	4.3 Koherenssin tunne	17
5	Maksansiirtopotilaiden työhön paluuta koskevia akateemisia tutkimuksia	18
	5.1 Tutkimustuloksia	18
6	Haastattelututkimuksen toteuttaminen.....	21
	6.1 Haastattelututkimuksen menetelmä.....	21
	6.2 Aineiston keruu teemahaastattelulla.....	22
	6.3 Aineiston kerääminen ja analysointi.....	23
7	Haastattelututkimuksen tulokset	26
	7.1 Haastateltavien taustatiedot.....	26
	7.2 Fyysisen toimintakyvyn muutokset.....	26
	7.3 Psyykkisen toimintakyvyn muutokset.....	30
	7.4 Sosiaalisen toimintakyvyn muutokset.....	32
	7.5 Yhteenveto fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutoksista ...	35
	7.6 Koherenssin tunteen muutokset	36
8	Pohdinta	37
	8.1 Maksansiirtopotilaan työhön palaamista edistävät tekijät.....	37
	8.2 Maksansiirtopotilaan subjektiiviset kokemukset työhön palaamiseen liittyen	39
	8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	40
	8.4 Jatkotutkimus- ja kehitysehdotukset	41
	Lähteet	42
	Taulukot	46
	Liitteet.....	47

1 Johdanto

Maailmassa tehdään yli 20 000 maksansiirtoa vuosittain. Euroopassa maksansiirtoja tehdään noin 6 500 ja Pohjoismaissa määrä on 300 vuodessa. Suomessa maksansiirtoja suoritetaan joka vuosi noin 50-55. Vuonna 2016 suoritettiin 61 maksansiirtoa. Suomen sekä samalla koko Pohjoismaiden ensimmäinen maksansiirto tehtiin vuonna 1982 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Kirurgisessa sairaalassa. (Isoniemi 2013a, 880.) Arvioitu maksansiirtojen tarve Suomessa on noin 70-80 maksansiirtoa. Kaiken kaikkiaan maksansiirtoja on Suomessa tehty yli 1000. Vuoden kuluttua maksansiirrosta on elossa yli 90 % ja noin 80 % potilaista viiden vuoden kuluttua. (Koivusalo & Ilmakunnas 2014a, 574.) Suomessa maksansiirtotoiminta on keskitetty Elinsiirto- ja maksakirurgian klinikkaan, Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan (HYKS) (Isoniemi 2013a, 880).

Potilailla, joille tarjotaan maksansiirtoa hoidoksi on joko krooninen, loppuvaiheen maksatauti tai äkillinen maksan vajaatoiminta. Jollei voida tarjota mahdollisuutta maksansiirtoon on seurauksena potilaan menehtyminen. (HUS 2016c.) Maksansiirron kaksi tärkeää päämäärää potilaalle on, että potilaan elinaikaa pyritään pidentämään sekä parantamaan samalla myös elämänlaatua. Maksansiirtojen tulokset ovat vuosien myötä parantuneet. Jos potilas selviää hyvin ensimmäisen vuoden, on hänellä erinomaiset mahdollisuudet elää normaalia elämää pitkään. Potilaiden elämänlaatu paranee maksansiirron jälkeen. (Isoniemi 2013a, 880, 900-901.) Potilaan ennuste voi parantua maksansiirrolla myös erittäin valikoiduissa alkuvaiheen maksasolusyövissä. (HUS 2016c.)

Maksansiirron jälkeen potilaiden elämänlaatu on yleensä verrattain hyvä ja vastaava kuin muulla väestöllä. Suuri osa HYKS:n työikäisistä maksansiirtopotilaista on palannut työelämään maksansiirron jälkeen ja potilaat pystyvät viettämään normaalia perhe-elämää. Pisimpään siirron jälkeen elossa oleva potilas on elänyt 29 vuotta. Maksansiirtopotilaiden keski-ikä on keskimäärin noin 43 vuotta. Maksansiirtoja on tehty hyvin tuloksin myös yli 70-vuotiaallekin potilaille. (HUS 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaan työhön palaamista maksansiirron jälkeen. Opinnäytetyössä selvitetään mitkä tekijät edistävät maksansiirtopotilaan työhön paluuta, minkälaisia subjektiivisia kokemuksia potilailla on ja miten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky vaikuttavat työhön palaamiseen sekä potilaiden koherenssin tunnetta. Opinnäytetyö toteutetaan neljälle maksansiirtopotilaalle teemahaastatteluna puhelimitse. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa lisäksi Munaiais- ja maksaliitto ry:lle tietoa maksansiirtopotilaiden työhön palaamisesta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää maksansiirtopotilaan työhön palaamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Tavoitteenamme on vastata seuraaviin kahteen keskeiseen kysymykseen opinnäytetyössämme;

1. Mitkä tekijät edistävät maksansiirtopotilaan työhön palaamista ?
2. Mitkä ovat maksansiirtopotilaan työkykyyn ja työhön palaamiseen liittyvät subjektiiviset kokemukset sekä koherenssin tunne?

Opinnäytetyön tavoitteena on myös tuottaa tietoa yhteistyössä Munuais- ja maksaliitto ry:n kanssa maksansiirtopotilaan työhön palaamiseen liittyvistä tekijöistä.

Tarkastelemme aluksi maksantoimintaa sekä maksasairauksia, jotka johtavat maksansiirtoon. Tämän jälkeen tarkastelemme toiminta- ja työkykyyn liittyviä tekijöitä, kuten fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä sekä koherenssia. Seuraavaksi luomme opinnäytetyössämme katsauksen akateemisiin tutkimuksiin maksansiirtopotilaiden työhön paluuseen vaikuttavista tekijöistä. Haastattelututkimuksen osuudessa kuvaamme tekemämme teemahaastattelut, joissa maksansiirtopotilailta kysytään erityisesti työhön paluuseen vaikuttaneista tekijöistä. Lopuksi teemme yhteenvedon työhön paluuseen vaikuttaneista tekijöistä ja haastateltavien subjektiivisista kokemuksista sekä teemme yhteenvedon fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kehityksestä sairauden eri vaiheissa ja vaikutuksesta työhön paluuseen sekä koherenssiin.

3 Maksan toiminta

3.1 Maksan fysiologia

Maksa on ihmisen suurin rauhanen. Maksa sijaitsee vatsaontelon yläosassa, suurimmaksi osaksi rintakehän luiden suojaamana ja pääasiassa oikealla puolella. Maksan ympärillä on sidekudoksinen kotelo eli kapseli. Se on samalla osa vatsakalvoa. Maksan sisällä sidekudosta on puolestaan vähän ja siitä syystä maksakudos on varsin haurasta. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2009, 315.) Maksakudoksessa ei ole lainkaan kipuermoja, mutta maksakapseli puolestaan aistii kipua, muun muassa maksan turvotuksen yhteydessä (Koivusalo

& Mäkisalo 2014b, 212). Aikuisella maksan normaali paino on 1 400-1 600 grammaa (Arola & Jokelainen 2013, 683). Maksan keskilaskimo sekä sappirakko jakavat maksan oikeaan ja vasempaan lohkoon. Lohkot jaetaan lisäksi vielä kahdeksaan eri segmenttiin. Tämän kaltainen jako perustuu verisuonien (porttilaskimo ja maksalaskimo ja kolme maksalaskimoa) ja lisäksi sappiteiden kulkuun. Tällä tavoin mahdollistetaan muutosten tarkka paikantaminen sekä radiologisesti että kirurgisesti. (Koivusalo & Mäkisalo 2014c, 212.)

Maksan keskeinen merkitys ihmisen aineenvaihdunnassa perustuu maksan suureen metaboliakykyyn sekä maksan sijaintiin ruuansulatuskanavan että muun elimistön välissä (Arola ym. 2013, 687). Sappea erittämällä maksa osallistuu ruuansulatukseen. Sitä suolisto tarvitsee rasvojen emulgointiin. Kun maksa erittää sappea, se samalla poistaa osan elimistön kuona-aineista. Tällä tavoin maksa toimii myös erityselimenä. (Nienstedt ym. 2009, 314-315.) Maksa tuottaa ruuansulatusaineita. Ne pilkkovat nautittun ravinnon, jotta ravintoaineet voivat imeytyä suolistosta, kuten esimerkiksi valkuaisaineet. Maksa varastoi vitamiineja, rautaa sekä energiaa esimerkiksi rasvan ja sokerin muodossa. Lisäksi maksa hajottaa muun muassa lääkkeitä, alkoholia sekä muita elimistölle haitallisia aineita. (Isoniemi, Lempiäinen, Mäkisalo, Nordin, Tukiainen, Helenius-Hietanen, Nikkilä, Koivusalo & Åberg 2014, 8-9.)

Maksalla on kaksinkertainen verenkierto, jossa porttilaskimon kautta maksan verenkierrosta tulee noin 60-70 % ja maksavaltimon kautta loppuosa eli 30-40 %. Maksavaltimo sekä porttilaskimo sijaitsevat maksaportissa eli hiluksessa, maksan alapinnalla. Porttilaskimo tuo suolistosta ja pernasta laskimoverta ja maksavaltimo tuo maksaan valtimoverta. Normaalioloissa maksan verenkierto on noin 25 % sydämen minuuttivolyymista. Maksavaltimon tehtävänä on huolehtia pääasiassa maksan tukirakenteiden ja sappitiehyiden verenkierrosta. (Arola ym. 2013, 683, 687.) Veri poistuu maksasta kolmen maksalaskimon kautta alaonttolaskimoon (Koivusalo & Mäkisalo 2014b, 212). Uloshengitys, vuodelepo ja ruuan imeytyminen lisäävät maksan verenkiertoa. Maksan verenkiertoa vähentävät pystyasento ja fyysinen rasitus. Maksan rakenne on sienimäinen, joten sen ansiosta voi maksaan varastoitua noin 300ml verta. (Arola ym. 2013, 687.) Maksa toimii siten elimistön verivarastona (Nienstedt ym. 2009, 315).

3.2 Maksasairauden oireet

Maksasairauden selkein merkki on keltatauti (ikterus). Se tarkoittaa ihon ja silmävalkuaisten värjäytymistä kellertäviksi, koska elimistössä on epätavallisen paljon sappiväriainetta eli bilirubiinia. Bilirubiinin muodostuminen tapahtuu punaisten verisolujen hajotessa. Se poistuu normaalisti maksan sekä sappiteiden kautta. Sappihappojen kertyminen aiheuttaa usein sietä-

mätöntä kutinaa. Maksan toimintahäiriöt ilmenevät tavallisesti väsymyksenä, lihasten surkastumisena sekä munuaisten, keuhkojen, sydämen ja aivojen toimintojen heikentymisenä. Kun maksassa tapahtuu arpeutumista, kohoaa porttilaskimopaine. Se aiheuttaa nesteen kertymistä vatsaonteloon (askites-muodostus) aiheuttaen vatsan turpoamista ja pingoittumista. Se voi aiheuttaa myös ruokatorven laskimokohjuja ja jopa henkeä uhkaavia verenvuotoja suolistoon. (Isoniemi ym. 2014, 10.) Potilaan matalat hyytymistekijät voivat olla ensimmäinen merkki maksasairaudesta. Mutta aina ei ole helppo erottaa onko potilaalla kyse akuutista tai kroonisesta maksasairaudesta. Maksabiopsian avulla voidaan usein selvittää poikkeavien maksaentsyymien muutosten sekä ikteruksen syytä. Potilaan alkava maksakirroosi todetaan vain maksabiopsian avulla. (Isoniemi & Färkkilä 2013, 696, 700.)

3.3 Maksansiirron syyt

Maksansiirtoa tarjotaan hoidoksi niille potilaille, joilla on krooninen, loppuvaiheen maksatauti tai äkillinen maksan vajaatoiminta. Erittäin valikoiduissa alkuvaiheen maksasolusyövissä voi potilaan ennuste parantua maksansiirrolla. (HUS 2016c.) Suomessa aikuisten yleisimmät maksansiirron aiheet ovat olleet primaarinen biliaarinen kirroosi (PBC) ja primaarinen skleroiva kolangiitti (PSC) (Koivusalo ym. 2014a, 574). Äkillisen maksan vajaatoiminnan syyinä voi olla myöskin krooninen tai monen eri tekijän aiheuttama immunologinen maksatulehdus. Muita syytä ovat lääkkeen tai muun aineen aiheuttama raju vaurio maksaan tai virustauti. Äkillisen maksan vajaatoiminnan syytä ei yli puolella potilaista kyetä osoittamaan laajoista tutkimuksista huolimatta. Kaikista maksansiirron saaneista potilaista noin 10 %:lla on aiheena alkoholi. (HUS 2016c.) Maksaa voivat vaurioittaa niin ylipaino, monet lääkeaineet, virukset kuin alkoholi. Osa potilaan maksasairauksista on synnynnäisiä, mutta joissakin tapauksissa potilaan sairauden syy jää tuntemattomaksi. (Munuais- ja maksaliitto 2016a.) Uusintasiirtojen määrä on 10 % maksansiirroista (Isoniemi 2013a, 880).

3.3.1 Krooniset maksasairaudet

Primaarinen biliaarinen kirroosi (PBC) on krooninen, mutta etiologialtaan tuntematon autoimmuunimaksasairaus. Se on sairaus, jossa todetaan pienten sappiteiden ei-märkäinen ja etenevä tulehdus. Se johtaa vähitellen muun muassa sappiteiden tuhoutumiseen, sidekudoksen muodostumiseen sekä lopulta potilaalle kehittyä maksakirroosi ja maksan vajaatoiminta. Potilaat ovat pääasiassa keski-ikäisiä naisia. Tauti on miesten keskuudessa harvinainen, sillä vain 10 % sairastuneista on miehiä. Taudin ilmaantuvuus Suomessa on 30-50 uutta tautitapausta

vuodessa. Primaarinen biliaarinen kirroosi on katsottu kehittyvän useiden altistavien geneettisten tekijöiden seurauksena, jotka ympäristötekijät laukaisevat. Tauti on jopa sata kertaa yleisempää potilaiden ensimmäisen asteen sukulaisille kuin verrattuna kontrolliväestöön. (Färkkilä 2013, 781.)

Primaarinen sklerosoiva kolangiitti (PSC) on krooninen autoimmuunisairaus, joka johtaa potilaan sappiteiden ahtautumiseen ja tulehdukseen. PSC-potilaista jopa 70 % on krooninen tulehduksellinen suolistosairaus (IBD). Suomessa sekä muissa Pohjoismaissa PSC on yleinen maksansiirron aihe. (Boyd, Arola, Mäkisalo & Färkkilä 2014.) Suomessa tautia sairastaa yli 2 000 henkilöä (Halme, Arola, Numminen, Krogerus, Mäkisalo & Färkkilä 2012). PSC ahtauttaa potilaan sappiteitä sekä johtaa sappitiekatoon, krooniseen kolestaasiin, etenevään fibroosiin ja lopulta usein maksakirroosiin. Potilaan toistuvat kuumeiset kolangiitit ovat tavallinen ja toisinaan ainoa oire. Taudinkuvan vaihdellessa sairaus ei etene kaikilla potilailla. Maksansiirto on tällä hetkellä ainoa tehokas hoito pitkälle edenneeseen PSC:n. (Boyd ym. 2014.)

Kaikista Suomessa tehdyistä maksansiirroista on alkoholimaksan vuoksi tehty 10 %. Maksansiirron kriteerit alkoholin aiheuttamassa kirroosissa noudattavat Suomessa pääsääntöisesti Euroopan kriteereitä. Se tarkoittaa, että potilaalla on ehdoton edellytys pysyvästä alkoholista pidättäytymisestä. Sen lisäksi potilaalla tulee olla tallella niin sosiaalinen tukiverkko kuin läheistenkin tuki. Potilaan tulee maksansiirron jälkeen kyetä itsenäisesti huolehtimaan muun muassa hyljinnänestolääkityksestä. (Koivusalo ym. 2014a, 575.) Liikalihavuus vähentää maksan hyvinvointia. Se lisää osaltaan ei-alkoholiperäisestä rasvamaksasta johtuvien maksansiirtojen tarvetta ja tämä suuntaus on nähtävissä laajalti länsimaissa, kuten myös Suomessa. Yhdysvalloissa rasvamaksan aiheuttama maksakirroosi on kolmanneksi tavallisin syy maksansiirtoon tällä hetkellä. Siellä on ennustettu sen olevan tavallisin syy jo vuoteen 2020 mennessä. Maksakirroosiriskiä lisää väestön ikääntyminen yhdessä ylipainon kanssa. (HUS 2013.)

Aineenvaihduntasairaudet ja perinnölliset sairaudet ovat harvinaisia, lukuun ottamatta hemokromatoosia. Taudin kuvaan kuuluu, että rautaa imeytyy ohutsuolessa yli oman tarpeen. Sitä alkaa kerääntyä muualle elimistöön, ensiksi maksaan. Se on harvinainen sairaus, joka on yleisempi miehillä. Sen taustalla on perinnöllinen geenimuutos. Hemokromatoosi voi johtaa maksakirroosiin. Wilsonin tauti on aineenvaihdintahäiriö ja se on äärimmäisen harvinainen. Taudissa maksassa tapahtuva kuparin siirtyminen valkuaiseen on häiriintynyt. Kuparin kertyminen puolestaan aiheuttaa etenevän maksasairauden, joka johtaa kirroosiin. (Munuais- ja maksaliitto 2016d.) Maksasyöpä (hepatosellulaarinen karsinooma) tulee ihmiselle harvoin terveeseen maksaan. Taustalla on yleensä jokin maksasairaus ja maksan toiminnanvaja, mikä itsessään lisää leikkauriskä. (HUS 2016b.) Tuumori, joka on metastasoitunut ainoataan maksaan, saattaa olla sopiva aihe maksansiirrolle (Isoniemi 2013a, 889).

3.3.2 Äkilliset maksasairaudet

Akuutti maksan toiminnan pettäminen on hengenvaarallinen, mutta harvinainen tila. Maksan toiminnan akuutti pettäminen voi johtua useista eri tekijöistä. Potilaan perusteellisista tutkimuksista huolimatta jää syy akuutin maksan vajaatoimintaan usein tuntemattomaksi. Kun akuutti maksasoluvaurio etenee elimistössä, kertyy elimistöön haitallisia aineita, joita maksa ei enää pysty erittämään normaalisti eikä siten poistamaan elimistöstä. Tämän lisäksi elimistön elintärkeiden aineiden tuotantokyky maksassa häiriintyy. Alkuvaiheessa potilaan oireet ovat varsin vähäisiä. Potilaan oireet ovat lähinnä lievää väsymystä, pahoinvointia sekä oksentelua. Oireisiin voi liittyä usein myös niin vatsakipua kuin keltaisuutta. Maksavaurion edetessä pettää vähitellen koko elimistö. Maksasoluvaurio voi johtaa monielinvaurioon, maksakoomaan tai potilaan menehtymiseen jopa muutamassa päivässä. Vaikka tehohoito on parantunut ja maksansiirto on mahdollista osalle potilaista, on kuolleisuus potilailla edelleenkin korkea. (Isoniemi 2013b, 845-846, 850.)

Maksatulehduksen eli hepatiitin aiheuttaa tavallisesti virus. Virushepatiittien lisäksi muita maksan tautimuotoja ovat autoimmunihepatiitti, alkoholihepatiitti sekä lääkeainehepatiitti. Hepatiitti voi alkaa niin äkillisesti kuin vähitellenkin. Taudinkuva ja oireet voivat vaihdella hyvin rajusta varsin rauhalliseen. Hepatiitti on aika tavallinen tietyillä riskiryhmillä, kuten suomensäisten huumeiden käyttäjillä. Siitä syystä sairaus on varsin leimaava. Sairastuneista valtaosalla esiintyy erilaisia vatsavaivoja, pahoinvointia, oksentelua tai ripulia ennen maksavauriolle tyypillistä keltaisuutta. Virushepatiitit jaetaan suun kautta sekä veriteitse tarttuviin, joista maksatulehduksia aiheuttavat varsinaiset hepatiittivirukset on nimetty aakkosin. Tällä hetkellä tiedetään kaksi uloste-suutietä tarttuvaa hepatiittivirusta, hepatiitti A-virus ja hepatiitti E-virus. Lisäksi veren välityksellä tarttuvaa hepatiittiviruksia tunnetaan kolme, hepatiitti B-virus, hepatiitti C-virus ja hepatiitti D-virus. A- ja B-hepatiitit ovat tartuntatauteja, joilta voi suojautua rokotteella. (Munuais- ja maksaliitto 2016b.)

Myrkylliset sienet voivat aiheuttaa äkillisen ja hengenvaarallisen maksavaurion. Vakavat tai kuolemaan johtaneet sienimyrkytykset ovat tosin Suomessa harvinaisia. Myrkytyksiä tapahtuu muun muassa, kun sientä syödään raakana ja valmistetaan väärin. Valkoiset kärpässienet aiheuttavat puolestaan maksaan soluvaurioita. Jopa yksi sieni voi olla kohtalokas ja siten uhata henkeä aiheuttamalla tappavan maksakuolion muutamassa päivässä. (Munuais- ja maksaliitto 2016c.)

Parasetamolimyrrytys on tunnetuin maksan akuutin vajaatoiminnan aiheuttaja. Pitkäaikainen ja runsas parasetamolin käyttö voi vaurioittaa maksa. (Koivusalo & Mäkisalo 2014d, 216.) Vuosina 1996-2004 Suomessa tehtiin parasetamolimyrrytysten vuoksi seitsemän maksansiirtoa (Parry & Hoppu 2015).

Luontaistuotteiden aiheuttamat maksavauriot liittyvät tavallisesti niiden pitkäaikaiseen käyttöön. Samanaikaisesti käytettyjen luontaistuotteiden annokset saattavat olla monikertaisia. Tällöin myös yhteisvaikutukset sekä mahdolliset haitat kasautuvat elimistössä. Maksavaurion aiheuttajana on yleensä luontaistuotteen sisältämä lääkekasvi. (Munuais- ja maksaliitto 2016c.) Jo kaksi karpässienelakkia aiheuttaa maksansiirtoa edellyttävän maksanekroosin (Koivusalo ym.2014d, 216). Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) ylilääkäri Markku Voutilainen toteaa haastattelussa, että Suomessa on tehty muutama maksansiirto potilaille, joiden maksan toiminnan pettämisen todennäköinen syy oli luontaistuotteiden käyttö. (Kähkönen, 2014.)

3.4 Maksansiirto

Kun maksan toiminta pettää joko äkillisesti tai hitaasti, on seurauksena potilaan menehtyminen, jollei potilaalle voida tarjota mahdollisuutta maksansiirtoon. Maksansiirron jälkeen suurin osa potilaista pystyy viettämään normaalia elämää. Osa potilaista voi kuitenkin saada vaikeitakin komplikaatioita maksansiirron jälkeen heti ensimmäisten viikkojen aikana. Silloin potilaan hoidot pitkittyvät ja toipuminen tulee viivästymään. (HUS 2016c.)

Potilaan maksansiirron kaksi tärkeää päämäärää ovat, että potilaan elinaikaa pyritään pidentämään sekä parantamaan potilaan elämänlaatua (Isoniemi 2013a, 880). Mahdollisen maksansiirtopotilaan arviointi aloitetaan potilaan omassa keskussairaalassa selvittämällä onko maksansiirto ylipäätään potilaalle tarpeen. Samalla siinä arvioidaan alustavasti mahdollisia maksansiirron esteitä. Potilaan sisäelinten toiminta on varmistettava muun muassa sydän- ja keuhkotutkimuksin. Lisäksi potilaalta voidaan selvittää mahalaukun, paksusuolen ja sappiteiden tilaa tähytystutkimuksin sekä virustilannetta. Kun potilas katsotaan sopivaksi maksansiirtoehdokkaaksi, lähetetään hänet HYKS:n Meilahden sairaalaan lisäselvityksiin. Elinsiirtoyksikössä tehdään potilaalle lisätutkimuksia, kuten muun muassa vartalon tietokonetomografia, magneettitutkiminen ja sappiteiden kuvantaminen. Kaikki potilaan mahdolliset tulehdukset on hoidettava ennen maksansiirtoa. Elinsiirtoyksikössä käydään potilaan tutkimukset läpi, arvioidaan maksansiirron tarve, mahdolliset vasta-aiheet sekä tehdään muut tarvittavat esivalmistelut. Potilaan psykososiaalinen tilanne kartoitetaan ja anestesia- ja elinsiirtoyksikön lääkäri arvioi, kestäkö potilas tulevan leikkauksen. Elinsiirtokirurgi käy läpi siirtoleikkauksen kaikkine yksityiskohtineen ja jatkohoitoineen yhdessä potilaan sekä hänen lähiomaisensa kanssa. Elinsiirtokoordinaattori käy läpi potilaan kanssa mitä siirtolistalla oleminen edellyttää. Tehtyjen tutkimusten jälkeen, pidetään ns. maksakokous, jossa päätetään potilaan siirtolistalle asettamisesta tai vaihtoehtoisesti maksansiirron epäämisestä. Elinsiirto- ja maksakirurgian yksikössä arvioidaan yli 100 potilasta vuosittain. Heistä noin puolet hyväksytään odottamaan maksansiirtoa. Osa potilaista

käy läpi tutkimuksia usean kuukauden ajan riippuen taudin vaikeusasteesta sekä taudin luonteesta. Osa potilaista päätyy siirtolistalle hyvinkin nopeasti. Odotusaika maksansiirtoon vaihtelee potilaan siirtotarpeen mukaan. Osa potilaista tarvitsee maksansiirron mahdollisimman pian, mutta osa voi odottaa jopa useamman kuukauden ajan. Keskimäärin maksansiirron odotusaika on noin 2-3 kuukautta. Maksansiirtoa odottavien kuolleisuus on kuitenkin hyvin pieni. Mutta mikä tahansa potilaan perustaudin komplikaatio voi johtaa potilaan menehtymiseen, ennen kuin sopiva maksasiirrännäinen löytyy. (HUS 2016d.)

Maksasiirtoleikkaus jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ne ovat vanhan maksan irrottaminen, uuden maksan kiinnittäminen (ns. anhepaattinen vaihe, jossa potilas on ilman maksaa) ja uuden maksan verenkierron avaus ja elimistön reaktiot siihen (ns. reperfuusiovaihe.) Parhaat merkit maksasiirrännäisen hyvästä toiminnasta on potilaan hyvä tajunnantaso sekä stabiili hemodynaamikka. Kun siirrännäinen on käynnistynyt hyvin, potilas voidaan ekstuboida sekä mobilisoida välittömästi toimenpiteen jälkeen. Potilas kokee subjektiivisesti fyysisen kuntonsa kohentuneen jopa ensimmäisen vuorokauden aikana siirrosta. (Koivusalo ym. 2014a, 575.) Potilas hoidetaan leikkauksen jälkeen teho-osastolla 1-4 vuorokautta ja 2-3 viikkoa vuodeosastolla. Kotiutuminen tapahtuu potilaan oman keskussairaalan kautta. (Isoniemi 2013a, 895.) Potilas siirretään heti keskussairaalaan, kun maksan toiminta on hyvä sekä vakaa ja kun potilaan mahdolliset alkuvaiheen komplikaatiot on hoidettu (Isoniemi ym. 2014, 18).

3.4.1 Maksansiirron jälkeinen toipuminen ja seuranta

Ensimmäisen vuoden aikana maksansiirrosta on potilaan seuranta tiheää ja se järjestetään elinsiirtoyksikön sekä oman keskussairaalan yhteistyönä. Maksabiopsia otetaan 1, 5 ja 10 vuoden kohdalla sekä sen jälkeen jatkossa 5-6 -vuoden välein. Säännölliset kontrollit ovat elintärkeitä, koska potilaan lääkitystä säädelään lääkkeiden veripitoisuuksien mukaan. Kontrollien tarkoitus on myös ajoissa havaita siirrännäisen toiminnan huononeminen sekä minimoida lääkkeiden haittavaikutukset. (Isoniemi 2013a, 895.)

Maksansiirtopotilaat joutuvat syömään hyljinnänestolääkkeitä loppuelämänsä ajan. Alkuvaiheessa lääkkeiden annokset pidetään suurina, mutta lääkemäärää pyritään vähentämään ensimmäisen vuoden aikana. Hyljinnänestolääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset ovat yleensä annosriippuvaisia ja myös häviävät, kun lääkitystä pystytään ajan myötä vähentämään. Maksan äkillisen hylkimisreaktion riski on kuitenkin aina olemassa. Toisinaan lääkeannoksen vähentäminen aiheuttaa hylkimisen ilmaantumisen. Tällöin joudutaan tavallisesti palaamaan entiseen annosteluun. (HUS 2016a.)

Maksansiirron saaneista potilaista noin 35 % kärsii hylkimisreaktioista yhden tai useamman kerran. Hyljinnäestolääkitys alentaa immuunipuolustusjärjestelmää, jolloin syöpäriski kasvaa mitä kauemmin aikaa on maksansiirrosta kulunut. (Isoniemi ym. 2014, 55, 63.) Maksansiirtopotilaiden syöpäriski kasvaa 2,6 kertaiseksi. Ihosyövät ovat yleisiä, joten potilaiden iho tulee tarkistaa säännöllisesti, sillä ei-melanooma-ihosyöpäriski on maksansiirtopotilailla jopa 39-kertainen. (Isoniemi 2013a, 899.)

Ulkomaille matkustamista maksansiirron jälkeen ei suositella 6 kk aikana. Sen jälkeen este matkustamiselle poistuu. Erityistä huomiota tulee kiinnittää matkustaessa hygieniaan ja auringolta suojautumiseen. Mukaan matkalle suositellaan antibioottikuuria, jotta turistiripuli ei vaarantaisi hyljinnäestolääkitystä ja sen imeytymistä. Säännöllinen hammashoito on maksansiirtopotilaille erityisen tarpeellinen estämään infektioita. Maksansiirtopotilaiden olisikin syytä pidättäytyä kokonaan alkoholista. (Heiro & Koskinen 2012.)

Potilaan ruokailuun, matkustamiseen ja liikkumiseen liittyvät rajoitukset kuuluvat vain alkuvaiheeseen. Potilaalla voi esiintyä runsaasti ohimeneviä psyykkisiä ongelmia alkuvaiheessa, kuten masentuneisuutta, ahdistusta, mielialanvaihteluita, unettomuutta, pelkoa ja jopa kuolemanpelkoa. Maksansiirron jälkeen potilaan munuaisvauriot ovat mahdollisia, samoin sydän- ja verisuonikomplikaatiot. Verenpainetaudin riski on kolminkertainen normaaliväestöön verrattuna ja diabetesriski on 2-6 kertainen. Potilaan kokemat oireet ovat kuitenkin selvästi vähäisempiä verrattuna maksasairauden aikaan ennen maksansiirtoa. Maksansiirron jälkeen elämänlaatu potilailla paranee, jolloin potilaalla on täydet mahdollisuudet elää normaalia elämää. Potilas on yleensä valmis aloittamaan työt tai koulunkäynnin 6-12 kuukauden kuluttua. Lasten synnyttäminen on myös mahdollista maksansiirron kokeneille naisille. (Isoniemi 2013a, 898-899, 901.)

4 Työkyky

4.1 Työkykyyn vaikuttavat tekijät

Ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja terveys muodostavat yhdessä työkyvyn perustan. Työkyvyssä on kysymys ihmisen voimavarojen ja työn välisestä yhteensopivuudesta ja tasapainosta. (THL 2014.) Työkyky on siis monien asioiden summa (Tela). Toimintakyky on tärkeä osa ihmisen hyvinvointia. Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä jokapäiväisen elämän askareista ja haasteista. Se on sekä itsestä ja toisista huolehtimisesta, työstä, vapaa-ajasta sekä harrastuksista. (THL 2015a).

Ihmisen työkykyä edistäviä tekijöitä ovat muun muassa pystyvyys, hyvä parisuhde, sosiaalinen tuki, korkea koulutustaso, turvallinen työilmapiiri, hyvä työmotivaatio, toimiva työyhteisö, tehtävien valinnanvapaus, työn hallinta sekä organisaation oikeudenmukaisuus. Ihmisen työkykyä puolestaan heikentävät työperäinen stressi, korkeat työn vaatimukset, korkea ikä, heikko työn hallinta, vähäinen itsemääräämisoikeus, työn ja perheen vaikea yhteensovittaminen, huono ammattitaito sekä työn palkitsevuuden puuttuminen. Ihmisen psykososiaaliset kuormitustekijät heikentävät työkykyä, lisäävät sairauspoissaoloja ja vaikuttavat ennenaikaiseen eläköitymiseen. Työntekijään liittyviä psykososiaalisia kuormitustekijöitä ovat muun muassa heikko työn hallinta, huono päätöksenteko mahdollisuus työssä, huono sosiaalinen tuki, syrjintä, kiusaaminen, heikot kehittymismahdollisuudet työssä, työstä saatavan tunnustuksen puuttuminen, huono stressinhallinta, turvattomuus sekä heikko työhön sitoutuminen. Työhön liittyviä psykososiaalisia kuormitustekijöitä ovat stressaavat työolosuhteet, korkea työn vaatimustaso, työyhteisö sekä työtehtävät. Työkykyä edistäviä tekijöitä ovat turvallinen työilmapiiri, pystyvyys, hyvä parisuhde ja sosiaalinen tuki. (Rahunen 2013.)

Ihmisen omat arvot, motivaatio ja asenteet työntekoon vaikuttavat merkittävästi työkykyyn. Jos työnteko koetaan mielekkäänä ja sopivan haasteellisena, se vahvistaa ihmisen työkykyä. Työkykyä puolestaan heikentää, jos työ tuntuu pakolliselta osalta elämää eikä se vastaa omia odotuksia. Iän myötä ihmisen työ- ja eläkeasenteet muuttuvat. Ne voivat johtaa työelämästä luopumiseen tai jopa ennenaikaiseen syrjäytymiseen. Työkyvyssä on kysymys voimavarojen sekä työn välisestä yhteensopivuudesta että tasapainosta. Työ itsessään muuttuu usein nopeasti, eikä ihmisellä ole aina edellytyksiä vastata muutoksiin. Ikääntyminen muuttaa ihmisen voimavaroja ja työelämä muuttuu esimerkiksi uuden teknologian sekä globaalin talouden seurauksina. Ihminen on luonnollisesti päävastuussa omista voimavaroistaan. Työnantajalla on oma roolinsa olla tukemassa monella tavoin työntekijän voimavarojen kehittämistä. Perhe, ystävät ja sukulaiset voivat tukea työkykyä. Perhe-elämän sekä työn hyvä yhteensovittaminen on edellytys ihmisen työkyvylle. Myös yhteiskunnan rakenteet sekä säännöt vaikuttavat myös ihmisen työkykyyn. (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen 2006, 23-24.)

4.2 Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä arjessa hänelle tärkeistä tehtävistä. Fyysinen toimintakyky ilmenee kykyinä esimerkiksi liikuttaa itseään. Fyysisen toimintakyvyn kannalta elimistön tärkeitä fysiologisia ominaisuuksia ovat muun muassa lihasvoima- ja kestävyys, nivelten liikkuvuus, kestävyyskunto, kehon asennon ja liikkeiden hallinta ja näitä koordinoiva keskushermoston toiminta. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät läheisesti käsitteet fyysinen suorituskyky, fyysinen kunto sekä terveystunto. (THL 2015b.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella sekä ihmisen mielialan, persoonallisuuden ja elämänhallinnan psyykkisten voimavarojen että toisaalta mielenterveyshäiriöiden ja psyykkisten oireiden näkökulmasta (THL 2016).

Maksansiirtoselvittelyssä olevan potilaan psyykkisten vahvuuksien ja heikkouksien ja sosiaalisen tukiverkoston toimivuuden tunteminen vain vahvistaa hoitotiimin sekä potilaan välistä yhteistyötä. Tällä tavoin saatu tuki helpottaa maksansiirtopotilaan psyykkistä selviytymistä sekä siirron odotusvaiheessa että siirtoleikkauksen yhteydessä. Myös potilaan hoitomyönteisyys myötävaikuttaa, että potilas sitoutuu elinaikaiseen hyljinnänestolääkitykseen. Potilaan psykiatristen häiriöiden varhainen tunnistaminen sekä hoitaminen ovat tärkeitä seikkoja maksansiirron onnistumisen kannalta. Potilaan epävarmuus leikkausjonoon pääsystä tai maksasiirteen saamisesta pitävät potilaalla kuoleman mahdollisuuden jatkuvasti mielessä. Jos sairaus etenee hitaasti voi potilaalla olla vuosia aikaa sopeutua sen aiheuttamiin rajoituksiin sekä varautua myös kuoleman mahdollisuuteen. Toivotun maksasiirteen saamista voi saattaa varjostaa syyllisyyden tunne luovuttajan kuoleman vuoksi (survival guilty). Kiireelliseen maksansiirtoleikkaukseen joutuessa potilaalla ei ole aikaa sopeutua, vaan hän joutuu kohtaamaan kuolemanpelkonsa aika valmistautumattomana. Nämä potilaan stressitekijät voivat erikseen tai yhdessä johtaa esimerkiksi masentuneisuutena, ahdistuneisuutena tai haitallisena käyttäytymisenä ilmeneviin sopeutumishäiriöihin. Vaikeissa sekä pitkään jatkuneissa tilanteissa voi potilaan vakavammatkin psyykkiset häiriöt olla mahdollisia. (Leppävuori, Eskola & Ämmälä 2011.)

Sosiaalinen toimintakyky käsittää ihmisen kannalta kyvyn toimia aktiivisesti ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa eli osana yhteisöä. Yksilö ja yhteisö elävät vuorovaikutuksessa myös yhteiskunnan kanssa. Sosiaalinen toimintakyky sisältää niitä tekijöitä ja kykyjä, joilla ihminen selviytyy ympäristöstään. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät muun muassa suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus, vastuu läheisistä, osallisuus sekä elämän mielekkyys. Vapaa-ajanvietto ja harrastukset yhdessä toisten ihmisten kanssa kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alueelle. Sosiaalisesti toimintakykyinen ihminen kykenee rakastamaan sekä luomaan ihmissuhteita perheessä, ystäväpiirissä sekä työelämässä. Ihminen pystyy toimimaan aktiivisesti arjessa, ympäristössään sekä yhteiskunnassa. Ihminen pystyy täyttämään ympäristön odotukset ja saavuttamaan riittävän toiminnallisen tason sosiaalisella toiminnan ulottuvuudella erityisesti oman hyvinvoinnin toteutumiseksi. (Metsävainio 2013, 97-98.)

4.3 Koherenssin tunne

Koherenssin tunne tarkoittaa ihmisen kykyä nähdä ympäristönsä ja vastaan tulevat tilanteet ymmärrettävinä, mielekkäinä sekä hallittavina. Vahva koherenssin tunne on yhteydessä vahvaan stressinhallintakykyyn sekä hyvään terveyteen. Koherenssin tunteen oletetaan olevan melko pysyvä ihmisen ominaisuus, mutta elämäntilanteiden seurauksena voi kuitenkin tapahtua merkittäviä muutoksia. (Vastamäki 2010, 2.) Koherenssin tunne tarkoittaa ihmisen elämänhallinnan tunnetta. Sitä, kuinka hyvin ihminen ymmärtää ympäristöönsä, tajuaa merkityksiä sekä hallitsee tilanteita. Ne, joilla on vahva koherenssin tunne, ottavat vaikeudet vastaan haasteina eivätkä heti luovuta ja masennu. (Poppius 2007.)

Koherenssin tunteesta käytetään myös nimityksiä elämänhallinta sekä elämänhallintakyky. Koherenssin tunne käsittää kolme seuraavaa tekijää; ymmärrettävyys, mielekkyys ja hallittavuus. Ymmärrettävyys tarkoittaa ihmisen varmuuden tunnetta, että mitään yllättävää tai negatiivista ei tule tapahtumaan. Jos näin kuitenkin tulisikin käymään, ihminen voi tilanteista selvitä. Hallittavuuden tunne vuorostaan viittaa ihmisen stressinhallinnan resursseihin sekä tunteeseen, että ihminen omistaa kaikki tarvittavat resurssit sekä tarpeen tullessa pystyy niitä hyödyntämään. Mielekkyyden tunne syntyy, kun ihminen kokee elämänsä ja siihen liittyvien tapahtumien olevan mielekkäitä, ei ainoastaan kognitiivisesti vaan myös emotionaalisesti. Mielekkyys onkin koherenssin tunteen keskeinen elementti. Jos ihmiseltä puuttuu mielekkyyden tunne, on myös hallittavuuden sekä ymmärrettävyyden tunteilla taipumus heikentyä. Heikon koherenssin omaavat ihmiset tulkitsevat esimerkiksi työn menettämisen vakavaksi ongelmaksi. Vahvan koherenssin omaavat ihmiset voivat pitää samaa tilannetta esimerkiksi mahdollisuutena suuntautua täysin uudelle työuralle. Ihmisen koherenssin tunteen vahvuus vaikuttaa myös ongelmatilanteiden tulkintaan. Koherenssin tunteen on oletettu olevan ihmisellä melko pysyvä yksilön ominaisuus. Merkittävät elämäntilanteen muutokset voivat kuitenkin muuttaa ihmisen koherenssia. Esimerkiksi työn menettäminen tarkoittaa samalla myös työpaikan ihmissuhteiden katkeamista. Se vaikeuttaa ihmisen kykyyn suunnitella elämää eteenpäin. Se on siten haitallista kokemusta koherenssin tunteen kannalta. Ihmisen kokema yhteisöllisyyden tunne sekä mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ovat työelämään liittyviä positiivisia kokemuksia. (Vastamäki 2010, 5-6.)

Poppiuksen (2007) väitöskirjatutkimuksessa todetaan, että koherenssi vaihtelee iän, ammatin ja sairauden mukaan. Vahva koherenssi näyttäisi suojaavan niin tapaturmilta, toimihenkilöitä sepelvaltimotaudilta kuin työntekijöitä syövältä. Kokonaiskuolleisuuteen vaikuttavat tyypilliset elämäntapa riskitekijät, joilla on kuitenkin yhteys koherenssin tunteeseen. Koherenssin tunne on siis ihmisen stressinhallintaan liittyvä tekijä. Sen puute näkyy terveydelle vahingollisina ja huonoina elämänhallinnan keinoina. (Poppius 2007.)

5 Maksansiirtopotilaiden työhön paluuta koskevia akateemisia tutkimuksia

5.1 Tutkimustuloksia

Tässä osiossa käymme läpi tähänastista tutkimusta maksansiirtopotilaiden työhön paluusta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä. Tarkoituksena on luoda tiivistetty katsaus siihen, mitä keskeisimmässä akateemisissa tutkimuksissa on työhön paluuseen vaikuttavista tekijöistä tähän mennessä löydetty. Käymme läpi kahdeksan kansainvälisen tutkimuksen tulokset keskeisimmiltä osin.

Newton (1999) tutki kahden persoonallisuustekijän, henkisen kestävyden (hardiness) ja koherenssin tunteen (sense of coherence) merkitystä työhön paluuseen. Henkistä kestävyyttä (hardiness) pidetään eräänlaisena stressipuskurina, joka auttaa potilasta pysymään terveenä, kun hän kohtaa stressaavia asioita elämässä. Tutkimuksessa haastateltiin 230 maksansiirtopotilasta kirjeitse. Potilaista 57 % oli naisia ja 43 % miehiä, keski-ikä ollessa 50,4 vuotta. Naimisissa haastatelluista oli 64 %. Potilaat, joiden henkisen kestävyden taso ja koherenssin tunne olivat korkeampia, palasivat todennäköisemmin työelämään. Potilaiden koulutustasolla ei ollut merkitystä töihin paluun kannalta. Newtonin regressioanalyysin perusteella henkisen kestävyden taso ja koherenssin tunne määrittivät 90 % tarkkuudella sen, palasiko potilas työelämään vaiko ei. Näin ollen psykologisilla tekijöillä todettiin olevan hyvin merkittävä vaikutus työhön paluun ennusteeseen. (Newton 1999.)

Huda et.al.(2011) tutkivat maksansiirtopotilaiden työhön palaamista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää perustuen USA:n ns. UNOS-tietokantaan (United Network for Organ Sharing) sitä, kuinka suuri osa maksansiirtopotilaista työllistyi 2 vuoden sisällä maksansiirrosta ja toiseksi mitkä tekijät vaikuttivat työhön paluuseen ja työllistymiseen. Analyysi tehtiin perustuen vuosien 2002-2007 dataan, joka kattoi yhteensä 21942 maksansiirtopotilasta eli potilasmäärältään tutkimuksen aineisto oli hyvin laaja. Tutkimuksessa tutkittiin työllistymistä 6 kk, 12 kk ja 24 kk sisällä maksansiirrosta. Kahden vuoden sisällä maksansiirrosta 24,4 % potilaista oli palannut työelämään. Puolen vuoden sisällä maksansiirrosta työelämään palasi 6,5 % potilaista ja taas vuoden sisällä 17,1 % potilaista. Tuloksissa todetaan, että työllistymistä ja töihin paluuta edistivät seuraavat tekijät (suluissa työllistymisasteet 24 kk sisällä maksansiirrosta); nuori ikä eli 18-40 -vuotiaat (32 %), mies sukupuoli (27 %), keskiasteen tai korkeampi koulutus (36 %) ja se oliko työelämässä ennen leikkausta (54 %). Naisista 82 % ei ollut työelämässä 24 kk sisällä maksansiirrosta, 63-65 vuotiaista 86 %, matalamman koulutustason omaavista 82 % ja leikkausta aiemmin työelämästä poisolevista 82 % ei palannut työelämään leikkauksen jälkeen. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että mikäli maksansiirron syynä oli alkoholisairaus, työhön paluu maksansiirron jälkeen oli epätodennäköisempää.

Åberg et.al. (2009) tutkivat terveysperusteista elämänlaatua (health-related quality of life) 401 suomalaisen potilaan kohdalla artikkelissaan. Vastausprosentti oli 89, potilaiden maksansiirtoään olessa keskimäärin 55 vuotta. Työikäisistä potilaista 44 % oli palannut töihin eli oli töissä tutkimuksen teon aikaan. Ne, jotka olivat töissä, kokivat elämänlaadun parempana kuin ne, jotka eivät olleet työelämässä. Töihin paluuseen ei havaittu vaikuttavan, mikä syy oli joutanut maksansiirtoon (esim. akuutti maksasairaus). Työikäisten kohdalla oli havaittavissa, että mitä nuorempana maksansiirto tehtiin, sitä todennäköisemmin työelämään paluu tapahtui. Esimerkiksi 20-29 vuotiaiden kohdalla töihin paluu prosentti oli peräti yli 80 %, 30-39 vuotiaiden kohdalla noin 69 %, 40-49 vuotiaiden kohdalla noin 58 % ja 50-59 vuotiaiden kohdalla taas alle 30 %. Vain noin 15 % palasi työelämään 60-65 vuotiaista. Tutkimuksessa myös todettiin, että maksansiirtopotilaiden koettu terveysperusteinen elämänlaatu oli yllättävän hyvä verrattuna yleisemmin koko väestöön - ero oli kliinisesti tarkasteltuna hyvin pieni. Eroa löytyi joissain mitatuissa asioissa, kuten liikkumisessa ja nukkumisessa. Toisaalta mitatuissa psykologisissa ja mentaalisisissa asioissa ero ei ollut merkitsevää. Vaikka vain 43 % potilaista palasi työelämään, silti 87 % potilaista koki työkykynsä ja toiminnallisen kapasiteettinsa parantuneen maksansiirron myötä. Koettu terveysperusteinen elämänlaatu oli parempi niillä, jotka olivat palanneet työelämään. Vaikka työelämään palanneiden määrä vastasi saman tyyppisiä tasoja kuin mitä useissa muissa tutkimuksissa on raportoitu, tutkimuksen tekijät kiinnittivät huomiota siihen, että eri tutkimuksissa työllistymisen käsite on voitu määritellä eri tavalla. Esimerkiksi osa-aikatyö on erilaista kuin kokopäivätyö. Tutkijat kiinnittivät huomiota myös siihen, että yleinen työllisyysaste Suomessa on noin 70 %, joten maksansiirron jälkeen töissä olevien noin 43 %:n osuutta on verrattava tähän, jotta saadaan kokonaiskuva työllistymisestä suhteessa koko väestöön.

Cowling et.al. (2004) tutkivat maksansiirtopotilaiden terveysperusteista elämänlaatua (health-related quality of life) ennen ja jälkeen maksansiirron 159 potilaan otoksella. Miesten elämänlaatu oli parempaa sekä ennen että maksansiirron jälkeen. Myös työhön paluun osalta vuoden kuluttua maksansiirrosta miesten tulokset olivat parempia. Vertailtaessa tilannetta 2 vuoden kuluttua maksansiirrosta, miesten ja naisten työllistyminen oli sen sijaan saman suurista. Tutkittaessa naisten työhön paluuta, koulutuksella ei ollut merkitystä siihen. Sen sijaan miesten kohdalla korkeammin koulutetut olivat palanneet töihin todennäköisemmin. Yhden vuoden kuluttua maksansiirrosta 45 % koulutetuista miehistä oli töissä, kun taas matalamman koulutuksen omaavista vain 19 %. Kahden vuoden kohdalla vastaavat luvut olivat 46 % ja 19 %. Naisten todennäköisyys palata töihin vuoden kuluttua oli 2,3 kertaa heikompi kuin miehillä.

Saab et.al. (2007) tutkivat 308 maksansiirtopotilasta Kaliforniassa. Potilaista 70 % oli työelämässä ennen siirtoa ja siirron jälkeen 27 %. Potilaiden keski-ikä oli 51 vuotta. Jos potilas sai

vammansa vuoksi julkisia tukia tai vakuutuskorvauksia, hänen töihin paluunsa oli epätodennäköisempää. Ennen maksansiirtoa tehdyt suuremmat työtunnit ja korkeampi fyysinen toiminnallisuus taas vaikuttivat positiivisesti työhön palaamiseen siirron jälkeen. Niistä, jotka palasivat työelämään, 42 % pystyi siihen 6 kk sisällä maksansiirrosta, 22 % 6-12 kk sisällä siirrosta ja 33 % vuoden jälkeen siirrosta.

Weng et.al. (2014) vuonna 2010 julkaisemassa taiwanilaisessa tutkimuksessa haastateltiin 106 potilasta tutkien erityisesti psykologisten tekijöiden merkitystä työhön paluuseen. Tutkimuksessa tutkittiin oman kyvykkyyden tuntemuksen (self efficacy), subjektiivisesti koetun työkyvyn, masentuneisuuden ja sairauden/oireiden hallinnantunteen (symptom distress) vaikutusta työhön paluuseen. Tutkijat kiinnittivät huomiota potilaiden varsin matalaan työhön palaamiseen. Vain 45,2 % potilaista pystyi palaamaan työelämään. Töihin palanneiden potilaiden osuus ei vaikuttaisi vastaavan hoitohenkilökunnan tai potilaiden odotuksia ja tavoitteita. Toisaalta voidaan todeta, että potilaiden työelämään palaamisaste oli samantasoinen kuin useissa muissa tutkimuksissa on todennettu. Positiivisia ennustavia tekijöitä työelämään paluun kannalta olivat korkeampi subjektiivisesti koettu työkyky ja parempi sairauden hallinnantunne (symptom distress). Negatiivisia ennustavia tekijöitä olivat taas masentuneisuus, työttömyys ennen maksansiirtoa ja matala tulotaso. Tutkimuksessa myös todettiin, että hoitotyössä tulisi kiinnittää huomiota potilaiden itseluottamuksen tukemiseen ja mahdollisen masentuneisuuden hoitoon.

Rongey et.al. (2005) tekemään tutkimukseen osallistui 186 amerikkalaista potilasta, joiden keski-ikä oli 55 vuotta. Heistä 98 %:lla oli terveysturvakuutus. Vastanneista 55 % oli työelämässä, kun taas 22 % oli eläkkeellä ja 24 % työttömänä. Työttömistä 76 % totesi heikon terveyden syyksi, että ei ollut palannut työelämään. Tutkimuksen mukaan työhön paluu on todennäköisempää, jos potilas oli töissä ennen leikkausta, jos hän oli alle 57 -vuotias ja jos hänen terveydentilansa oli hyvä. Tutkimuksessa havaittu töihin paluuste (55 %) on yksi korkeimmista verrattuna muihin tutkimuksiin. Töihin palanneiden palkkataso oli pääosin sama tai korkeampi kuin ennen maksansiirtoa. Tutkijat arvelivat, että tämä voi olla merkki työntekijän korkeammasta tuottavuudesta työssä. On kuitenkin huomioitavaa, että valtaosa haastatelluista ei ollut kovassa fyysisessä työssä. Työhön palaaminen on todennäköisempää, jos työ olisi toimistotyön kaltaista. Tässä tutkimuksessa ei löydetty yhteyttä vakuutuskorvausten tai vammaiskorvausten ja työhön paluun välillä, toisin kuin joissain muissa amerikkalaisissa tutkimuksissa.

Sahota et.al. (2006) tutkimusryhmän tekemässä amerikkalaisessa tutkimuksessa tavoitteena oli löytää kliinisiä, sosioekonomisia ja terveysperusteisia tekijöitä, jotka vaikuttaisivat töihin paluuseen maksansiirron jälkeen. Tutkimuksessa haastateltiin 126 maksansiirtopotilasta. Noin 49 % vastanneista oli palannut työelämään maksansiirron jälkeen (pois lukien eläkeläiset).

Töihin paluuseen positiivisesti vaikuttavat seuraavat tekijät; töissäolo ennen maksansiirtoa, työelämässäolo kuutta kuukautta ennen maksansiirtoa ja hyvä tulotaso (yli 80 000 dollaria/vuosi). Potilaat, jotka saivat sosiaaliturvaperusteisia tukia ennen maksansiirtoa, työllistyivät epätodennäköisemmin. Tutkimuksessa todettiin, että sosioekonomiset tekijät olivat keskeisempiä selittäjiä maksansiirron jälkeiseen työllistymiseen. Voidaan todeta, että työelämässä olevien osuus 24 kk sisällä maksansiirrosta oli tutkimuksen perusteella varsin matala verrattuna muihin tutkimuksiin. Tutkimuksen tekijät toteavat tämän itsekkin artikkelissaan. He toteavat, että muiden tutkimusten työhön paluusteet ovat olleet 22 %-60 % välillä, joten heidän tutkimuksensa sijoittui asteikon yläpäähän.

6 Haastattelututkimuksen toteuttaminen

6.1 Haastattelututkimuksen menetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä tutkia kohdetta mahdollisemman kokonaisvaltaisesti. Se on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa ja aineiston kokoaminen tapahtuu todellisissa sekä luonnollisissa tilanteissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksena löytää tai paljastaa tosiasioita sekä vastaavasti todentaa olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160). Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ilmiötä (Kananen 2015, 70).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään pääsääntöisesti yleistä tutkimuksen prosessikaaviota siten, että tutkimus alkaa tutkimusongelmasta ja sen määrittämisestä. Sitten aineiston avulla hankitaan tutkimuskysymyksiin vastaukset. (Kananen 2010, 36.) Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Siitä syystä tutkimuksen lähtökohtana ei ole vain teorian testaaminen, vaan sitä vastoin aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Tutkijan tehtävänä ei ole määrätä mikä on tärkeää. Tutkimusaineistosta ei ole tarkoitus tehdä myöskään päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. (Hirsjärvi ym. 2007, 160, 177.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on usein tekstimuotoista (Heikkilä 2014, 15).

Ilmiön laadullista kuvausta pidetään parempana kuin luvuilla ilmaistua määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta. On asioita, joiden kuvaus on mahdollista vain tekstin avulla, esimerkiksi haastateltavien suhtautuminen asioihin ja heidän asenteet. Myös erilaisten prosessien kokonaisvaltainen ymmärrys edellyttää ilmiön laadullisen kuvauksen. Tutkimuksessa on mahdollista kuitenkin käyttää rinnakkain tai peräkkäin eri tutkimusmenetelmiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia on mahdollista täydentää kvantitatiivisella tutkimuksella. (Kananen 2015,

71.) Olemme opinnäytetyössämme käyttäneet kvalitatiivista tutkimusmenetelmää maksansiirtopotilaille puhelimitse suoritetuissa teemahaastatteluissa. Sen lisäksi olemme täydentäneet haastattelututkimustamme kvantitatiivisen tutkimuksen avulla eli numeraalisella arviointiteikolla mitaten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä niiden kehitystä neljässä eri vaiheessa.

6.2 Aineiston keruu teemahaastattelulla

Kanasen (2010, 38) mukaan kvalitatiivinen tutkimus toteutetaan yksinkertaisimmillaan kysymällä haastateltavilta tutkittavasta ilmiöstä. Hirsjärvi ym. (2007, 160) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joiden avulla tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Tällainen metodi on muun muassa teemahaastattelu. Hirsjärvi ym. (2007, 206) mukaan ennen varsinaisten tutkimushaastatteluiden aloittamista olisi syytä tehdä koehaastatteluita, koska siinä on samalla mahdollisuus testata muun muassa haastatteluteemojen toimivuutta. Suoritimme yhden koehaastattelun, jonka seurauksena teimme muutoksia haastattelun rakenteeseen siten, että haastateltavilta kysyttiin numeraaliset arviot sanallisten arvioiden jälkeen.

Haastateltavat on valittava siten, että tutkittava ilmiö liittyy heihin sekä koskettaa heitä (Kananen 2010, 54). Aineiston suuruus voi olla yhden hengen haastattelu, mutta aineisto voi käsittää joukon yksilöhaastatteluja (Hirsjärvi ym. 2007, 176). Haastattelu tapahtuu perinteisesti kasvotusten, mutta se on mahdollista tehdä myös puhelimitse (Kananen 2015, 145). Teemahaastattelua kuvaava sana on keskustelunomainen. Siinä käydään läpi ennalta suunniteltuja teemoja haastateltavan kanssa, mutta haastateltavien kanssa ei välttämättä puhuta täysin samoista asioista eikä samassa laajuudessa. Teemoista tulisi pyrkiä keskustelemaan haastateltavan kanssa vapaasti. Haastattelussa käsiteltävät teemat tuleekin valita tutkittavaan aiheeseen perehtymisen pohjalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2013.) Opinnäytetyömme aineiston kerääminen suoritettiin puhelimitse teemahaastattelulla maksansiirron kokeneille potilaille yksilöhaastatteluina. Haastateltavien yhteystiedot ja lupa haastattelun suorittamiseen saatiin Munuais- ja maksaliitto ry:ltä. Näin ollen tutkittava ilmiö kosketti haastateltaviamme. Suorittamamme teemahaastattelut olivat strukturoimattomia ja keskustelunomaisia yksilöhaastatteluja, mutta myös strukturoituja, jolloin käymme läpi ennalta suunnitellut kysymykset ja teemat jokaisen haastateltavan kanssa. (Liite 1)

Puhelinhaastattelujen tallentaminen digitaalisella nauhurilla on paras tapa, koska tallenteen kuuntelemiseen on helppo palata myöhemminkin (Kananen 2010, 58). Etuna haastattelussa on, että henkilöt, jotka on suunniteltu vastaajiksi, tavallisesti myös saadaan mukaan. Jos tut-

kimusta varten on tarvetta täydentää aineistoa myöhemmin, ovat haastateltavat helposti tavoitettavissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 201.) Ennen haastattelututkimusten aloittamista testimme koehaastattelussa digitaalisen nauhurin toimivuuden ja kuuluvuuden. Kaikki puhelinhaastattelut nauhoitettiin ja haastateltaville kerrottiin puhelun nauhoituksesta heti keskustelun alkaessa. Haastattelimme jokaista haastatteluun osallistujaa yhden kerran puhelimitse.

Haastattelun aikana keräsimme haastateltavilta ensin erilaisia taustatietoja (liite 2), kuten maksansiirtovuosi ja-ikä, koulutustaso, työtilanne ennen ja jälkeen maksansiirtoleikkauksen ja mahdollisen työhön paluun ajankohta. Tämän jälkeen haastateltavia pyydettiin arvioimaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään sairauden eri vaiheissa. Tämän lisäksi kysyimme haastateltavilta heidän koherenssin tunnettaan.

Käytimme ajallisena mallina eräänlaista ”elämänlankaa”, jossa henkilön elämänvaiheita aikajaksoihin jaettiin seuraavasti;

Vaihe I. Aika ennen sairastumista

Vaihe II. Maksansiirron odotusvaihe

Vaihe III. Maksansiirron jälkeinen vaihe

Vaihe IV. Työhön paluun vaihe

Pyysimme haastateltavia kuvailemaan tuntemuksiaan kussakin sairauden edellä mainituissa vaiheissa vapaamuotoisesti. Kvalitatiivisessa arvioissa kirjasimme potilaiden kommentteja analyysiimme, jotta haastateltavien tuntemuksista muodostuisi kuva sairauden eri ajallisissa vaiheissa paremmin ja kuvaavammin.

Numeraalisessa arvioissa omasta tilastaan haastateltavia pyydettiin kuvaamaan asteikolla 1-5 fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään eri ajallisissa vaiheissa sairautensa aikana (1=heikoin arvosana, 5= paras arvosana). Tarkoituksena oli selkeyttää ja saada yhteismittaliseksi potilaiden tuntemukset sairauden eri vaiheissa. Tällä tavoin haastateltavien tuntemusten vertailu oli mielestämme helpompaa ja se tuki sanallista kommentointia.

6.3 Aineiston kerääminen ja analysointi

Syksyllä 2016 ryhdyimme työstämään opinnäytetyömme aihetta ja suunnitelmaa. Maksansiirtoa koskeva aihe oli ollut puheissamme aiemminkin jo edellisenä vuonna, mutta varsinainen näkökulma opinnäytetyöhömme oli ollut ratkaisematta. Sitten päätimme ottaa yhteyttä Muna- ja maksaliitto ry:n. Heillä olikin esittää meille kaksi ehdotusta tutkimusaiheeksi, joista

toisen eli maksansiirtopotilaan työhön paluun koimme mielenkiintoiseksi. Heidän kauttaan meille järjestyi myös haastateltavat maksansiirtopotilaat.

Heti alkuun pyrimme määrittelemään tutkimusongelmat täsmällisesti. Tämän jälkeen aloitimme akateemisten tutkimusten etsimisen aiheeseemme liittyen. Osallistuimme syksyllä 2016 koulullamme Tiedonhaku-työpajaan, jossa selvisi, että tarvitsemaamme tutkimusaineistoa oli saatavilla melko niukasti ja että se oli kansainvälistä aineistoa. Saimme käsiimme aluksi tiedot kolmesta aiheeseemme liittyvästä kansainvälisestä tutkimuksesta, jotka käsitelivät nimenomaan maksansiirtopotilaan työhön paluuta. Näiden tutkimusten läpikäynnin kautta pääsimme lisäksi viiden muun aihetta käsittelevän tutkimuksen lähteille. Opinnäytetyössämme käsittelemme yhteensä kahdeksaa kansainvälistä tutkimusta, jotka kaikki liittyvät maksansiirtopotilaan työhön palaamiseen. Keräsimme ja koostimme myös muuta kirjallista materiaalia, kuten aihetta käsitteleviä muita tutkimuksia, raportteja, julkaisuja ja muuta kirjallisuutta teoriakehyksen työstämistä varten. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen esittely oli marraskuussa 2016.

Toimitimme Munuais- ja maksaliitto ry:n kirjallisena kutsun (liite 1) toimitettavaksi haastateltaville potilaille. Saimme tämän jälkeen haastateltavien yhteystiedot Munuais- ja maksaliitto ry:stä ja toteutimme puhelinhaastattelut viikolla 44, 2016. Tavoitimme neljä haastateltavaa kuudesta henkilöstä. Kahta haastateltavaa emme yrityksistä huolimatta tavoittaneet. Yhden haastateltavan kanssa sovimme uuden soittoaajan seuraavaksi päiväksi. Loput kolme haastattelua suoritettiin ensimmäisellä yhteydenotolla. Yksittäisen haastattelun kesto oli noin puolituntia.

Haastatteluiden jälkeen purimme tallennenauhalta keskustelut kirjalliseen muotoon eli litteroimme. Haastateltavien sekä aineiston erottamista varten käytimme numeraalisia tunnuksia (N1, N2, N3 ja N4). (Kananen 2010, 58) toteaa, että teemahaastatteluaineisto tulisikin kirjoittaa tekstinmuotoiseksi mahdollisemman tarkasti ja jatkaa, että tutkijalla on tosin mahdollisuus valita mitä kaikkea hän litteroi, sillä tämä työvaihe on hidas. Hirsjärvi ym. (2007, 217) toteaa, että aineiston litteroinnin tarkkuudesta ei ole varsinaisesti yksiselitteistä ohjetta, mutta ennen litteroinnin aloittamista olisi kuitenkin tiedettävä millaista analyysiä tullaan tekemään. Litterointien jälkeen koostimme haastatteluista lisäksi yhteenvedot eli minimemot. Näissä yhteenvedoissa kuvaamme tiivistetysti jokaisen haastattelun sisällön ja keskeiset esille nousseet asiat, kuten taustatiedot ja numeraaliset arviot sairauden eri vaiheista. Tällä tavoin muun muassa työssämme esitettyjen kaavioiden tekeminen onnistui yhteenvedojen avulla sujuvasti. Haastatteluiden analysoinnin perusteella pyrimme löytämään vastauksia asettamiimme tutkimusongelmiin; mitkä tekijät edistävät maksansiirtopotilaan työhön paluuta ja

mitkä ovat potilaiden subjektiiviset arviot fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sairauden eri vaiheissa ja niiden vaikutuksesta työhön paluuseen. Lisäksi kysyimme haastateltavilta koherenssin tunnetta.

Kvalitatiivisen eli laadullisen analyysin tavoitteena on jäsentää tutkimuskohteen laatua, ominaisuuksia sekä merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen eli laadullisen analyysin parina pidetään määrällistä eli kvantitatiivista analyysia. Se puolestaan perustuu kohteen kuvaamiseen sekä tulkitsemiseen tilastojen että numeroiden avulla. Laadullisen ja määrällisen analyysin välistä eroa usein jopa korostetaan, vaikka molempia voidaan käyttää yhtä lailla samassa tutkimuksessa. Molemmilla voidaan selittää samoja tutkimuskohteita, mutta tosin eri tavoin. (Koppa, 2015.). Käytimme haastattelututkimuksessamme molempia edellä mainittuja menetelmiä toinen toistaan täydentäen.

Opinnäytetyössämme haastatteluiden kautta saatujen tietojen ja vastausten analysointi oli olennainen osa työtämme. Haastattelututkimuksemme analyysiosuudessa puramme haastateltavien numeraaliset arviot fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sairauden eri vaiheissa. Kokosimme eri toimintakyvystä kaaviot Exel-ohjelmalla toteutettuna, jotta tulokset olisivat esitetty mahdollisimman havainnollisesti. Tämän lisäksi vertasimme kaavioiden avulla fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kehitystä toisiinsa sairauden eri vaiheissa. Haastateltavien subjektiiviset arviot purimme tekstin muotoon eri vaiheiden mukaiseen järjestykseen. Lisäksi haastateltavien kommentointia eri sairauden vaiheista lisättiin sitaatteihin suorina lainauksina. Lopuksi vertasimme ja arvioimme haastattelututkimuksemme tuloksia aiempien akateemisten kansainvälisten tutkimusten tuloksiin.

Luotettavuuden arviointi on olennainen osa opinnäytetyön prosessia. Opinnäytetyön tulosten tulee olla luotettavia. Opinnäytetyön luotettavuutta tuleekin arvioida kaikissa opinnäytetyön prosessin vaiheissa. Kun luotettavuuskysymykset huomioidaan, niin varmistetaan, että saadut tutkimustulokset ovat luotettavia. (Kananen 2015, 342-343.) Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä luotettavuutta arvioidaan sekä reliabiliteetin että validiteetin näkökulmista (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä. Toisin sanoen, jos tutkimus toistetaan, tullaan saamaan samat tulokset (Kananen 2010, 69). Validiteetilla tarkoitetaan puolestaan sitä, että tutkimuksessa on mitattu juuri niitä asioita, mitä oli tarkoituskin mitata. Validiteetin oikeellisuuteen vaikuttaa se, että tutkimuksessa on hyödynnetty siihen sopivia mittareita. (Kankkunen ym. 2013, 189-190.)

7 Haastattelututkimuksen tulokset

7.1 Haastateltavien taustatiedot

Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat maksansiirron kokeneet potilaat. Haastatteluun osallistuneista kolme oli naisia ja yksi mies. Haastateltavien maksansiirtoikä vaihteli 20-42 vuoden välillä ja keski-ikä oli 28,5 vuotta maksansiirron hetkellä. Kahdella haastateltavalla oli maksansiirtoon johtavana syynä krooninen maksasairaus ja kahdella haastateltavalla äkillinen maksan vajaatoiminta. Haastateltavista kolmella oli koulutuksena AMK-tutkinto ja yhdellä korkeakoulututkinto. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat työelämässä ennen maksansiirtoa. Yksi haastateltava, joka ei ollut työelämässä ennen maksansiirtoa, oli opiskelija. Haastateltavista kolme palasi työelämään ja yksi haastateltava (opiskelija) palasi kesken jääneiden opintojensa pariin. Työhön ja opiskeluun paluu tapahtui haastateltavilla 5-9 kuukauden kuluttua maksansiirrosta.

7.2 Fyysisen toimintakyvyn muutokset

I vaihe

Ensimmäinen haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan ennen sairastumista hyväksi, arvioiden sitä numerolla 5. Haastateltava kuvasi itseään varsin perusterveeksi ja kaikin puolin hyvinvointivaksi, koska minkäänlaisia elämää häiritseviä vaivoja hänellä ei ollut aiemmin elämässään. Mutta joitakin kuukausia ennen maksansiirtoa haastateltavalla oli alkanut maksasairauteen liittyviä oireita. Haastateltava oli mukana työelämässä ja työnlaatu oli fyysisesti rinnastettavissa toimistotyöhön. Toinen haastateltava kuvasi vointiaan hyväksi arvosanalla 4, todeten vointinsa olleen hyvän ja normaalin läpi elämän. Haastateltava oli työelämässä mukana ja työn fyysisyyttä hän kuvasi toimistotyön kaltaiseksi. Kolmas haastateltava antoi fyysiselle voinnilleen arvosanan 4. Hänellä oli ollut kuitenkin lapsuudesta saakka ongelmia terveyden kanssa, jotka olivat vaikuttaneet haastateltavan fyysiseen toimintakykyyn vuosien kuluessa. Haastateltavalla oli lapsena todettu krooninen maksasairaus, joka oli hänellä vaivana jo lapsuudesta lähtien. Haastateltava oli opiskelija ja hänen ammattiin valmistava tutkinto jäi kesken sairauteen liittyvien voimakkaiden oireiden alkaessa. Neljäs haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan arviolla 4. Haastateltava oli työelämässä ja työnlaatu oli kevyttä toimistotyötä.

II vaihe

Ensimmäinen haastateltava totesi, että aluksi fyysisten oireiden ilmaantuessa epäiltiin hänellä muuta vaivaa, mutta pian selvisi, että vaivojen taustalla olikin maksasairaus. Haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan maksansiirron odotusvaiheessa numerolla 4. Hän totesi, että ennen maksansiirtoa hän oli sairaalassa koomassa yli viikon ajan eli hänen vointi oli tänä aikana erittäin huono. Toinen haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan arvosanalla 4,5. Haastateltavalla ei ollut etukäteen tietoa tulevasta maksansiirrosta, sillä hänelle maksansiirto tuli akuuttina. Siitä syystä vointi tänä aikana oli verrattavissa hänen aikaisempaan elämän vaiheeseen. Kolmas haastateltava kuvasi II vaiheen fyysistä vointiaan arviolla 2. Haastateltava totesi, että hänen maksasairautensa oli krooninen. Haastateltavan fyysinen vointi heikkeni kuitenkin merkittävästi maksansiirtoa odottaessa. Vointia heikensi haastateltavan mukaan jatkuva väsymys sekä painajaismainen ihon kutina. Ruoka maistui hänelle hyvin huonosti ja lisäksi ihon voimakas kutina häiritsi yöunta, josta aiheutui väsymyksen lisäksi hänelle unettomuutta. Haastateltava ei jaksanut suoriutua enää kaikista normaaleista päivittäisistä toimistaan, kuten esimerkiksi koulun- ja kaupassakäynnistä. Neljäs haastateltava totesi kärsineensä voimakkaasta ihon kutinasta ja jatkuvasta väsymyksestä. Fyysistä vointia heikensi myös unettomuus, jonka syynä oli nimenomaan ihon voimakas ja jopa painajaismainen kutina. Haastateltava antoi fyysisen voinnin arvioksi 2. Haastateltavat kuvasivat fyysistä vointiaan vaiheessa II muun muassa seuraavasti;

”Olin vähän päälle parikymppinen, enkä jaksanut kävellä kauppaan”

”Tolkuton väsymys ja taas vähäuninen yö takana”

III vaihe

Ensimmäinen haastateltava totesi, että heti maksansiirron jälkeen hänelle oli tullut maksansiirtoon liittyviä komplikaatioita. Viikon sisällä maksansiirrosta hänelle jouduttiin suorittamaan maksansiirtoon liittyvä korjausleikkaus. Se hidasti merkittävästi haastateltavan fyysistä vointia ja sairaalassaolo jakso piteni useilla viikoilla. Numeraalinen arvio haastateltavan mukaan hänen fyysisestä voinnistaan oli 1. Toinen haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan huonoksi eli arvosanalla 1. Haastateltava joutui olemaan pitkäaikaisella sairauslomalla, joka kesti yli 9 kk. Sairaalassa ollessaan hengityskoneen letkut olivat vaurioittaneet haastateltavan äänihuulia siten, että se vaikutti hänen puheen tuottamiseen. Kolmas haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan arvosanalla 1. Fyysinen vointi lähti kuitenkin haastateltavan mukaan selkeästi kohentumaan heti maksansiirron jälkeen sairaalassa ollessa. Hänellä oli ollut voimakas ja jatkuva kutina vartalossa ennen maksansiirtoa, mutta maksansiirron jälkeen kutinaa ei enää ol-

lut. Haastateltava kuvasi olevansa kuin eri ihminen maksansiirron jälkeen. Neljäs haastateltava kuvasi fyysisen vointinsa heti maksansiirron jälkeen hyvin sairaaksi. Haastateltava joutui olemaan vuodelevossa leikkauksen jälkeen viikon ajan. Maksansiirron jälkeistä fyysisestä voinnista haastateltava antoi arvion 1. Haastateltavat kuvasivat fyysistä vointiaan vaiheessa III muun muassa seuraavasti;

”Oli hieno tunne, kun kroppa lähti heti toimimaan. Maksan vaikuttaa niin moneen asiaan kropassa”

”Kun rupesin heräilemään leikkauksesta, olin ihan eri ihminen. Ei ollut enää painajaismaista kutinaa”

”Herätettiin ja kerrottiin, että minulle on tehty maksansiirto. Olin sairaalassa ja ihmettelin”

IV vaihe

Ensimmäinen haastateltava koki fyysisen vointinsa nousseen hyvin nopeasti leikkauksen jälkeen. Haastateltava pystyi palaamaan samaan työhön 6 kuukauden kuluttua maksansiirrosta. Vaikka haastateltava koki kuntonsa tässä vaiheessa hyväksi, hän pohdiskeli kuitenkin myös ikääntymisen vaikutusta omaan fyysiseen kuntoonsa. Fyysisen vointinsa arvioksi hän antoi 4,5. Toinen haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan arvosanalla 3. Haastateltavan työhön paluu viivästyi pitkän sairausloman vuoksi ja hän pystyi palaamaan samaan työhön 9 kuukauden kuluttua maksansiirrosta. Haastateltava olisi ollut fyysisesti valmis palaamaan työhönsä jo aiemminkin, mutta sairaalassa ollessaan hengityskoneen letkut vaurioittivat hänen äänihuulia siten, että hänen puheen tuottaminen heikentyi merkittävästi. Mutta nyt oltuaan jo vuosia maksansiirron jälkeen työelämässä, haastateltava kuvaa yleiskuntoaan erittäin hyväksi. Sairauspoissaoloja työstä on hänelle kertynyt keskimääräistä vähemmän kuin mitä keskiverto-työntekijällä tilastojen mukaan tavallisesti on.

Kolmas haastateltava kuvasi fyysistä vointiaan arvosanalla 5. Haastateltavan fyysinen toimintakyky palasi maksansiirtoleikkauksen jälkeen hyväksi ja normaaliksi. Haastateltava kuitenkin totesi, että anemia on jäänyt hänelle vaivaksi, millä on työkykyä heikentävä vaikutus. Haastateltava palasi opiskelemaan 6 kuukauden kuluttua maksansiirrosta ja totesi opiskelleensa maksansiirron jälkeen kaksi ammattitutkintoa. Haastateltava on osa-aikaeläkkeellä, mutta on työelämässä mukana osa-aikaisesti. Haastateltava totesi, että hän kykenisi fyysisen toimintakyvyn rajoissa työskentelemään jopa enemmänkin, mutta maamme eläkejärjestelmä asettaa siihen omat rajoituksensa. Neljännen haastateltavan fyysinen kunto lähti nousemaan ripeästi

maksansiirron jälkeen ja hän antoi arvioksi 5. Haastateltavan työhönpaluu samaan työhön onnistui 5 kuukauden kuluttua maksansiirrosta. Liikunnan harrastamisen hän kertoi aloittaneensa kevyesti ja vähitellen. Kuuden kuukauden kuluttua haastateltava pystyi harrastamaan jo fyysisesti rasittavaa liikuntaa ja hän juoksi siinä vaiheessa jopa 10 km juoksulenkkejä. Haastateltavat kuvasivat fyysistä vointiaan vaiheessa IV muun muassa seuraavasti;

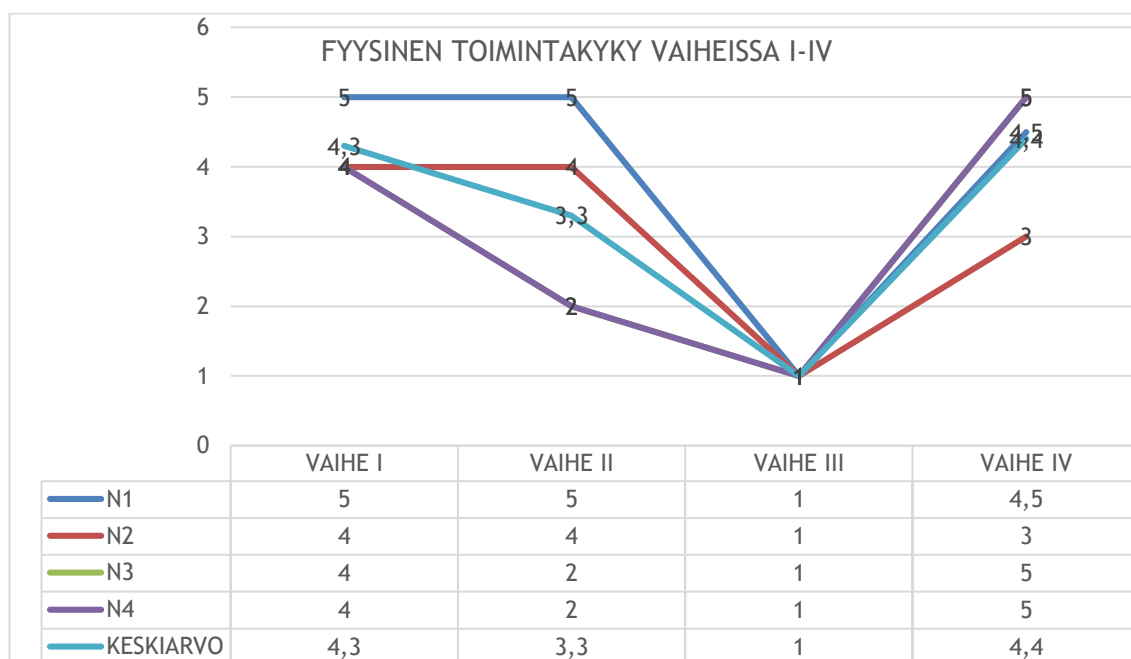
”Ei sulle maksaa turhaan siirretty, töihin vaan ja normaaliin elämään, totesi lääkäri.”

”Kaikki alkoivat tottua minulle tehtyyn maksansiirtoon.”

”Suomen järjestelmästä saa olla kiitollinen. Ei meikäläinen tässä olisi ilman maksasiirtoa.”

”Tekisin nyt enemmänkin töitä kuin aiemmin”

Fyysisen toimintakyvyn kehitystä sairauden eri vaiheissa voidaan kuvata haastateltavien osalta taulukon 1 avulla;



Taulukko 1: Fyysisen toimintakyvyn kehittyminen sairauden eri vaiheissa.

Fyysinen toimintakyky heikkeni voimakkaasti vaiheessa III (maksansiirron jälkeinen tilanne), mutta nousi voimakkaasti vaiheessa IV. Tuossa vaiheessa se oli jopa selvästi paremmalla tasolla kuin ennen maksansiirtoa. Haastateltavat kokivat maksansiirron parantaneen fyysistä toimintakykyä verrattuna ennen maksansiirtoa. Huomionarvoista on myös, että maksansiirron jälkeisessä vaiheessa III kaikki haastateltavat antoivat heikoimman mahdollisen arvosanan 1. Maksansiirto on fyysisesti vaativa toimenpide siirtovaiheessa ja välittömästi sen jälkeen.

7.3 Psykkisen toimintakyvyn muutokset

I vaihe

Ensimmäinen haastateltava kuvasi psyykkistä vointiaan ennen sairastumistaan hyväksi arvosanalla 5. Haastateltavalla oli laaja ystäväpiiri ja sosiaalinen elämä oli sekä aktiivista että vilkasta. Toinen haastateltava kuvasi psyykkistä vointiaan hyväksi ja normaaliksi arvosanalla 4,5. Elämä oli kaikinpuolin hyvää. Kolmas haastateltava arvioi psyykkistä vointiaan arvosanalla 5. Hän koki viihtyvänsä aina hyvin ystäviensä seurassa ja hänellä oli harrastustoimintaa monipuolisesti. Neljännellä haastateltavalla psyykinen vointi oli hänen arvionsa mukaan 5. Elämä kaikkienensa oli hänellä normaalia ja tasapainoista.

II vaihe

Ensimmäinen haastateltava kuvasi psyykkistä vointiaan arvosanalla 5 ja hän koki, että ei osannut huolehtia eikä murehtia vointiaan eikä liioin tulevaisuuttaan etukäteen. Toinen haastateltava kuvasi vointiaan 4,5. Haastateltavalla ei ollut maksansiirtoon varsinaista odotusaikaa, koska tuleva maksansiirto ei ollut tiedossa, vaan maksansiirto tuli hänelle akuutisti. Kolmannella haastateltavalla oli kuolemaan liittyviä pelkoja maksansiirron odotusvaiheessa ja jopa omien hautajaisten suunnittelua oli välillä ajatuksissa. Vointinsa hän arvioi numerolla 2. Neljäs haastateltava kuvasi vointiaan arviolla 2. Hänelle tieto sairaudesta oli heti alkuun melkoinen järkytys. Haastateltava kuitenkin koki, että hänen psyykinen vointinsa heti alun järkytyksen jälkeen kohentui ja tasaantui melko nopealla aikataululla. Haastateltavalla ei ollut esimerkiksi kuolemanpelkoa maksansiirron suhteen. Haastateltavat kuvasivat psyykkistä vointiaan vaiheessa II muun muassa seuraavasti;

”Mieliala vaihteli, toisaalta pelkäsin kuolevani, toisaalta olin iloinen, että tulen saamaan avun.”

”Kun sain diagnoosin olin järkyttynyt.”

”Maksansiirtoa odottaessa puhuin paljon läheisteni kanssa.”

III vaihe

Ensimmäinen haastateltava kuvasi vointiaan maksansiirron jälkeen arvosanalla 4. Haastateltavan psyykinen vointi oli ollut kuitenkin hetkellisesti maksansiirron jälkeen merkittävästi huonompi ja hän koki olevansa heti maksansiirron jälkeen järkyttynyt ja eräänlaisessa

kriisissä. Hän totesi kokeneensa sokkivaiheen sairaalassa ja syyksi siihen hän totesi täysin yllättäen tulleen maksansiirron. Haastateltava kuitenkin koki olevansa mieleltään peruspositiivinen ihminen, joten psyykkinen toipuminen järkytyksestä sujui hyvin ja nopeasti. Toinen haastateltava kuvasi vointiaan arvosanalla 1. Haastateltavalle tehtiin akuutti maksansiirto. Haastateltava totesi tiedon maksansiirrosta tuleen täysin yllätyksenä, sillä hän kuuli ensimmäisen kerran sairaalan heräämössä leikkauksen jälkeen, että hänelle on tehty maksansiirto. Kolmas haastateltava kuvasi vointiaan arvosanalla 1. Haastateltavan mukaan matala mieliala lähti kohenemaan kuitenkin heti siirron jälkeen. Hän ei osannut eritellä vointinsa matalaa arviota. Neljäs haastateltava kuvasi vointiaan arviolla 3,5. Haastateltava pohti heti maksansiirron jälkeen maksan luovuttajaa sekä luovuttajan kohtaloa. Haastateltavat kuvasivat psyykkistä vointiaan vaiheessa III muun muassa seuraavasti;

"Niin paljon kuin vain jaksoin, olin yhteydessä ystäviin ja lähipiiriin."

"Mieli oli kyllä maassa, mutta siitä se nopeasti lähti paranemaan."

"Sairaalassa ollessani mietin useasti maksan luovuttajaa"

"En kokenut olevani masentunut maksansiirron jälkeen"

IV vaihe

Ensimmäinen haastateltava koki sairaalasta kotiin päästyään psyykkisen vointinsa hyväksi arviolla 5. Haastateltava koki kokemastaan kriisistä huolimatta toipuneen nopeasti. Hän oli valmis palaamaan työelämään 6 kuukauden jälkeen maksansiirrosta. Toinen haastateltava kuvasi vointiaan arvosanalla 5 eli hyväksi ja normaaliksi. Mieliala oli tässä vaiheessa korkealla. Kolmas haastateltava kuvasi vointiaan hyväksi arviolla 5. Haastateltava pääsi palaamaan kesken jääneiden opiskeluiden pariin 6 kuukauden kuluttua maksansiirrosta. Neljäs haastateltava kuvasi vointiaan erinomaiseksi arviolla 5. Haastateltavan psyykkinen vointi kohentui melko pian maksansiirto leikkauksen jälkeen jo hänen sairaalassa oloaikanaan. Haastateltava koki saavansa hyvin tukea lähi- ja ystäväpiiristä ja hänellä oli tunne, että hänen ei tarvitse olla yksin. Haastateltavat kuvasivat psyykkistä vointiaan vaiheessa IV muun muassa seuraavasti;

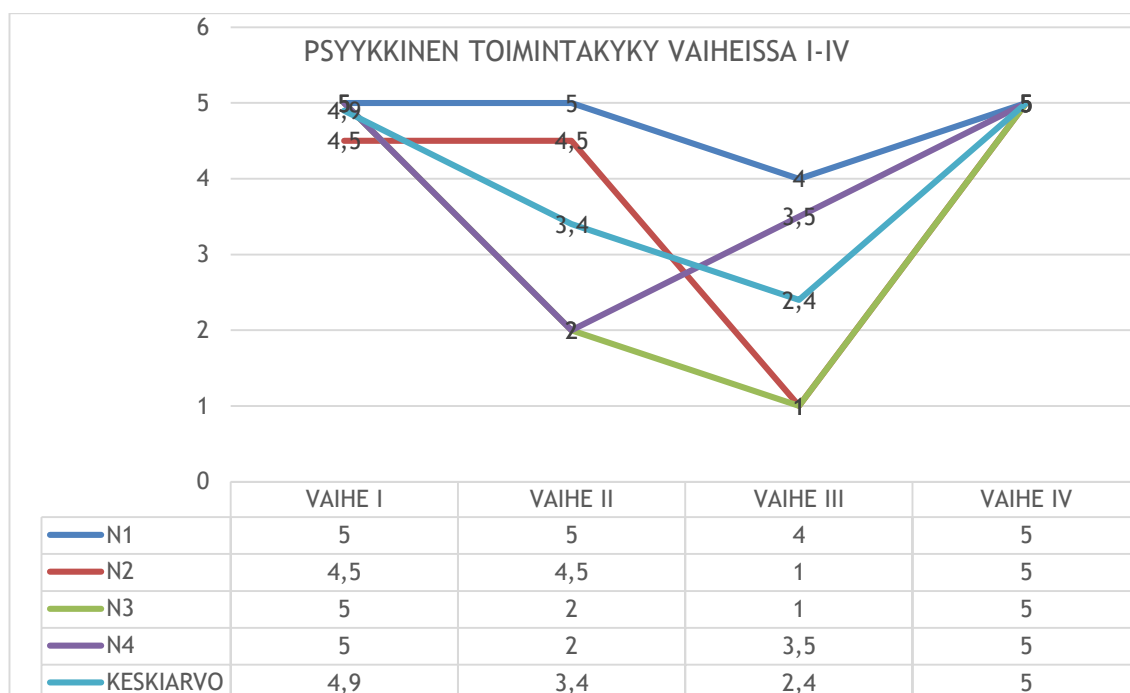
"Elinsiirto ei ole jäänyt miksiäkään traumaksi."

"Olen kiitollinen, että sain uuden elämän, mutta mietin joskus luovuttajaa."

"Masennukset voivat tulla vasta vuoden päästä, kun on jo fyysisesti kunnossa."

"Kotona vasta rupesin miettimään ja työstämään maksansiirtoa"

Psyykkisen toimintakyvyn kehitystä sairauden eri vaiheissa voidaan kuvata haastateltavien osalta taulukon 2 avulla;



Taulukko 2: Psyykkisen toimintakyvyn kehitys sairauden eri vaiheissa.

Haastateltavat kokivat keskimääräisesti ottaen psyykkisen toimintakyvynsä laskeneen aiemmasta sekä vaiheessa II että vaiheessa III. Psyykinen toimintakyky kuitenkin nousi voimakkaasti arvoon 5 vaiheessa IV. Näin ollen se nousi jopa korkeammalle tasolle kuin ennen maksansiirtoa olleissa vaiheissa I ja II.

7.4 Sosiaalisen toimintakyvyn muutokset

I vaihe

Ensimmäinen haastateltava koki sosiaalisen vointinsa ennen maksansiirtoa hyväksi arviolla 5. Haastateltavalla on ollut aina laaja sosiaalinen verkosto ja aktiivinen seuraelämä. Hän kuvasi itseään perusluonteeltaan sosiaalisesti. Toinen haastateltava totesi vointinsa arvosanaksi 4,5. Hän kuvasi sosiaalista elämäänsä hyväksi ja normaaliksi ennen sairastumista. Kolmas haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arviolla 5. Hän totesi viettäneensä normaalia ja aktiivista opiskelijan nuoren elämää, johon kuuluu laaja ystäväpiiri ja vilkas sosiaalinen kanssakäyminen. Neljäs haastateltava kuvasi vointiaan arviolla 5. Hän totesi ystäväpiirin olleen laajan ja sosiaalinen elämä oli vilkasta.

II vaihe

Ensimmäinen haastateltava arvioi sosiaalisen vointinsa vaiheessa II arvosanalla 5. Maksansiirto tuli haastateltavalle akuuttina, jolloin hänen sosiaalinen toiminta ei poikennut aiemmasta. Toinen haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arvosanalla 4,5. Haastateltavalle tehtiin akuutti maksansiirto, joten sosiaalinen elämä ei hänen kohdalla kokenut muutosta, koska mitään varsinaista odotusvaihetta ennen maksansiirtoa ei hänellä ollut. Kolmas haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arviolla 2. Kroonisen maksasairauden ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen myötä myös sosiaalinen toimintakyvy heikkeni merkittävästi. Haastateltavan sosiaalinen elämä kärsi jatkuvan huonovointisuuden ja väsymyksen takia. Neljäs haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arviolla 5. Sosiaalinen tuki oli ollut haastateltavan mukaan tärkeä asia maksansiirron odotusvaiheessa.

III vaihe

Ensimmäinen haastateltava kuvasi olosuhteisiin ja vointiin nähden sosiaalisen vointinsa vaiheessa III arvosanalla 4. Toinen haastateltava antoi vointinsa arvosanaksi 5. Hän totesi, että ystävät olivat olleet aktiivisia maksansiirron jälkeen ja he olivat runsaasti yhteydessä haastateltavaan. Lähi- ja ystäväpiiri kuitenkin yllättyivät suuresti haastateltavan akuutista maksansiirrosta. Kolmas haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arviolla 1. Haastateltava kuvasi sosiaalisen elämän maksansiirron jälkeen heikentyneen huomattavasti, mutta tosin vain hetkellisesti. Neljäs haastateltava kuvasi sosiaalista vointia arviolla 5, koska hänen sosiaalinen toimintakyky oli erinomaisen hyvä. Haastateltava piti yhteyttä lähipiiriin heti maksansiirtoleikkauksen jälkeen ensin puolison avustuksella. Puolison apu olikin tässä vaiheessa korvaamaton, sillä haastateltava koki voimansa maksansiirron jälkeen vielä niin heikoiksi, jotta olisi voinut toimia vielä itsenäisesti. Mutta vähitellen voinnin kohentuessa sairaalassa ollessaan hän pystyi itsenäisesti olemaan yhteydessä ystäviinsä. Haastateltava koki tärkeäksi tunteen, ettei tarvitse olla yksin. Haastateltava pitikin paljon yhteyttä lähipiiriin ja ystävien kanssa voinnin mahdollisuuksien rajoissa.

IV vaihe

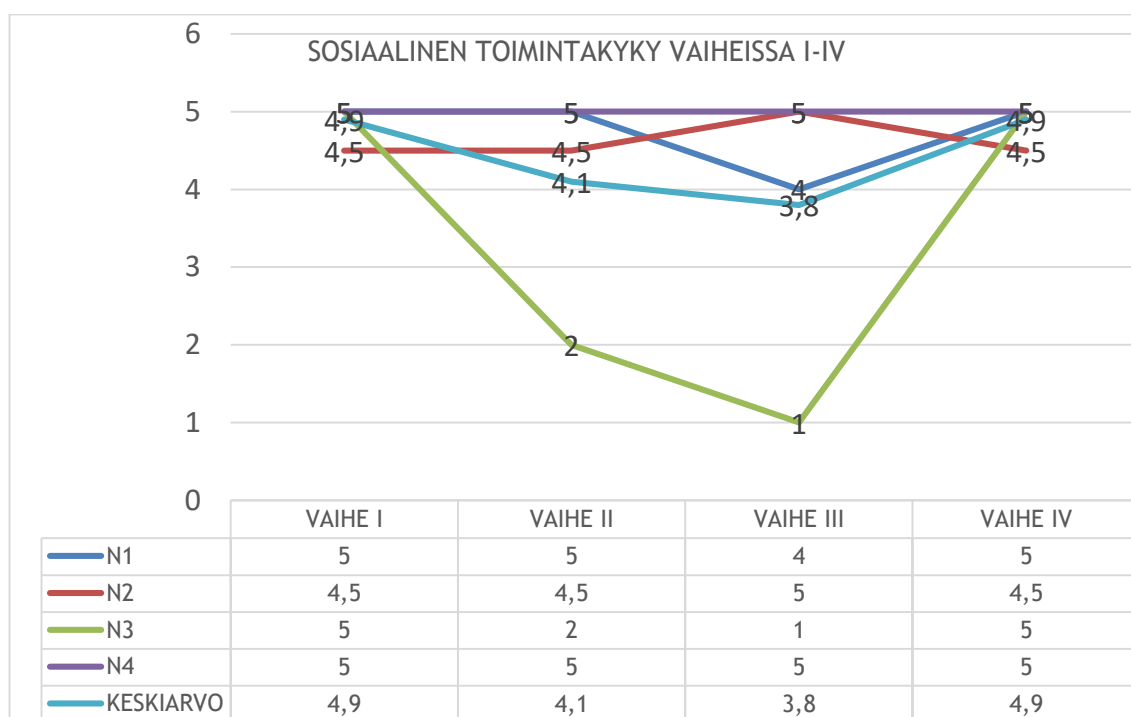
Ensimmäinen haastateltava totesi, että sosiaaliseen verkostoon tuli sairauden myötä merkittäviä muutoksia. Vanhoja ystäviä karsiutui pois ja uusia ystävyysuhteita tuli tilalle. Eli näin ollen maksasairaudella oli vaikutuksensa hänen sosiaaliseen verkostoon. Hänen arvio tästä vaiheesta oli 5. Toinen haastateltava antoi arvosanan 4,5 sosiaaliselle voinnilleen. Sosiaalinen kanssakäyminen lähipiiriin ja ystävien kanssa palautui maksansiirron jälkeen normaaliksi kanssakäymiseksi. Kolmas haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arviolla 5. Haastateltava totesi, että elämä normalisoitui entisiin uomiin melko pian maksansiirron jälkeen. Sosiaalinen

elämä palautui vilkkaaksi, kuten se oli ollut ennen maksansiirtoakin. Neljäs haastateltava kuvasi sosiaalista vointiaan arviolla 5. Haastateltava palasi töihin 5 kuukauden kuluttua maksansiirron jälkeen. Sosiaalinen elämä oli kantanut haastateltavaa koko sairauden ajan. Haastateltavat kuvasivat sosiaalista vointiaan vaiheessa IV muun muassa seuraavasti;

”Aukesi uusi maksaelämä, uusien ystävien myötä. Sosiaalinen elämä oli aiempaakin vilkkaampaa.”

”Vertaistuki oli tässä vaiheessa tärkeä, jotta sai jakaa kokemaansa”

Sosiaalisen toimintakyvyn kehitystä sairauden eri vaiheissa voidaan kuvata haastateltavien osalta taulukon 3 avulla;



Taulukko 3: Sosiaalisen toimintakyvyn kehitys sairauden eri vaiheissa.

Sosiaalinen toimintakyky säilyi keskimääräisesti ottaen varsin hyvänä eri vaiheissa, kuitenkin hieman laskien vaiheissa II ja III, mutta palaten vaiheessa IV samalle tasolle kuin vaiheessa I. Yhden haastatellun osalta sosiaalinen toimintakyky tosin laski voimakkaasti vaiheissa II ja III. Vaiheessa IV sosiaalinen toimintakyky koettiin keskimäärin erittäin hyväksi, saaden keskimääräisesti arvosanan 4,9.

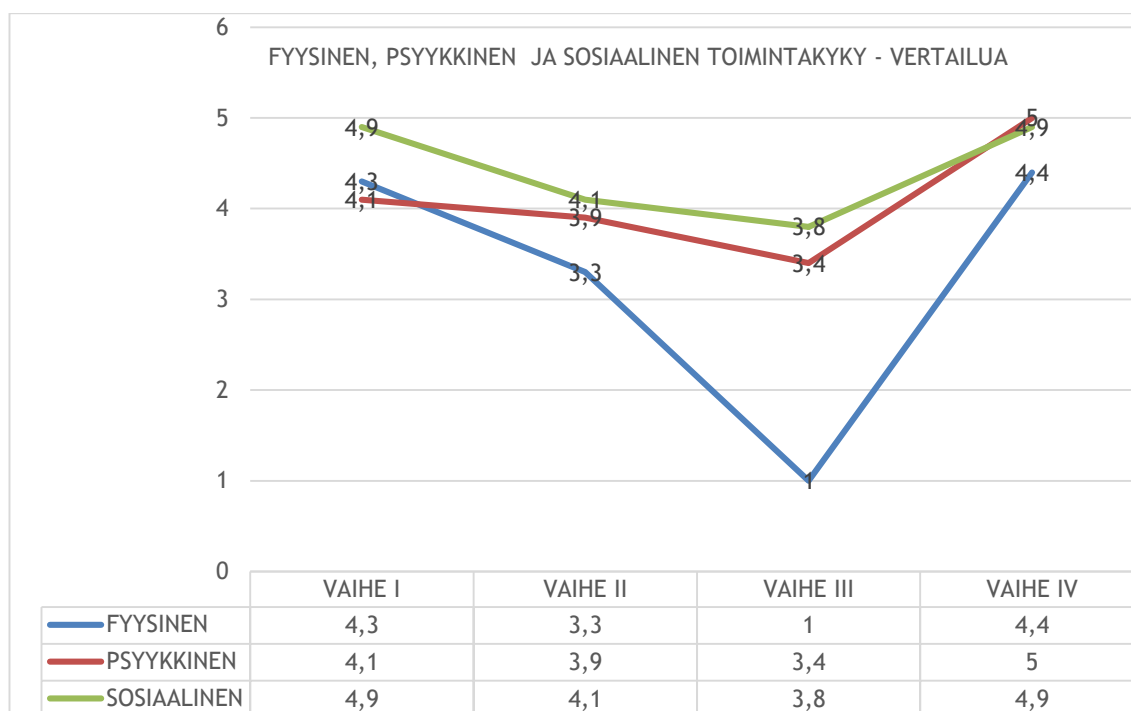
7.5 Yhteenveto fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutoksista

Ensimmäinen keskeinen havaintomme haastatteluistamme on, että niin fyysinen, psyykinen, maksansiirron odotusvaiheessa (vaihe II) ja maksansiirron jälkeisessä vaiheessa (vaihe III) alkuperäisestä. Voimakkainta lasku oli fyysisessä toimintakyvyssä ja toiseksi voimakkainta psyykkisessä toimintakyvyssä. Vaihe III oli erityisesti psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn kannalta huono vaihe ja siten haastateltavien antamat arvosanat huonoja. Maksansiirto on siis fyysisesti vaativa toimenpide siirtovaiheessa ja välittömästi sen jälkeen.

Toinen keskeinen havaintomme on, että fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky nousivat voimakkaasti työhön paluun vaiheessa IV. On huomattavaa, että vaiheessa IV kaikki toimintakyvyt olivat erittäin korkealla tasolla, joten maksansiirrosta oli ollut siis selvää hyötyä haastateltaville. Maksansiirto on parantanut sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä vaiheessa IV verrattuna haastateltujen arvioihin ennen maksansiirtoa (vaiheet I ja II). Tätä tukevat myös haastateltujen omat vapaat kommentit toimintakyvystä ja maksansiirron merkityksestä heidän elämässään. Kaikkien neljän toimintakyvyn korkea taso vaiheessa IV oli edistämässä työhön sekä opiskeluun paluuta.

Kolmas havaintomme on, että haastateltavat kokivat sosiaalisen toimintakykynsä keskimäärin paremmaksi kuin fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn vaiheissa I-III.

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kehitystä sairauden eri vaiheissa on kuvattu alla olevassa taulukossa 4;



Taulukko 4: Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vertailua sairauden eri vaiheissa.

7.6 Koherenssin tunteen muutokset

Kaksi haastateltavaa totesi, että heidän koherenssin tunne on maksasiirron myötä vain kohonnut. Kahdella haastateltavalla koherenssin tunne oli puolestaan ollut erinomainen läpi koko elämän. Haastateltavat kertoivat koherenssin tunteestaan muun muassa seuraavaa;

”Elämässä jokaisella on omat vaikeutensa. Maksansiirto on vain vahvistanut. Ei joka pieneneen asiaan enää kiinnitä huomiota.”

”En vähästä enää valita. Ja huomaan tämän saman myös muissa kovia kokeneissa.”

”Ei elämä tähän loppu, vaan tämä on nimenomaan alku.”

”Haasteellisiin tilanteisiin suhtautuminen on parantunut maksasiirron jälkeen.”

”Näen maailman nyt aivan eri tavalla.”

”Ajattelen aina positiivisuuden kautta. Vaikka joitakin kertoja lunta on tullut tupaan, se on vain semmoinen hetki, ja huomenna asiat ovat taas paremmin.”

Yhteenvedona voidaan todeta, että haastateltavat kokivat koherenssin tunteen joko pysyneen samana tai nousseen maksasiirron myötä.

8 Pohdinta

8.1 Maksansiirtopotilaan työhön palaamista edistävät tekijät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää maksansiirtopotilaan työhön palaamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tarkastelimme aluksi maksan toimintaa sekä maksasairauksia, jotka johtavat maksansiirtoon. Tämän jälkeen tarkastelimme työkykyyn ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä, kuten fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä sekä koherenssia. Seuraavaksi loimme opinnäytetyössämme katsauksen akateemisiin tutkimuksiin maksansiirtopotilaiden työhön paluuseen vaikuttavista tekijöistä. Tämän jälkeen kuvasimme ja purimme tulokset tekemästämme haastattelututkimuksesta.

Ensinnäkin haastateltujen potilaiden maksansiirtoikä oli matala, keski-ikä ollessa maksansiirtovaiheessa 28,5 vuotta. Koemme, että nuori ikä edisti haastateltujen työhön paluuta. Akateemisissa tutkimuksissa muun muassa Huda et.al. (2011) ja Åberg et.al. (2009) totesivat nuoren iän edistävän työhön paluuta. Åberg et.al. teki Suomen aineistollaan havainnon, että 20-29 vuotiailla työhön paluuprosentti oli 80 % ja 30-39 vuotiailla 69 %, kun taas 50-59 vuotiaiden ryhmässä se oli vain 30 %. Omissa haastatteluissamme työhön paluuprosentti oli 100 %. Aiemmin läpikäymiemme akateemisten tutkimusten työhön paluuprosentit olivat haarukassa 24 % - 55 % eli selvästi matalampia kuin haastatteluaineistossamme. Akateemisissa tutkimuksissa haastateltavien keski-ikä oli useissa tutkimuksissa korkeahko. Maksansiirto tehdään useinmielten noin 50 vuoden iässä. Esimerkiksi Saab et.al. (2007) tutkimuksessa haastateltavien keski-ikä oli 51 vuotta, Rongey et.al. (2005) tutkimuksessa 55 vuotta ja Åberg et.al. (2009) tutkimuksessa myös 55 vuotta.

Toinen tekijä, joka mielestämme edisti työhön paluuta, oli työssä olo ennen maksansiirtoa. Kaikki haastateltavamme olivat työelämässä ennen maksansiirtoa ja kaikki palasivat työelämään. Muun muassa Saab et.al. (2007), Sahota et.al. (2006), Rongey et.al. (2005), Huda et.al. (2011) ja Weng et.al. (2014) raportoivat tuloksissaan töissä olon ennen maksansiirtoa ennustavan merkittävän positiivisesti myös paluuta työelämään maksansiirron jälkeen. Koemme, että tällä oli mahdollisesti erittäin merkittävä vaikutus haastattelemiemme potilaiden korkeaan

työhön paluuprosenttiin. Yksi haastateltavistamme oli sairastuttuaan opiskelija ja palasi takaisin opiskelijaksi maksansiirron jälkeen.

Kolmas tekijä, joka mielestämme edisti työhön paluuta, oli haastateltavien hyvä psyykinen toimintakyky ja koherenssin tunne työhön paluun vaiheessa (vaihe IV). Vapaissa kommentoissa ja myös psyykkistä toimintakykyä mitatessamme havaitsimme, että sairauden loppuvaiheessa (vaiheessa IV) oli kaikilla haastateltavillamme erittäin hyvä psyykinen toimintakyky. Aineistomme perusteella psyykinen toimintakyky jopa koettiin paremmaksi maksansiirron jälkeen vaiheessa IV, kuin ennen sitä vaiheissa I-II. Kaikkien haastateltavien kommentit koherenssin tunteesta olivat positiivisia. Haastateltavat kokivat koherenssin tunteen joko pysyneen samana tai nousseen maksansiirron myötä. Kuten yksi haastateltavista totesi; ”maksansiirto ei ole elämän loppu, vaan uuden elämän alku”. Akateemisissa tutkimuksissa Newton (1999) dokumentoi psyykkisten tekijöiden ja koherenssin merkityksen työhön paluuseen artikkelissaan, samaten Weng et.al. (2014) korostivat psyykkisten tekijöiden merkitystä työhön paluun kannalta. Hyvä psyykinen toimintakyky mahdollisti tai toimi positiivisena tekijänä edistämässä työhön paluuta.

Neljäs tekijä, joka mielestämme edisti työhön paluuta haastatteluidemme perusteella, oli hyvä fyysinen toimintakyky. Sairauden loppuvaiheessa kaikki haastateltavamme kokivat fyysisen toimintakykynsä erittäin hyväksi. Hyvän fyysisen toimintakyvyn todettiin myös Rongey et.al. (2005) tutkimuksessa edistävän työhön paluuta maksansiirtopotilailla.

Viides tekijä, joka mielestämme edisti työhön paluuta, oli työn matalampi fyysinen kuormittavuus. Kaikilla haastateltavillamme työn luonne oli verrattavissa toimistotyöhön. Haastateltaviemme korkea työhön paluuprosentti johtui todennäköisesti myös tästä tekijästä. Akateemisissa tutkimuksissa asian havaitsivat myös Rongey et.al. (2005), joiden mukaan toimistotyö eli työn matalampi fyysinen kuormittavuus edisti työhön paluuta.

Tekijä, joka vaikutti työhön paluuseen ja tehdyn työn määrään mahdollisesti negatiivisesti, olivat sosiaaliset tuet. Yksi haastateltava kertoi, että hänelle myönnetty osa-aikaeläke vaikutti siihen, että hän ei tehnyt töitä täysimääräisesti vaan osa-aikaisesti. Hänen kohdallaan sosiaalinen tuki vaikutti näin ollen negatiivisesti tehdyn työn määrään. Saman havaitsivat Saab et.al. (2007) ja Sahota et.al. (2006) tutkimuksissaan. Haastattelututkimuksessamme yhtä lukuun ottamatta haastateltavat eivät saaneet maksansiirrosta johtuvia sosiaalisia tukia, joten on vaikea arvioida, olisiko työhön paluuste laskenut, jos sosiaalisia tukia olisi ollut saatavilla.

Haastattelujemme perusteella emme pysty sanomaan, oliko sukupuolella tai maksansiirron syyllä vaikutusta työhön paluuseen. Kaikki haastattelemamme potilaat olivat myös varsin korkeasti koulutettuja. Tämä voi mahdollisesti tukea työhön paluuta. Aiemmin esittelemissämme akateemisissa tutkimuksissa saatiin osin ristiriitaisia tuloksia koulutuksen, sukupuolen ja maksansiirron syyn vaikutuksista työhön paluuseen. Esimerkiksi Huda et.al. (2011) raportoivat hyvän koulutuksen ja mies- sukupuolen edistävän positiivisesti työhön paluuta, kun taas alkoholiperusteiset maksansiirrot vaikuttivat negatiivisesti työhön paluuseen. Cowling et.al. (2004) taas havaitsivat, että sukupuolella ja koulutuksella ei ole merkitystä työhön paluuseen.

8.2 Maksansiirtopotilaan subjektiiviset kokemukset työhön palaamiseen liittyen

Kuvasimme luvuissa 7.2-7.6 haastateltavien subjektiivisia kokemuksia sairauden eri vaiheissa. Ne täydensivät numeraalista mittaristoamme. Subjektiiviset kokemukset fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä olivat samansuuntaisia numeraalisten arvioiden kanssa sairauden eri vaiheissa. Kommentit olivat negatiivisia vaiheessa III, joka oli haasteellisin vaihe maksansiirtopotilaille. Sen sijaan loppuvaiheessa IV haastateltavien kommentit olivat hyvin positiivisia.

Haastateltavien numeraalisesti arvioima fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky laski maksansiirron odotusvaiheessa (vaiheessa II) ja maksansiirron jälkeisessä vaiheessa (vaiheessa III). Voimakkainta lasku oli fyysisessä toimintakyvyssä ja toiseksi voimakkainta psyykkisessä toimintakyvyssä. Vaihe III oli erityisesti psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn kannalta huonoin vaihe ja haastateltavien antamat arviot voinnistaan olivat huonoja. Maksansiirto on siis varsinkin fyysisesti vaativa toimenpide siirtovaiheessa ja välittömästi sen jälkeen. Myös psyykinen kuormittavuus on potilaalle huomattava.

Haastateltaviemme fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky nousi voimakkaasti loppuvaiheessa IV. On huomattavaa, että vaiheessa IV fyysinen ja psyykinen toimintakyky oli haastatelluilla erittäin korkealla tasolla ja paremmalla tasolla kuin vaiheessa I, joten maksansiirrosta oli siis selvää hyötyä haastateltaville. Hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky työhön paluun vaiheessa edistivät potilaiden työhön paluuta. Tätä tukevat myös haastateltujen omat vapaat kommentit toimintakyvystä ja maksansiirron merkityksestä heidän elämässään.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tähän tutkimukseen osallistuneille haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta, menetelmästä ja luottamuksellisuudesta sekä saatujen haastatteluaineistojen hyödyntämisestä ja säilyttämisestä. Kerroimme haastateltaville, että puhelinhaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin luvat haastatteluiden nauhoittamiseen. Käsittelimme haastateltavilta saamiamme tietoja luottamuksellisesti ja huolehdimme, ettei aineisto joutunut kenenkään ulkopuolisen käsiin. Käytimme saamiamme tietoja vain tätä opinnäytetyötä varten. Haastattelemiemme potilaiden tiedot eivät olleet tunnistettavissa missään prosessin vaiheessa. Vaikka haastattelun teemat olivat hyvin henkilökohtaisiin asioihin perustuvia asioita, kuten terveydentila, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, sujuivat haastattelut hyvin. Haastateltavat suhtautuivat positiivisesti haastatteluun ja keskustelu oli vapaata. Saimme haastatteluista ne tiedot aineistoon, joita tarvitsimme. Puhelinhaastattelun etuihin lukeutuu, että haastateltava on mahdollista tavoittaa myöhemmin uudelleen. Opinnäytetyömme aikataulu oli hyvin tiukka, eikä aikataulun puitteissa ollut mahdollisuutta toiseen haastatteluun. Jos toinen haastattelukierros olisi ollut ajallisesti mahdollista, olisivat haastattelut voineet olla vielä nykyistä kuvaavampia. Tarkentavien kysymyksien avulla olisi aineistoon ollut mahdollista saada lisää syvällisyyttä.

Tätä tutkimusta tehdessä on kiinnitetty huomiota tutkimukseen liittyvän teorian tiedon lähteiden valintaan. Olemme huomioineet teorian tiedon ajantasaisuuden sekä luotettavuuden. Haastattelututkimustemme tulokset olivat samansuuntaisia useiden akateemisten tutkimusten kanssa. Koemme, että tuloksemme ovat tässä mielessä luotettavia, vaikka haastateltavia oli neljä eli haastateltavien määrä oli melko suppea.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä. Toisin sanoen kysymystä siitä, että jos tutkimus toistetaan, niin tullaanko saamaan samat tulokset. (Kananen 2010, 69.) Haastattelututkimuksemme reliabiliteettia tukee se, että keskeiset tuloksemme olivat samansuuntaisia kuin laajemmissa, suuremmalla haastateltavien määrällä tehtyjen akateemisten tutkimusten tulokset. Tiedostamme kuitenkin suppean haastateltavien määrän olevan ongelma reliabiliteetin näkökulmasta.

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa on mitattu juuri niitä asioita, mitä oli tarkoituskin mitata (Kankkunen ym. 2013, 189). Validiteetin näkökulmasta katsottuna pyrimme mittaamaan juuri niitä kysymyksiä, jotka olivat tutkimusongelmiamme; mitkä tekijät edistävät maksansiirtopotilaan työhön palaamista ja millaisia subjektiivisia kokemuksia haastateltavilla on työhön paluuseen liittyen.

8.4 Jatkotutkimus- ja kehitysehdotukset

Maksansiirtopotilaiden työhön palaamiseen liittyviä tutkimuksia on vähän saatavilla ja ne ovat pääasiassa kansainvälisiä tutkimuksia. Maksansiirtoja tehdään vuosi vuodelta yhä enemmän. Maksansiirtoon liittyvää tutkittua tietoa tarvitaan niin maksansiirtopotilaille sekä hänen läheisille että hoitohenkilökunnan tietoisuuteen ja käyttöön.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme syvähaastattelututkimusta laajemmalla aineistolla potilaille, jotka eivät ole palanneet työelämään, jotta ymmärretään paremmin työelämään paluun esteitä. Lisäksi ehdotamme tutkimusaihetta, joka selvittäisi maksan uusintasiirron kokeiden subjektiivisia kokemuksia liittyen työkykyyn, koherenssiin ja työhön palaamiseen.

Opinnäytetyömme tuottama tieto on hyödyllistä ja tulee Munuais- ja maksaliitto ry:lle käyttöön. Opinnäytetyömme tulokset edistävät ja tukevat maksansiirtopotilaiden työhön paluuta ja lisäksi tulokset antavat maksansiirtopotilaiden hoidon kehittämiseen uusia ja oivaltavia näkökulmia.

Lähteet

Painetut lähteet

Arola, J. & Jokelainen, K. 2013. Maksan rakenne ja toiminta. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 683-695.

Färkkilä, M. 2013. Krooniset kolestaattiset maksasairaudet. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 781-802.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing.

Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Isoniemi, H. 2013a. Maksansiirto. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 880-902.

Isoniemi, H. 2013b. Akuutti maksan toiminnan pettäminen. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 845 - 851.

Isoniemi, H. & Färkkilä, M. 2013. Diagnostiikka ja tutkimusmenetelmät. Teoksessa Färkkilä, M., Isoniemi, H., Kaukinen, K. & Puolakkainen, P. (toim.). Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 696-704.

Isoniemi, H., Lempinen, M., Mäkisalo, H., Nordin, A., Tukiainen, E., Helenius-Hietanen, J., Nikkilä, K., Koivusalo, A-M. & Åberg, F. Uusittu painos 2014. Uudella maksalla uuteen elämään. Potilaan käsikirja. Elinsiirto- ja maksakirurgian klinikka HYKS Meilahden Kolmiosairaala. Espoo: Astellas.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino: Juvenes Print.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino: Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Koivusalo, A-M. & Ilmakunnas, M. 2014a. Maksan siirto. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., & Ruokonen, E.(toim.). Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 575-576.

Koivusalo, A-M. & Mäkisalo, H. 2014b. Maksan verenvirtaus ja hermotus. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., & Ruokonen, E.(toim.). Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 212.

Koivusalo, A-M. & Mäkisalo, H. 2014c. Maksan fysiologia. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., & Ruokonen, E.(toim.). Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 212.

Koivusalo, A-M. & Mäkisalo, H. 2014d. Maksan akuutti vajaatoiminta. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., & Ruokonen, E.(toim.). Anestesiologia ja teho-
hoito. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino. 216.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A., & Björkqvist, S-E. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomi-
a. Uudistettu 18. painos. Helsinki: WSOY.

Sähköiset lähteet

Boyd, S., Arola, J., Mäkisalo, H., & Färkkilä, M. 2014. Sytologia ratkaisevassa roolissa pri-
maari-sen sklerosoivan kolangiitin seulonnessa ja seurannassa. Duodecim;130(22-23): 2397-
404. Viitattu 10.11.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11966.pdf>

Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo J. & Koskinen, S. 2006. Työkyvyn ulottuvuudet, Terveys
2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino. Viitattu 19.11.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78368/tyokyvyn_ulottuvuudet_7.pdf

Cowling, T., Jennings, L.W., Goldstein, R.M., Sanchez, E.Q., Chinnakotla, S., Klintmalm, G.B.
& Levy, M.F. 2004. Liver transplantation and health-related quality of life: scoring differences
bet-ween men and women. Liver Transplantation 10, 88-96. Viitattu 28.10.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.20013/full>

Halme, L., Arola, J., Numminen, K., Krogerus, L., Mäkisalo, H. & Färkkilä, M. 2012. Duode-
cim. Sappiteiden harjasolunäytteiden virtausytometrinen DNA-määrä ennustaa sappitiedys-
plasiaa ja kolangiokarsinoomaa PSC-taudissa. Viitattu 5.11.2016. [http://www.ter-
veysportti.fi/xmedia/duo/duo10006.pdf](http://www.ter-
veysportti.fi/xmedia/duo/duo10006.pdf)

Heiro, M. & Koskinen, P. 2012. Elinsiirtopotilas perusterveydenhuollossa. Duodecim.
128(16):1717-21. Viitattu 10.11.2016. [http://www.terveysportti.fi/xme-
dia/duo/duo10453.pdf](http://www.terveysportti.fi/xme-
dia/duo/duo10453.pdf)

Huda,A., Newcomer,R., Harrington, C., Blegen, M.G., Keeffe, E.B. 2011. High rate of unem-
ployment after liver transplantation: Analysis of the United Network for Organ Sharing data-
base. Liver Transplantation. Volume 18, Issue 1. January 2012. Viitattu 27.10.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.22408/full>

HUS. 2016a. Hylkimisen estolääkitys. Viitattu 9.11.2016. [http://www.hus.fi/sairaanhoito/sai-
raanhoitopalvelut/elinsiirrot/maksansiirrot/hylkimisen-estolaakitys/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sai-
raanhoitopalvelut/elinsiirrot/maksansiirrot/hylkimisen-estolaakitys/Sivut/default.aspx)

HUS. 2016b. Maksakirurgia. Viitattu 6.11.2016. [http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoito-
palvelut/maksakirurgia/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoito-
palvelut/maksakirurgia/Sivut/default.aspx)

HUS. 2016c. Maksansiirrot. Viitattu 8.11.2016. [http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoito-
palvelut/elinsiirrot/maksansiirrot/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoito-
palvelut/elinsiirrot/maksansiirrot/Sivut/default.aspx)

HUS. 2016d. Maksansiirtopotilaan arviointi. Viitattu 13.11.2016. [http://www.hus.fi/sairaan-
hoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/maksansiirrot/maksansiirtopotilaan-arviointi/Sivut/de-
fault.aspx](http://www.hus.fi/sairaan-
hoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/maksansiirrot/maksansiirtopotilaan-arviointi/Sivut/de-
fault.aspx)

HUS. 2013. Hyksissä tehty jo 1000 maksansiirtoa, tulokset kansainvälistä kärkiluokkaa. Vii-
tattu 13.11.2016. [http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Hyksiss%C3%A4-tehty-jo-
1000-maksansiirtoa,-tulokset-kansainv%C3%A4list%C3%A4-k%C3%A4rkiluokkaa.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Hyksiss%C3%A4-tehty-jo-
1000-maksansiirtoa,-tulokset-kansainv%C3%A4list%C3%A4-k%C3%A4rkiluokkaa.aspx)

Kurkela, R. 2016. Teemahaastattelu. Tilastokeskus. Viitattu 17.11.2016.
<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

- Kähkönen, E. 27.2.2014. Helsingin Sanomat. Viitattu 7.11.2016. <http://www.hs.fi/hyvinyvointi/a1393468048744>
- Leppävuori, A., Eskola A., & Ämmälä, A.-J. 2011. Elinsiirtopotilaan leikkauskelpoisuuden psykiatrisen arviointi. *Duodecim*. 127(16):1669-76. Viitattu 15.11.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99720.pdf>
- Metsävainio, M. 2013. Sosiaalinen toimintakyky- käsiteanalyttinen tutkimus. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 20.11.2016. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20130084>
- Munuais- ja maksaliitto. 2016a. Tietoa sairauksista ja elinsiirroista. Viitattu 12.11.2016. http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot
- Munuais- ja maksaliitto. 2016b. Virushepatiitit. Viitattu 7.11.2016. http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/maksasairaudet/maksasairaudet/virushepatiitit
- Munuais- ja maksaliitto. 2016c. Myrkytyksen aiheuttamat maksasairaudet. Viitattu 10.11.2016. http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/maksasairaudet/maksasairaudet/myrkytykset
- Munuais- ja maksaliitto. 2016e. Harvinaiset aineenvaihduntasairaudet. Viitattu 8.11.2016. http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/maksasairaudet/maksasairaudet/harvinaiset_aineenvaihduntasairaudet
- Newton, S.E. 1999. Relationship of Hardiness and Sense of Coherence to Post-Liver Transplant Return to Work. *Holistic Nursing Practice*, April 1999; 13(3), 71-79. Viitattu 21.10.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10418388>
- Parry, M. & Hoppu, K. 2015. Parasetamolin aiheuttamat myrkytykset Suomessa. *Fimea*. Viitattu 6.11.2016. http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/vain-verkossa/parasetamolin-aiheuttamat-myrkytykset-suomessa
- Poppius, E. 2007. Koherenssin tunne ja terveys. Tampereen Yliopisto. Viitattu 19.11.2016. <http://www.uta.fi/kirjasto/vaitokset/2007/2007056.html>
- Rahunen, N. 2013. Työkyky ja siihen vaikuttavat psykososiaaliset kuormitustekijät. Kirjallisuuskatsaus. Itä-Suomen Yliopisto. *Hoitotiede*. Viitattu 30.10.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130534/urn_nbn_fi_uef-20130534.pdf
- Rongey, C., Bambha, K., Vannest, D., Pedersen, R.A., Malinchoc, M., Therneau, T.M., Dickson, E.R. & Kim, W.R. 2005. Employment and Health insurance in Long-Term Liver Transplant Recipients. *American Journal of Transplantation* 5, 1901-1908. Viitattu 25.10.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15996237>
- Saab, S., Wiese, C., Ibrahim, A.B., Peralta, L., Durazo, F., Han, S., Yersiz, H., Farmer, D.G., Ghobrial, R.M., Goldstein, L.I., Tong, M.J. & Busuttil, R.W. 2007. Employment and quality of life in liver transplant recipients. *Liver Transplantation* 13, 1330- 1338. Viitattu 24.10.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.21247/full>
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniikka, A. 2013. Teemahaastattelu. KvaliMOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Menetelmäopetuksen tietovarasto: Tampere. Viitattu 17.11.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html
- Sahota, A., Zaghla, H., Adkins, R., Ramji, A., Lewis, S., Moser, J., Sher, L.S. & Fong, T.L. 2006. Predictors of employment after liver transplantation. *Clinical Transplantation* 20, 490-495. Viitattu 23.10.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-0012.2006.00511.x/full>
- Tela. Viitattu 11.11.2016. <http://www.tela.fi/tyokyky>

THL. 2015a. Toimintakyky. Viitattu 13.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky>

THL. 2015b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 19.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

THL. 2014. Mitä työkyky on? Viitattu 8.11.2016. http://www.thl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx

THL. 2016. Psykkinen toimintakyky. Viitattu 20.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/psykkinen-toimintakyky>

Vastamäki, J. 2010. Koherenssin tunne ja työttömyys. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Viitattu 30.10.2016. https://www.uef.fi/documents/677351/715039/Koonti_FI_Vastam%C3%A4ki_Jaana_Dissertation.pdf/2ffeb08d-a330-4f9a-9ebe-e5c9ca58dfe5

Weng, L-C., Huang, H-L., Wang, Y-W., Lee, W-C., Chen, K-H., Yang, T-Y. 2014. The effect of self-efficacy, depression and symptom distress on employment status and leisure activities of liver transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing*, July 2014, 70(7). 1573-1583. Viitattu 22.10.2016.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103955389&site=ehost-live>

Åberg, F., Rissanen, A.M., Sintonen, H., Roine, R.P., Hockerstedt, K. & Isoniemi H. 2009. Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. *Liver Transplantation* 15, 64 -72. Viitattu 25.10.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.21651/full>

Taulukot

Taulukko 1: Fyysisen toimintakyvyn kehittyminen sairauden eri vaiheissa.....	29
Taulukko 2: Psykkisen toimintakyvyn kehittyminen sairauden eri vaiheissa.....	32
Taulukko 3: Sosiaalisen toimintakyvyn kehittyminen sairauden eri vaiheissa.	34
Taulukko 4: Fyysisen, psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vertailua sairauden eri vaiheissa.	36

Liitteet

Liite 1: Kirje haasteteltaville Munuais- ja maksaliiton kautta	22
Liite 2: Haastattelututkimuksen tutkimuslomake.....	23

Liite 1: Kirje haasteteltaville Munuais- ja maksaliiton kautta

Hyvä Vastaanottaja,

Olemme Porvoon Laurean AMK:n kaksi loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa. Olemme aloittamassa opinnäytetyön tekemistä, jonka aiheena on Maksansiirtopotilaan työhön paluu.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanimme on Munuais- ja maksaliiton ry.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää maksansiirron kokeneiden henkilöiden työhön palaamista. Tavoittemme on selvittää mitkä tekijät edistävät työhön palaamista ja millaisia kokemuksia Teillä on ollut toimintakyvystänne sairastumiseen liittyen.

Tulemme suorittamaan haastattelututkimuksen puhelimitse. Haastattelut taltioidaan digitaaliselle nauhurille eikä äänitteitä käytetä kuin opinnäytetyötämme varten. Tulemme hävittämään äänitteet tietoturvaa noudattaen.

Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi. Vapaaehtoisesta tutkimuksesta on mahdollisuus jättäytyä pois niin haluttaessanne.

Toivomme Teidän osallistuvan haastattelututkimukseemme!

Haastattelut tulemme toteuttamaan viikoilla 48-49.

Haastattelun kesto on noin puolisen tuntia.

Ystävällisin yhteistyöterveisin,

Virpi Aho (virpi.aho@student.laurea.fi)

Erja Vehkaluoto (erja.vehkaluoto@student.laurea.fi)

Liite 2: Haastattelututkimuksen tutkimuslomake (puhelinhaastattelu)

Haastattelututkimuksen tutkimuslomake (puhelinhaastattelu)

Muodollisuudet:

- millä asialla soitetään, opinnäytetyö
- yhteistyökumppanina Munuais- ja maksaliitto ry, jolta yhteystiedot saatu
- kerrotaan haastattelun nauhoituksesta
- kuka haastattelee, ketä paikalla

Alkuun taustatiedot haastateltavalta:

- ikä
- maksansiirtovuosi
- koulutustaso
- mahdollinen työssäolo ennen ja jälkeen maksansiirron
- työn luonne (fyysinen työ, toimistotyö, tms.)
- milloin haastateltava päässyt palamaan työelämään

Kerrotaan haastattelun rungosta, opinnäytetyön rakenteesta, vaiheet I-IV:

- Vaihe I. Aika ennen sairastumista
- Vaihe II. Maksansiirron odotusvaihe
- Vaihe III. Maksansiirron jälkeinen vaihe
- Vaihe IV. Työhön paluun vaihe

Pyydetään sanalliset kommentit sekä numeraaliset arviot asteikolla 1-5 vaiheissa I-IV;

- Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

Koherenssi

- Kuinka haastateltava on suhtautunut haasteellisiin asioihin elämässä