

Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu -tutkielma
Kevät 2010

Mervi Roos

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos

MERVI ROOS: Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki
Pro gradu –tutkielma, 56 sivua, 3 liitettä
Ohjaajat: TtT, lehtori Meeri Koivula, TtT, vs. lehtori Anja Rantanen
Hoitotiede
Toukokuu 2010

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun ja perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteyttä sekä niiden yhteyttä sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujiin.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat 118 sepelvaltimotautipotilasta, jotka osallistuivat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushankkeeseen kesäkuun 2009 ja maaliskuun 2010 välisenä aikana. Otoksen vastausprosentti oli 82 %. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin yleisellä elämälaatu mittarilla RAND-36 -mittarilla ja sosiaalista tukea mitattiin hoitotieteen laitoksella kehitetyllä Sosiaalisen tuen -mittarilla. Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 15 for Windows -ohjelmalla.

Sepelvaltimotautipotilaat arvioivat parhaimmiksi sosiaalisen toimintakykynsä ja psyykkisen hyvinvointinsa ja huonoimmaksi fyysisistä roolitoiminnoista suoriutumisen. Vanhemmat ikäryhmät kokivat fyysisen toimintakykynsä olevan huonompaa kuin nuoremmat ikäryhmät. Liikunta oli yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn, tarmokkuuteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn siten, että liikuntaa harrastavilla oli sekä parempi fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky että he olivat tarmokkaampia. Pohjakoulutus oli yhteydessä kivuttomuuteen. Alemman pohjakoulutuksen saaneet tunsivat kipuja enemmän kuin ylemmän pohjakoulutuksen saaneet.

Sepelvaltimotautipotilaat saivat melko paljon sosiaalista tukea perheeltään. Puolisoilta saatiin enemmän konkreettista ja informatiivista tukea, kun taas lapsilta enemmän emotionaalista tukea. Miehet saivat lapsiltaan konkreettista tukea enemmän kuin naiset. Puolisolta saadulla informatiivisella ja emotionaalisella tuella ja lapsilta saadulla informatiivisella tuella oli kohtalainen positiivinen korrelaatio sepelvaltimotautipotilaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Lapsilta saadulla konkreettisella ja informatiivisella tuella oli kohtalainen positiivinen lineaarinen yhteys sepelvaltimotautipotilaiden koettuun terveyteen.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että iällä, pohjakoulutuksella ja liikunnalla on positiivinen yhteys sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Sepelvaltimotautipotilaat saavat puolisoltaan konkreettista ja informatiivista tukea. Lapset tukevat eniten emotionaalisen tuen keinoin. Isät saavat enemmän konkreettista tukea lapsiltaan kuin äidit. Tulokset osoittivat myös, että perheeltä saatu sosiaalisen tuki edistää sepelvaltimotautipotilaiden psyykkistä hyvinvointia ja koettua terveyttä.

Avainsanat: Sepelvaltimotautipotilas, terveyteen liittyvä elämänlaatu, sosiaalinen tuki, perhe

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Medicine

Department of Nursing Science

MERVI ROOS: Coronary Artery Disease Patients' Health-Related Quality of Life and Social Support from Family

Master's thesis, 56 pages, 3 appendices

Supervisors: Meeri Koivula PhD, Senior Lecturer, Anja Rantanen PhD, Senior Lecturer
Nursing Science

May 2010

The purpose of the study was to describe the health-related quality of life (HRQOL) of coronary artery disease (CAD) patients and the social support that they received from their family. In addition, the relationships between CAD patients' HRQOL and social support from family as well as their relationships between background variables of CAD patients were examined.

The target group of the study constituted of 118 CAD patients, who participated a research project done by the Department of Nursing Science of the University of Tampere during June 2009 to March 2010. The response rate was 82 %. The data were collected by the questionnaire. HRQOL of life was measured by a general quality of life instrument (RAND-36) and social support was measured by the Social Support from Family Scale, developed by Department of Nursing Science. The data were analyzed statistically with SPSS 15 for Windows.

According to this study, the HRQOL scores were the best on the dimension of social functioning and emotional well-being and the worst on the dimension of physical role functioning. Elderly age groups considered their level of physical functioning worse than younger age groups. Physical exercise was related to physical functioning, vitality and general health perceptions. Thus those who took physical exercise had better level of physical functioning, vitality and general health perceptions. The level of education was related to patient's perceptions of the intensity of the bodily pain. Those who had lower basic education felt more pain than those who had higher basic education.

CAD patients received quite much social support from their family. CAD patients received more concrete and informational support from their spouses, whereas their children gave more emotional support. Men received more concrete support from their children than women. Informational and emotional support from spouse and informational support from children had positive correlation to CAD patients' emotional well-being. Concrete and informational support from children had positive correlation to general health perceptions of the CAD patients.

The results of this study showed that age, the level of education and physical exercise are positively related to CAD patients' perception of their HRQOL. CAD patients receive concrete and informational support from their spouses. Children provide mostly emotional support to CAD patient. Children help their fathers more than their mothers. In addition the results showed that social support received from family improves CAD patients' emotional wellbeing and their general health perceptions.

Keywords: Coronary artery disease patient, health-related quality of life, social support, family

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	3
2.1 Terveyteen liittyvän elämänlaadun määrittelyä	3
2.2 Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu	7
2.3 Sosiaalisen tuen määrittelyä.....	9
2.4 Sepelvaltimotautipotilas ja sosiaalinen tuki	12
2.5 Sepelvaltimotautipotilas ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki	12
2.6 Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki sepelvaltimotautipotilailla	15
2.7 Teoreettisten lähtökohtien yhteenveto	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	18
4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT.....	18
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta	18
4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit	19
4.2.1 Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari	19
4.2.2 Sosiaalisen tuen mittari	22
4.2.2 Taustamuuttajat.....	22
4.4 Aineiston analyysi.....	23
4.5 Eettiset kysymykset.....	25
5 TULOKSET	26
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus	26
5.2 Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja taustamuuttujien yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun.....	28
5.3 Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki ja taustamuuttujien yhteys sosiaaliseen tukeen	31
5.4 Sepelvaltimotautipotilaan perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun	36
6 POHDINTA	38
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	38
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu	40
6.3 Jatkotutkimusaiheet.....	44
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	45
LÄHTEET.....	46

LIITTEET

- Liite 1. Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys terveyteen liittyvän elämänlaatuun
- Liite 2. Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen
- Liite 3. Perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteys sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun

KUVIOT

Kuvio 1. Terveysteen liittyvän elämälaadun ulottuvuudet ja operationalisointi esimerkit

Kuvio 2. Tutkimuksen aineisto ja kato

TAULUKOT

Taulukko 1. Terveysteen liittyvän elämälaadun mittari RAND-36

Taulukko 2. Mittarit, muuttujat ja osioiden lukumäärät

Taulukko 3. Sepelvaltimotautipotilaiden taustatiedot (N=95)

Taulukko 4. Sepelvaltimotautipotilaiden hoidon tarve (N=95)

Taulukko 5. Terveysteen liittyvä elämälaatu sepelvaltimotautipotilailla ja summamuuttujien yhtenäisyys

Taulukko 6. Sosiaalisen tuen summamuuttujien tunnusluvut ja sisäinen yhtenäisyys

Taulukko 7. Saadun sosiaalisen tuen määrä tukijoiden mukaan

Taulukko 8. Puolisolta saatu sosiaalinen tuki

Taulukko 9. Lapsilta saatu sosiaalinen tuki

LYHENTEET

FyTo	=	Fyysinen toimintakyky
RoFy	=	Roolitoiminta (fyysinen)
RoPs	=	Roolitoiminta (psykkinen)
PsHy	=	Psykkinen hyvinvointi
SoTo	=	Sosiaalinen toimintakyky
Tarm	=	Tarmokkuus
Kivu	=	Kivuttomuus
KoTe	=	Koettu terveys

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on muuttuvaa ja subjektiivisesti koettua (Aalto ym. 1999). Se vaihtelee yksilöillä eri tavoin sairauden eri vaiheissa (Aalto ym. 1999) ja siihen vaikuttavat yksilön elämän eri osa-alueet (Guyatt ym. 1993). Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen tarjoaa välineen, jolla voidaan arvioida hoitointerventioiden vaikutusta potilaille eniten merkitsevillä elämän osa-alueilla (Thompson & Roebuck 2001). Terveyteen liittyvä elämänlaatu määritellään useimmiten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kautta (Koivukangas ym. 1995, Aalto ym. 1999, Sintonen 2001). Sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt kokevat elämälaatunsa parantuneen lääkehoidon (Pocock ym. 2000, Buser ym. 2008), pallolaajennuksen (Pocock ym. 2000, Wong & Chair 2007) tai ohitusleikkauksen (Järvinen ym. 2005, Lee 2008, Loponen 2009) jälkeen. Naiset kokevat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa huonommaksi kuin miehet (Lukkarinen 1999, Emery ym. 2004, Pettersen ym. 2008, Tung ym. 2008, Merkouris ym. 2009).

Sepelvaltimotauti on edelleen keskeinen kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Sepelvaltimotaudin toteaminen tapahtuu yksilön kohdalla usein äkillisesti, sillä ensimmäinen merkki sairaudesta saattaa olla puristava rintakipu. Toisaalta sepelvaltimotautikohtauksen kliininen kuva voi ulottua oireettomasta tapahtumasta äkkikuolemaan (Käypä hoito 2009). Naisten ja miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin on vähentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana (Tilastokeskus 2009). Sen sijaan sydämeen liittyvät toimenpiteet ovat lisääntyneet ja vuosittain toimenpiteitä tehdään lähes 30 000 henkilölle (THL 2009, 139). Myös sairaalakuolleisuus on vähentynyt, vaikka sepelvaltimotautipotilaiden keski-ikä on noussut 64 vuodesta 70 vuoteen (Mäntymäki ym. 2006). Miehillä on huomattavasti suurempi todennäköisyys sairastua vakavaan sepelvaltimotautikohtaukseen kuin naisilla (Vartiainen ym. 2007). Naisten riski sairastua sydänsairauksiin kasvaa iän myötä kun taas miehet sairastuvat nuoremmalla iällä (Stramba-Badiale 2009). Tyypillisin sydäninfarktipotilas 2000-luvulla oli iäkäs nainen (Käypä hoito 2009).

Sepelvaltimotauti voi olla kroonista tai akuuttia. Sepelvaltimotaudin tyypillisin ilmenemismuoto on raskuudessa ilmaantuva rintakipu. (Kervinen 2009). Rintakivun syynä on sepelvaltimon äkillinen ahtautuminen tai tukkeutuminen. Näitä oireistoja kutsutaan sepelvaltimotautikohtaukseksi tai akuutiksi koronaarisyndroomaksi. Mikäli kohtaus aiheuttaa sydänlihassolujen tuhoutumisen, kyseessä on sydäninfarkti ja mikäli sydänlihas säästyy vaurioilta, kyseessä on epästabili angina pectoris. (Käypä hoito 2009.) Sepelvaltimotautikohtauksen hoidon tavoitteena on sydänlihaskemian helpottaminen ja haitallisten sydäntapahtumien kuten kuoleman, sydäninfarktin tai uusiutuvan iskemian estäminen (Käypä hoito -suositus 2000). Sepelvaltimotaudin oireita

voidaan hoitaa lääkkeillä ja invasiivisilla menetelmillä. Diagnoosin varmistamiseksi voidaan tehdä sepelvaltimoiden varjoainekuvaukset ja tarvittaessa sepelvaltimoiden pallolaajennus, asettaa lääkeestentti sepelvaltimeen tai sepelvaltimeihin tai tehdä sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. Lisäksi tarvitaan mahdollisesti riskitekijöiden hoitamista ja elämäntapamuutosten ohjausta. (Kervinen 2009).

Sepelvaltimotautiin sairastuminen huonontaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Elämänlaatua voivat madaltaa myös korkea ikä, diabetes, nouseva painoindeksi (Broddadottir ym. 2009), sepelvaltimotaudin vakavuusaste (Urizar & Sears 2006), potilailla esiintyvät rintakivut (Gravelly-Witte ym. 2007, Merkouris ym. 2009) tai kokemus uudesta sydäninfarktista (Schweikert ym. 2009). Sosiaalisen verkoston vähäisyys (Molloy ym. 2008) tai sen puuttuminen heikentää myös terveyteen liittyvää elämänlaatua (Bosworth ym. 2000). Lisäksi aviopuolison menettäminen saattaa alentaa terveyteen liittyvää elämänlaatua (Tung ym. 2008).

Sen sijaan terveyteen liittyvää elämänlaatua kohottavat lääkehoito (Buser ym. 2008), pallolaajennus (Wong & Chair 2007) ja leikkaushoito (Järvinen ym. 2003, Sainio ym. 2007). Niiden lisäksi terveyteen liittyvään elämänlaatua lisäävät riittävä elämäntapamuutoksen tunne (Kattainen ym. 2006), sydänperäisten oireiden vähäisyys ja muiden sairauksien poissaolo (Rantanen 2009). Sosiaalisella tuella (Norris & King 2009) on kohentava vaikutus terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Samoin vaikuttaa myös partnerin kanssa asuminen (Luttik ym. 2006), avioliitossa eläminen (Chan ym. 2005) ja perheeseen kuuluminen (Smith ym. 2000).

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea. Tarkoituksena on myös kuvata millainen on taustamuuttujien yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, millainen on perheeltä saadun sosiaalisen tuen ja terveyteen liittyvän elämänlaadun yhteys. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sepelvaltimotautipotilaiden perhehoitotyön edelleen kehittämisessä ja terveyteen liittyvän elämänlaadun ja sosiaaliseen tukeen liittyvien interventioiden kehittämisessä. Tutkimus on osa laajempaa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen hanketta. Tässä tutkielmassa sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt ovat olleet sairaalahoidossa sydäninfarktin, varjoainekuvauksen, pallolaajennuksen ja/tai ohitusleikkauksen vuoksi ja heistä käytetään nimitystä sepelvaltimotautipotilaat. Perhe tarkoittaa tässä tutkimuksessa sepelvaltimotautipotilaan puolisoa ja/tai lapsia.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Terveyteen liittyvän elämänlaadun määrittelyä

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on moniulotteinen ilmiö. Sille ei ole yhtenäistä määritelmää eri tieteenaloilla (Sintonen 2001). Käsite sisältää käsitteet terveys, elämä, laatu ja elämänlaatu. Jatkossa näiden käsitteiden avulla määritellään terveyteen liittyvää elämänlaatua. Viimeiseksi määritellään, mitä on tässä tutkimuksessa terveyteen liittyvä elämänlaatu.

Sanakirjan (MOT 2009) mukaan *terveys* määritellään elimistön normaaliksi, häiriöttömäksi olotilaksi tai sairauden puuttumiseksi; toisaalta sillä voidaan viitata yksilön kuntoon, vointiin tai terveydentilaan. Terveyden synonyymeina käytetään sanoja kunto, kuntoisuus, terveydentila, vointi, olo tai tila (Synonymisanasto 2007). Maailman terveysjärjestön (WHO 1946, WHO 1947, 15) määritelmän mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa eikä pelkästään sairauden tai vaivan puuttumista. Hyvinvoinnilla tarkoitetaan hyvää terveydentilaa, kuten huolehtimista ruumiillisesta tai henkisestä hyvinvoinnista, toisaalta sillä tarkoitetaan vaurautta, rikkautta tai varakkuutta esimerkiksi aineellista tai taloudellista hyvinvointia (MOT 2009).

Käsitettä *elämä* voidaan tarkastella eri näkökulmista. Esimerkiksi biologiassa elämä tarkoittaa eliöille tunnusomaisten elintoimintojen yhteisnimitystä (Factum 2003, 87). Yksilön näkökulmasta elämällä voidaan tarkoittaa elämistä, yksilön elossa oloa, yksilön elinaikaa, yksilön elossa olon kokonaisuutta, yksilön elämänvaiheita, yksilön elämisen eri puolia tai sen laatua, yksilön elintapoja tai kaikkia niitä ilmiöitä joiden keskellä yksilö elää ja kokee elämänsä (MOT 2009). Sanalla *laatu* voidaan tarkoittaa sellaista asiaa mikä on jollekin asialle ominaista, jotain ominaisuutta, luonnetta, olemusta tai kvaliteettia, toisaalta laadulla voidaan tarkoittaa lajia, luokkaa, kategoriaa tai mittayksikköä (MOT 2009). Laadulla voidaan tarkoittaa myös jonkin kulloinkin merkitsevää ominaisuutta tai luonnetta (Itkonen 2002, 219). Laatu voidaan myös määritellä hyvyyden tasona (Bowling 2005, 7).

Tietosanakirjan mukaan *elämänlaadulla* tarkoitetaan niitä yksilön hyvinvoinnin ulottuvuuksia, mitkä eivät johdu yksilön elintasosta (Factum 2003, 88). Elintasolla viitataan taas kansan, yhteiskuntaluokan tai yksityisen henkilön taloudellisten tarpeiden tyydytykseen (Factum 2003, 75). Elämänlaatu käsittää myös elämänmuodon ja elintapojen laadun (Facta 1988, 181). Toisaalta elämänlaadulla tarkoitetaan elämisen tai elinolojen laatua henkisin arvoin mitattuna (MOT 2009).

Elämänlaatua voidaan tarkastella mikrotasolla eli yksilön subjektiivisesta näkökulmasta tai makrotasolla eli yhteiskunnan objektiivisesta näkökulmasta. Mikrotaso käsittää yksilön käsityksen elämänlaadusta, kokemukset ja arvot kun taas makrotaso sisältää tulot, työn, asumisen, koulutuksen, elinolosuhteet ja ympäristön. (Bowling 2005, 7.)

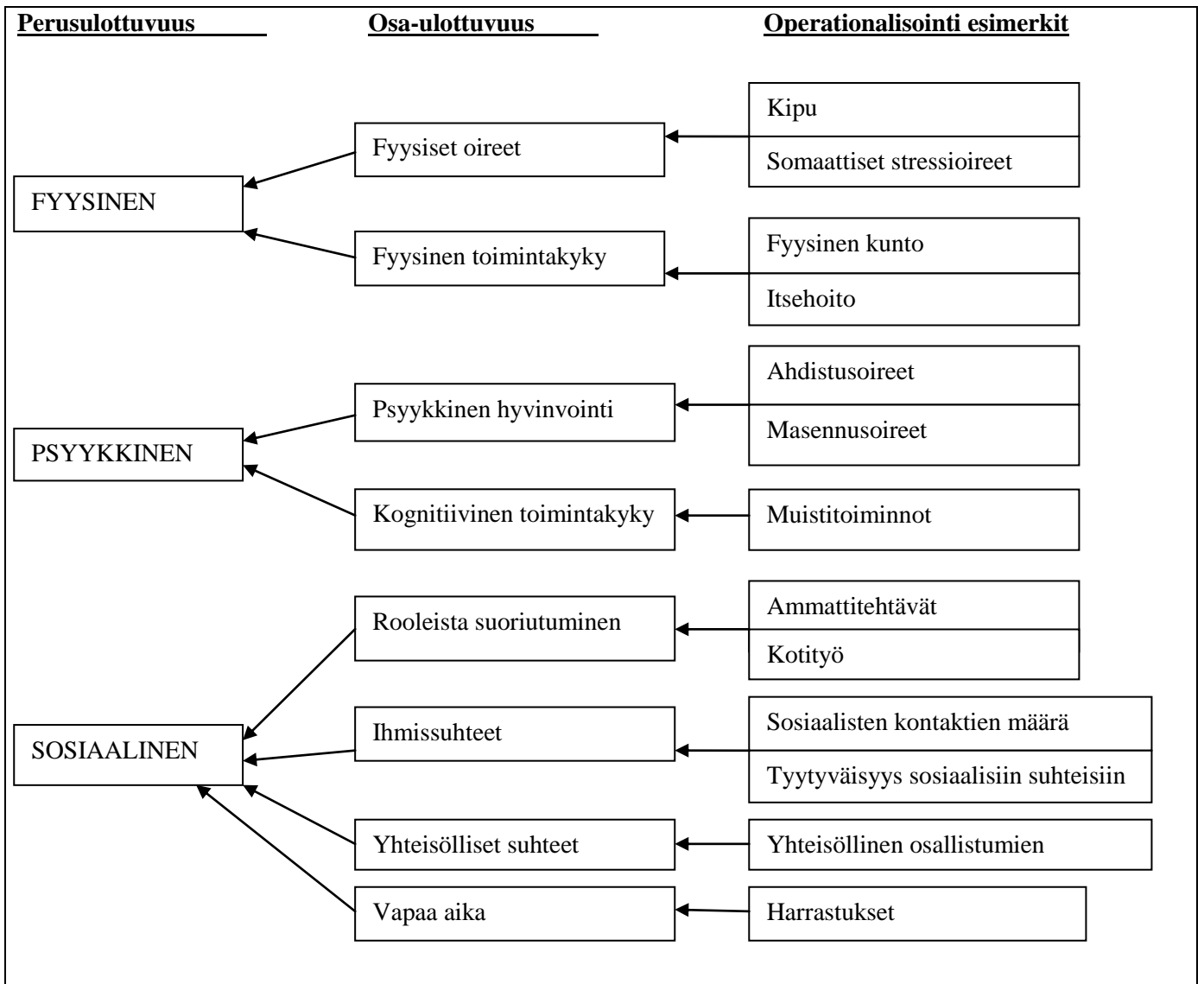
Elämänlaadun synonyymeina käytetään hyvinvointia (Haas 1999), onnellisuutta, tyytyväisyyttä elämään (Haas 1999) ja elinolosuhteita (Meeberg 1993). Lisäksi elämänlaadun synonyymina voidaan käyttää vaihtoehtoisesti joko fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä (Haas 1999, Kattainen 2004) tai terveydentilaa (Haas 1999). Käytetyin synonyymi on tyytyväisyys elämään (Anderson & Burckhardt 1999). Bredowin, Petersonin ja Sandaun (2009, 273) mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan juuri tyytyväisyyttä niillä elämänalueilla, jotka ovat tärkeitä yksilölle. Esimerkiksi jos yksilö kokee olevansa tyytyväinen, onnellinen ja terve fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä kontekstista arvioituna, yksilö todennäköisesti kokee elämänlaatunsa korkeatasoiseksi (Manzuk & McMillan 2005).

Meebergin (1993) mukaan elämänlaadun ominaispiirteitä ovat yksilön yleinen tyytyväisyudentunne (Manzuk & McMillan 2005), henkinen kyky arvioida omaa elämää, yksilön arvio hyväksyttävästä fyysisestä, henkisestä, sosiaalisesta ja emotionaalista tilasta ja ulkopuolisen objektiivinen arvio yksilön elinolosuhteista. Lisäksi elämänlaadulle on ominaista, että siihen vaikuttavat kulttuuri ja uskonto, siihen liittyvät enemmän subjektiiviset ominaisuudet (WHOQOL 1995, Haas 1999, Bredow ym. 2009, 273) kuin objektiiviset syyt, kuten tulot ja koulutus. Elämänlaatu on luonteeltaan dynaamista (Bowling 2003, Bredow ym. 2009, 273) ja jatkuvaa, ja sen nähdään moniulotteisena ilmiönä (Manzuk & McMillan 2005). Elämänlaatu sisältää myös sekä positiivisen ulottuvuuden, esimerkiksi tyytyväisyyden ja liikuntakyvyn, että negatiivisen ulottuvuuden kuten kivun ja negatiiviset tunteet, kuin myös hengellisen ulottuvuuden (WHOQOL 1995). Elämänlaatu koostuu yksilöön ja ympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutuksesta ja niiden välisestä vuorovaikutuksesta ja sitä kohentavat itsemääräämisoikeus, elämäntarkoitus, resurssit ja kuuluvuuden tunne (Cummins 2005).

Elämänlaadun määrittelemisessä ei ole saavutettu yhteistä konsensusta (Bowling 2005, 7). Määritelmässä on osittain samoja elementtejä, mutta myös jonkin verran eroja. Elämänlaatu voidaan määritellä yksilön käsitykseksi omasta elämäntilanteestaan siinä kulttuurisessa kontekstissa ja arvomaailmassa, missä hän elää omien päämäärien, odotusten, standardien ja huolien suhteen. Määritelmä pitää sisällään yksilön fyysisen terveyden, psyykkisen tilan, itsenäisyyden tason, sosiaaliset suhteet, ympäristön ja hengellisyyden, uskonnon ja uskomukset. (WHOQOL 1995.)

Anderson ja Burckhardt (1995) määrittelevät elämänlaadun yksilön käsitykseksi siitä, miten tyytyväinen hän on elämäänsä eri ulottuvuuksilla ja miten yksilö hyväksyy lähtökohdaksi tyytyväisyyden omaan terveyteensä yhdellä tai useammalla ulottuvuudella. Elämänlaatua täydentävät myös objektiiviset indikaattorit (Haas 1999).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu määritellään useimmiten WHO:n määritelmän mukaisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kautta (Koivukangas ym. 1995, Aalto ym. 1999, Sintonen 2001). Terveyteen liittyvä elämänlaatu sisältää myös muuta kuin WHO:n määritelmän mukaisen jaottelun. Se voi sisältää esimerkiksi tarmokkuuden, joka kuvaa vireystilaa ja energiantaso, ja koetun terveyden, joka kuvaa subjektiivista käsitystä nykyisestä terveydentilasta (Aalto ym. 1999). Kuviossa 1 on mukailtu ja havainnollistettu Aallon, Aron ja Teperin (1999, 2) kuvaus terveyteen liittyvän elämänlaadun perus- ja osa-ulottuvuuksista ja niiden operationalisointiesimerkeistä.



Kuvio 1. Terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuudet ja operationalisointi esimerkit

Osa tutkijoista näkee terveyteen liittyvän elämänlaadun yhden ulottuvuuden laajempänä käsitteenä kuin elämänlaatu (Bowlingin 2005, 7), toisaalta osa näkee sen suppeampana käsitteenä kuin elämänlaatu (Testa & Simonson 1996). Hyvin usein terveyteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan sitä, miten terveys tai sairaus (Sintonen 2001) vaikuttaa yksilön kykyyn toimia ja miten yksilö ymmärtää fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta omaa hyvinvointiaan (Hays & Morales 2001). Yhtälailla sillä tarkoitetaan terveydentilan ja siihen liittyvien oireiden vaikutusta yksilön elämänlaatuun (Thompson & Roebuck 2001). Niin kuin elämänlaatu on terveyteen liittyvä elämänlaatu dynaamista, sillä se voi muuttua eri tavoin eri terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksilla ja sairauden eri vaiheissa (Aalto ym. 1999). Kun yksilö on kipeä tai sairas, hänen terveyteen liittyvään elämälaatuunsa vaikuttavat lähes kaikki hänen elämänsä osa-alueet (Guyatt ym. 1993).

Tässä tutkimuksessa terveyteen liittyvää elämänlaatu määritellään kahdeksan eri ulottuvuuden näkökulmasta: fyysinen toimintakyky, fyysinen roolitoiminta, psyykinen roolitoiminta, tarmokkuus, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, kivuttomuus ja koettu terveys. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön fyysistä kuntoa ja yksilön selviytymistä erilaisista fyysisistä ponnistuksista. Fyysinen roolitoiminta tarkoittaa yksilön fyysisten terveysongelmien aiheuttamia rajoituksia, mitkä vaikuttavat hänen tavanomaisista rooleista suoriutumiseen. Psyykinen roolitoiminta tarkoittaa yksilön tunneperäisten ongelmien aiheuttamia rajoituksia, mitkä vaikuttavat hänen tavanomaisista rooleista suoriutumiseen. Tarmokkuudella tarkoitetaan yksilön vireystilaa ja energian tasoa. Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan yksilön ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan fyysisen ja psyykkisen terveydentilan aiheuttamia rajoituksia tavanomaisissa sosiaalisissa kanssakäymisissä perheen, ystävien ja muiden kanssa. Kivuttomuus tarkoittaa kivun voimakkuutta ja häiritsevyyttä. Koettu terveys tarkoittaa yksilön subjektiivista käsitystä nykyisestä terveydentilastaan, oman terveyden kehittymisestä ja alttiudesta sairauksille. (Aalto ym. 1999.)

2.2 Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu

Sepelvaltimotauti on kavala sairaus, sillä se ei aina anna varoitusta etukäteen (Mustajoki 2008). Sepelvaltimotauti kohdistuu niin nuoriin aikuisiin kuin iäkkääseen väestöön, sillä sydäninfarktin voi saada esimerkiksi hieman yli 30-vuotiaana (Allison & Campbell 2009) tai yhä iäkkäämmille potilaille voidaan tehdä ohitusleikkaus (Sainio ym. 2007). Viimeisen kymmenen vuoden aikana sepelvaltimotautikohtaukseen sairastuneiden henkilöiden keski-ikä on noussut 64 vuodesta 70 vuoteen (Mäntymäki ym. 2006). Ikääntymisen myötä naisten (Broddadottir ym. 2009) ja miesten fyysinen toimintakyky ja fyysinen roolitoiminta alenevat. Toisaalta emotionaalinen roolitoiminta, psyykkinen hyvinvointi ja elinvoimaisuus säilyvät parempina. (Bosworth ym. 2000.) Yli 70-vuotiaat hyötyvät fyysisistä harjoitusohjauksista, sillä heidän fyysinen terveytensä kohenee merkitsevästi, mutta ohjauksen päätyttyä elämänlaatu heikentyy (Miche ym. 2009). Nuoremmat ikäryhmät hyötyvät ohitusleikkauksesta enemmän kuin iäkkäämmät ikäryhmät (Järvinen 2003, Loponen ym. 2007, Markou ym. 2008). Yli 80-vuotiailla sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä ohitusleikkaus parantaa suorituskykyä ja vähentää kipuja (Sainio ym. 2007).

Sepelvaltimotautia sairastavista henkilöistä suurin osa on miehiä ja keskimäärin yksi kolmasosa heistä on naisia (Stramba-Badiale 2009), tosin naisten osuus sairastuneista on kasvamassa (Mäntymäki ym. 2006, Stramba-Badiale ym. 2006). Naiset sairastuvat sepelvaltimotautiin keskimäärin 10 vuotta vanhempana kuin miehet (Stramba-Badiale ym. 2006). Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kokema terveyteen liittyvä elämänlaatu on erilaista. Naiset kokevat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa huonommaksi kuin miehet (Lukkarinen 1999, Bosworth ym. 2000, Emery ym. 2004, Chan ym. 2005, Urizar & Sears 2006, Gravely-Witte ym. 2007, Loponen ym. 2007, Buser ym. 2008, Pettersen ym. 2008, Tung ym. 2008, Merkouris ym. 2009, Najafi ym. 2009). Esimerkiksi sydäntapahtumasta kuntoutumassa olevat naiset kokevat sosiaalisen elämänlaatunsa huonommaksi kuin miehet (Gravely-Witte ym. 2007). Sydäninfarktista (Brink ym. 2005) tai ohitusleikkauksesta (Sawatzky & Naimark 2009) kuntoutumassa olevat naiset kokevat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa olevan parempaa psyykkisestä näkökulmasta arvioituna, kun taas miehet kokevat sen olevan parempaa fyysisestä näkökulmasta arvioituna (Brink ym. 2005, Buser ym. 2008, Tung ym. 2008, Sawatzky & Naimark 2009). Fyysinen ulottuvuus (Brink ym. 2005, Buser ym. 2008) tai fyysinen toimintakyky (Tung ym. 2008) on terveyteen liittyvässä elämänlaadussa naisilla merkitsevästi alhaisempi kuin miehillä. Vaikka elämänlaadussa tapahtuu muutos positiiviseen suuntaan sekä miehet että naiset kokevat sydäninfarktin (Brink ym. 2005), sepelvaltimoiden pallolaajennuksen (Loponen ym. 2009) tai ohitusleikkauksen (Järvinen ym. 2003, Elliott ym. 2006, Rantanen ym. 2008, Rantanen 2009) jälkeen terveyteen liittyvän elämänlaatunsa huonommaksi kuin samanikäinen ja sukupuolen mukainen normaali väestö.

Sepelvaltimotautiin sairastuminen huonontaa terveyteen liittyvää elämänlaatua muun muassa koetun terveyden ja fyysisen roolitoiminnan osa-alueilla (Boini ym. 2006). Terveyteen liittyvää elämänlaatua voivat heikentää myös sepelvaltimotaudin vakavuus (Urizar & Sears 2006), sairauteen liittyvä epävarmuus (Eastwood ym. 2008), masennuksen (Brink ym. 2005, Broddadottir ym. 2009, Hallas ym. 2010), ahdistuksen (de Jong-Watt & Arthur 2004, Hallas ym. 2010) tai uupumuksen tunteet (Brink ym. 2005). Terveyteen liittyvää elämänlaatua voivat huonontaa potilaiden uskomukset sepelvaltimotaudin epämiellyttävistä seurauksista (French ym. 2005, Hallas ym. 2010), välittömät komplikaatiot (Merkouris ym. 2009), traumaperäinen stressihäiriö (Cohen ym. 2009), keskinkertainen elämänhallinnan tunne (Kattainen ym. 2006) tai painoindeksin kohoaminen (Broddadottir ym. 2009, Schweikert ym. 2009). Lisäksi aviopuolison menettäminen (Tung ym. 2008), yksin asuminen (Luttik ym. 2006) tai alhainen sosioekonominen status (Denvir ym. 2006) heikentävät myös terveyteen liittyvää elämänlaatua. Rintakivuilla on todettu olevan yhteys heikentyneeseen elämänlaatuun (Merkouris ym. 2009, Gravely-Witte ym. 2007), erityisesti vakavilla rintakivuilla on merkitsevä yhteys elämänlaadun fyysisen ulottuvuuteen (Buser ym. 2008). Elämänlaatua alentavat myös korkea ikä, diabetes, tupakointi ja kokemus uudesta infarktista (Schweikert ym. 2009). Diabetesta sairastavien henkilöiden elämänlaatu paranee ohitusleikkauksen jälkeen, mutta ei niin paljon kuin henkilöiden, joilla ei ole diabetesta (Järvinen ym. 2005).

Hyvään elämänlaatuun ovat yhteydessä alhainen ahdistustaso, potilaiden käyttämät ongelmakeskeiset selviytymisstrategiat ja vastuun määrä (Tung ym. 2008). Lievää sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi fyysisen toimintakyvyn, yleisen terveyden ja tarmokkuuden osalta kuin ne, joilla on vakavampi sepelvaltimotauti (Bosworth ym. 2000). Terveyteen liittyvää elämänlaatua kohottavat partnerin kanssa asuminen (Luttik ym. 2006), avioliitossa eläminen (Chan ym. 2005) ja perheeseen kuuluminen (Smith ym. 2000). Samanlainen vaikutus on myös riittävällä elämänhallinnan tunteella (Kattainen ym. 2006), sydänperäisten oireiden vähäisyydellä ja muiden sairauksien poissaololla (Rantanen ym. 2008, Rantanen 2009). Lisäksi elämänlaatua kohottavat työelämässä mukana oleminen (Tung ym. 2008) ja kuntoutukseen osallistuminen (Smith ym. 2000, Vizza ym. 2007, Miche ym. 2009). Erilaisilla hoitomuodoilla on yhteys myös hyvään terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun parantavat lääkehoito (Pocock ym. 2000, Buser ym. 2008), sepelvaltimoiden pallolaajennus (Pocock ym. 2000, Kattainen ym. 2006, Wong & Chair 2007, Loponen ym. 2009) ja sepelvaltimoiden ohitusleikkaus (Järvinen ym. 2003, Järvinen ym. 2005, Szygula-Jurkiewicz ym. 2005, Sainio ym. 2007, Lee 2008, Loponen 2009, Sawatzky & Naimark 2009).

2.3 Sosiaalisen tuen määrittelyä

Sosiaalinen tuki on moniulotteinen ilmiö. Kiinnostus sosiaalisen tuen vaikutuksiin alkoi jo 1970-luvulla (House & Kahn 1985, 86) ja siitä lähtien on sosiaalista tukea myös määritelty eri tieteenaloilla (Norbeck 1988, 86). Mutta yhteistä konsensusta sosiaalisen tuen määrittelyssä ei ole saavutettu (Uchino 2004, 9; Bowling 2005, Schaffer 2009).

Sosiaalinen tarkoittaa järjestäytyneessä yhteiskunnassa tai sille ominaista olevaa yhteiselämää, arkikielessä se tarkoittaa yhteiskuntaan, yhteisöön tai ryhmään sopeutuvaa, seurallista yksilöä (Itkonen 2002, 352). Sosiologiassa sosiaalinen tarkoittaa myös yhteiskunnan olennaista ominaisuutta, sosiaalisuutta ja ihmisten kanssa käymistä. (Factum 2005, 32). Sosiaalinen tarkoittaa myös yhteisöllistä tai yhteiskunnallista heikommassa asemassa olevien auttamista (MOT 2009). Sosiaalisen vastakohta on epäsosiaalinen tai asosiaalinen (Factum 2005, 32). Sanalla *tuki* tarkoitetaan substantiivina esinettä tai rakennetta, millä voidaan tukea, pitää pystyssä, lujittaa tai vahvistaa jotakin. Tuella voidaan tarkoittaa myös jotakin mikä auttaa, kannustaa, edistää tai antaa turvaa jostakin. (MOT 2009). Verbi *tukea* ilmentää kuvainnollisesti auttamista, avustamista, kannattamista tai vahvistamista (Itkonen 2002, 392) tai tukena olemista (MOT 2009).

Sosiaalisella tuella viitataan usein erilaisiin näkökulmiin yksilöiden välisistä sosiaalisista suhteista (House & Kahn 1985, 84–85). Sosiaalinen tuki voidaan määritellä ihmistenväliseksi tapahtumaksi, joka sisältää yhden tai useamman seuraavista kolmesta elementistä: tunteen ilmaisu, hyväksyntä ja apu (Kahn & Antonucci 1980). Housen ja Kahnin (1985) mukaan sosiaalisen tuen määritelmä pitää sisällään kaikki kolme seuraavaa tapaa määritellä sosiaalista tukea. Ensinnäkin sosiaalinen tuki voidaan määritellä käsitteellisesti tai operationalisoimalla se yleisesti tai sovitulla tavalla sosiaalisten suhteiden määrän tai niiden olemassa olon mukaan. Toiseksi sosiaalinen tuki voidaan määritellä myös sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden rakenteiden avulla. Housen ja Kahnin mukaan kaikkein käytetyin sosiaalisen tuen määritelmä perustuu vuorovaikutussuhteiden toiminnan sisältöön kuten tiedolliseen, konkreettiseen tai emotionaaliseen apuun. Uchinon (2004, 10) mukaan sosiaalinen tuki määritellään usein juuri yksilön elämässä olevien sosiaalisten rakenteiden avulla ja näiden rakenteiden toiminnan kautta. Rothin (1996, 108) mukaan sosiaalisesta tuesta puhuttaessa tulee huomioida ero yksilöiden vuorovaikutussuhteiden määrän eli sosiaalisen verkoston ja saadun sosiaalisen tuen välillä. Jälkimmäisellä hän tarkoittaa sitä, millaiseksi yksilö arvioi sosiaalisen tuen merkityksen itselleen.

Sosiaalinen tuki voi olla formaalista tukea kuten terveydenhuoltohenkilöstön tai muun organisaation ammattihenkilön antamaa sosiaalista tukea tai informaalista tukea kuten perheen jäsenten tai ystävien antamaa sosiaalista tukea (Schaffer 2009). Sosiaalinen tuki voi olla suoraa tai epäsuora tukea (House & Kahn 1985, 86). Kumpusalo (1991, 14) on luokitellut sosiaalisen tuen eri muodoiksi viisi luokkaa: aineellinen tuki, toiminnallinen tuki, tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki ja henkinen tuki. Aineellinen tuki käsittää esimerkiksi rahallisen, lääkkeellisen, tavarassa mittavan tai palveluna saadun tuen. Toiminnallinen tuki pitää sisällään muun muassa palvelut, kuljetusavun ja kuntoutukseen liittyvän avun. Tiedollinen tuki tarkoittaa neuvoja, ohjeita, opetusta, opastusta tai harjoittelua. Emotionaalinen tuki käsittää tunteiden ilmaisua kuten empatiaa, rakkautta, pitämistä ja kannustamista. Viimeisenä oleva henkinen tuki sisältää esimerkiksi yhteisen aatteen, uskon ja filosofian. Useimmiten sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaalisen verkoston antamaa emotionaalista, konkreettista ja informatiivista tukea (House & Kahn 1985, Arthur 2006). Konkreettisella tuella tarkoitetaan päivittäisissä askareissa auttamista sekä materiaalista apua (Cohen 2004). Housen ja Kahnin (1985) mukaan sosiaalinen tuki on aina myönteisenä ja auttavana koettua ja tarpeita vastaavaa tukea. Toisaalta sosiaalinen tuki voi olla myös negatiivista tukea, jolloin tuen saaja voi kokea saamansa avun esimerkiksi liian vaativaksi, sopimattomaksi tai stressaavaksi (Schaffer 2009) tai stressin aiheuttajaksi (Cohen 2004).

Uchinon (2004, 30) mukaan sosiaalinen tuki ilmiönä on kolmitasoinen. Uloimpana tasona on rakenteellinen tuki, välissä spesifinen tuki ja sisimpänä tasona toiminnallinen tuki. Rakenteellinen tuki muodostuu sosiaalisen verkoston ihmissuhteiden sisäisistä ja ulkoisista vuorovaikutussuhteista. Sosiaalinen verkosto käsittää puolison, perheen, ystävät. Spesifinen tuki sisältää joko yleisellä tasolla tai tietyn lähipiirin kuten puolison, perheen jäsenten, ystävien, harrastusten tai työpaikan henkilöiden antaman tuen. Uchinon (2004, 17) mukaan toiminnallinen tuki sisältää sekä saatavilla olevan että saadun emotionaalisen, konkreettisen, informatiivisen tuen sekä yhteenkuuluvuuden tunteesta saadun tuen. Emotionaalinen tuki ymmärretään huolenpitoa ja välittämisenä. Emotionaalinen tuki kohottaa tuen tarvisijan itsetuntoa ja hyväksymisen tunnetta. Informatiivinen tuki sisältää luotettavia neuvoja ja ohjeita. Konkreettinen tuki taas on materiaalista tukea, kuten esimerkiksi rahan lainaamista, suojaa, vaatteita ja ruokaa. Yhteenkuulumisen tunne tai yhteisten toimintojen jakaminen, kuten läsnä oleminen tai kaupassa käynti yhdessä, kohottaa tuen tarvisijan mielialaa ja lisää hyväksymisen tunnetta.

Sosiaalinen tuki voi olla annettua, saatua tai koettua. Edellä mainittuihin vaikuttavat monet tekijät kuten käsitys sosiaalisen tuen tarpeesta, käsitys saatavilla olevasta tuesta ja ajoituksen oikea-aikaisuudesta. Motivaatiolla on suuri merkitys, sillä motivoitunut tarjoaja antaa laadukasta tukea.

Tuen kestolla, suunnalla ja elämäntilanteella on myös huomattava vaikutus sosiaaliseen tukeen. Tuen tarve voi olla jatkuvaa tai lyhytaikaista, tuen suunta voi olla yksipuolista tai kaksipuolista ja joissain elämäntilanteissa tukea voi tarjota tai tarvita enemmän ja joissain tilanteissa vähemmän. Tärkeitä tekijöitä ovat myös sosiaalisen tuen lähteet ja sosiaalinen verkosto. Sosiaalisen tuen lähteenä pääasiallisesti pidetään perhettä ja ammattihenkilöitä. Sosiaalisen verkoston koolla on merkitystä. (Schaffer 2009.)

Termiin sosiaalinen tuki liittyy hyvin läheisesti termi *sosiaalinen verkosto* (House & Kahn 1985, 85). Sosiaalinen verkosto voidaan määritellä tietyn yksilön vuorovaikutussuhteiden joukolla tai yksilöiden välisillä vuorovaikutussuhteiden joukoilla (Roth 1996, 108). Sillä voidaan tarkoittaa myös olemassa olevien vuorovaikutussuhde joukkojen rakennetta kuten niissä olevien suhteiden määrää, homogeenisuutta tai tiheyttä (House & Kahn 1985, 85). Kahnin ja Antonuccin (1980, 273) mukaan sosiaalinen verkosto muodostuu useasta eri tasosta. Niiden keskiössä on tuen saaja, mutta seuraavilla tasoilla olevien ihmisten paikka saattaa vaihdella tuen saajan roolien ja elämän kulun myötä. Lähinnä oleva taso on tärkein tuen saajalle ja kauimmainen taso vähemmän tärkeä sosiaalisen tuen näkökulmasta. Hypoteettisesti kuvattuna ensimmäisellä tasolla ovat aviopuoliso, lähin perhe ja lähimmät ystävät; toisella tasolla on muu perhe, sukulaiset ja muut ystävät; kolmannella tasolla naapurit, esimiehet, ammattihenkilöt ja yhteistyökumppanit.

Kiinnostus sosiaalisen tuen merkitykseen heräsi kun huomattiin, että sosiaalisella sopeutumattomuudella ja sosiaalisen eristäytymisellä oli haitallisia vaikutuksia yksilön terveyteen (Norbeck 1988, 86). Siitä syntyi ajatus, että sosiaalisesta tuesta on hyötyä joko suoraan tai epäsuorasti yksilön terveyteen ja hyvinvointiin (House & Kahn 1985, 86). Norbeckin (1988, 87) teoreettisessa mallissa stressi on negatiivisessa yhteydessä terveyteen ja sosiaalinen tuki voi puskuroida stressin vaikutuksia terveyteen tai se voi olla suorassa positiivisessa yhteydessä terveyteen. Toisaalta sosiaalisella tuella voi olla negatiivinen yhteys stressin. Cohenin (2004) mukaan sosiaalinen tuki toimii puskurina stressin ja psyykkisen terveyden välillä. Puskuri eliminoi ja vähentää stressaavien kokemusten vaikutusta muun muassa tukemalla tehokkaita selviytymisstrategioita. Laaja-alaisilla sosiaalisilla suhteilla voidaan vaikuttaa suoraan yksilön psyykkiseen tilaan, jotta saataisiin aikaan terveyttä edistäviä vasteita. Sosiaalinen verkosto voi edistää yksilön terveyttä muun muassa mahdollistamalla terveellisen ruokavalion ja liikunnan tai painostamalla noudattamaan terveellisiä elämäntapoja (Uchino 2004, 44). Negatiiviset vuorovaikutussuhteet voivat olla stressin lähteitä ja siten lisätä riskiä sairastua (Cohen 2004). Ennen kaikkea sosiaalisen tukiverkoston pääasiallisena tehtävänä on tarjota erilaisia motivointikeinoja yksilölle esimerkiksi rohkaisemalla päätöksentekoa tai edistämällä itseluottamusta (Wills 1985).

2.4 Sepelvaltimotautipotilas ja sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen puuttuminen tai vähäinen määrä voi olla haitallista sepelvaltimotautia sairastavalle henkilölle. Vähäinen sosiaalinen tuki voi näkyä sydäninfarktiin sairastuneiden naisten lisääntyneenä masennusoireina ja terveystalvelujen käyttönä (Hallaråker ym. 2001). Yksin asuvilla henkilöillä on kolme kertaa suurempi riski joutua uudelleen sairaalan kuukauden sisällä ohitusleikkauksesta kuin niillä, jotka asuvat toisen henkilön kanssa (Murphy ym. 2008). Samoin pienen sosiaalisen tukiverkoston omaavat angiografoidut naiset kokevat sydäninfarkteja kaksi kertaa enemmän kuin ne angiografoidut naiset, joilla on laaja sosiaalinen tukiverkosto (Rutledge ym. 2008). Miehillä, jotka saavat vähän sosiaalista tukea on suurempi riski saada sydäninfarkti, kuin niillä miehillä, jotka saavat paljon sosiaalista tukea (Ikeda ym. 2008). Emotionaalisen tuen puuttuminen voi ilmetä muun muassa masennusoireiden määrän kasvuna (Hallaråker ym. 2001, Koivula ym. 2010), etenkin työttömillä sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla on todettu olevan enemmän masennusoireita (Blom ym. 2007). Sosiaalisen tukiverkoston puuttumisella ja sosiaalisella eristäytymisellä (Mookadam & Arthur 2004, Friedmann ym. 2006) sekä olemattomalla sosiaalisella tuella (André-Petersson ym. 2006) on todettu olevan yhteys sydäninfarktiin sairastumiseen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Alhaisella sosiaalisella tuella on yhteys myös sepelvaltimotaudin etiologiaan ja etenemiseen, sillä se saattaa jopa kaksinkertaistaa riskiä sairastua tai pahentua niin terveellä väestöllä kuin jo sepelvaltimotautiin sairastuneilla (Lett ym. 2005). Sosiaalisen tukiverkoston puuttumista voidaan pitää yhtenä riskitekijänä sydäninfarktin uusiutumislle ja siihen menehtymislle (Mookadam & Arthur 2004). Sen sijaan Lettin ja muun tutkimusryhmän (2007) tekemässä seurantatutkimuksessa todettiin, että saadulla konkreettisella tuella ja sosiaalisen verkoston antamalla tuella ei ollut yhteyttä potilaiden kuolleisuuteen.

2.5 Sepelvaltimotautipotilas ja perheeltä saatu sosiaalinen tuki

Perheen määrittelyminen nykypäivänä on haasteellista, sillä yhteiskunnan muuttuessa on käsitys perheestä myös muuttunut. Aiemmin puhuttiin ydinperheestä tai niin sanotusta traditionaalisesta perheestä, jossa oli äiti, isä sekä yksi tai useampi lapsi (Marin 1999, 53) ja jossa lapset ovat biologisia tai adoptoituja lapsia tai molempia (Friedman ym. 2003, 10). Nykyisin perhettä määritellään pääsääntöisesti yhdessä asuvien ihmisten ryhmäksi, jonka useimmiten muodostaa kaksi keskenään avo- tai avioliitossa tai rekisteröidyssä suhteessa olevaa henkilöä, joilla on lapsia tai ovat lapsettomia, tai ryhmäksi, jossa on yksi aikuinen ja yksi tai useampi lapsi (MOT 2009). Nyky-yhteiskunnassa perheitä voi olla myös useita. Esimerkiksi lisääntyneiden avioerojen myötä lapsilla saattaa olla kaksi perhettä; äidin perhe ja isän perhe. Näin ollen jokaisella perheenjäsenellä voi olla

omia erilaisia perheitä ja jokainen voi määritellä millainen perhe hänellä on (Marin 1999, 53, 59). Perhettä voidaan tarkastella myös laajemmin, jolloin siihen kuuluvat myös useat sukupolvet tai jopa sukuhaarat (MOT 2009). Perhettä voidaan tarkastella systeeminä eli yksilöjoukkona, joka on toisistaan riippuvainen ja keskenään sidoksissa (Casey 1996, 57) veren, avioliiton, ystävyysyden (Grove 1996, 44), adoption tai muuten mieltävät itsensä osaksi perhettä (Friedman ym. 2003, 10).

Sepelvaltimotauti on sairaus, joka vaikuttaa koko perheen elämään (Okkonen & Vanhanen 2006, Dunbar ym. 2008). Sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt nimeävät informaalista verkosta sosiaalisen tuenantajiksi perheenjäseniään. Perhe koetaan tärkeäksi sosiaalisen tuen lähteeksi (Urizar & Sears 2006, Peterson ym. 2010). Sydäninfarktin jälkeen tukea antavat eniten lapset, sitten aviopuolisot ja ystävät (Kristofferzon ym. 2005a), naiset kokevat saavansa tukea myös lastenlapsiltaan (Kristofferzon ym. 2005b). Ohitusleikkausta odottavista potilaista enemmistö nimesi lähimmiksi tukijoikseen puolison ja lapset, osa potilaista nimesi lisäksi sisarukset ja ystävät (Koivula 2002, Koivula ym. 2002). Ohitusleikkauksen jälkeen tilanne ei juuri muutu, sillä suurin osa potilaista nimesi lähimmiksi tukijoikseen aviopuolison, yli puolet nimesi lapset ja muutama vain vanhempansa (Rantanen ym. 2004). Aviopuolisoiden antama tuki on tärkeää sepelvaltimotautipotilaille (Luttik ym. 2005, Baigi ym. 2008). Naiset kokevat saavansa vähemmän sosiaalista tukea (Kristofferzon ym. 2003, Urizar & Sears 2006). Yksin asuvat naiset kuvaavat tukijoikseen muita naisia kuten tyttäret, ystävättäret, äidit ja siskot (Gallagher ym. 2008).

Sosiaalinen tukiverkosto voi olla kooltaan hyvin erikokoinen. Esimerkiksi sydäninfarktin kokeneilla naisilla voi olla keskimäärin seitsemän henkilöä tukemassa akuutissa vaiheessa, mutta tukijoiden määrä vähenee merkittävästi kolmen kuukauden seurannassa (Hallaråker ym. 2001). Koivulan (2002) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaiden tukiverkostoon kuului keskimäärin viisi henkilöä (Koivula ym. 2002), kun taas Rantasen (2004) tutkimuksen mukaan vain keskimäärin kaksi henkilöä. Osalla potilaista ei ole tukiverkosta lainkaan (Koivula 2002, Gallagher ym. 2008). Kasvokkain tapahtuvat kontaktit lasten ja sairastuneen äidin välillä lisääntyivät hetkellisesti sairauden myötä (Hallaråker ym. 2001)

Perheen rakenteella, perheen sosiaalisella tuella, perheen keskinäisellä vuorovaikutuksella, sopeutumisella ja ongelman ratkaisutaidoilla voidaan todennäköisesti vaikuttaa sepelvaltimotautiin sairastuneitten henkilöiden käyttäytymiseen ja itsehoitoon (Dunbar ym. 2008). Esimerkiksi perheissä, joissa on koettu sydäninfarkti, perheen rakenne ja hyvä toimintakyky edesauttavat perheen terveyttä (Åstedt-Kurki ym. 2004). Perheeltä saadulla tuella on merkitystä sepelvaltimotautia sairastavan henkilön kokemuksiin omasta terveydestään (Okkonen & Vanhanen

2006) tai hänen terveystyöskäytymiseensä (Heitman 2006, Luszczynska & Cieslak 2009, Peterson ym. 2010). Esimerkiksi ohitusleikkauspotilaat, jotka saavat enemmän tukea perheeltä, kokevat subjektiivisen terveytensä paremmaksi kuin ne, jotka saavat vähemmän tukea perheeltä. Eri-ikäiset ohitusleikatut naiset kokevat terveytensä huonommaksi kuin miehet, varsinkin jos he asuvat yksin tai saavat vähän tukea. Toisaalta nuoremmat, yksin asuvat tai vähän tukea saavat alle 65-vuotiaat ohitusleikatut naiset kuvaavat subjektiivisen terveytensä heikommaksi kuin heitä vanhemmat naiset. (Okkonen & Vanhanen 2006.) Sydäninfarktin sairastaminen merkitsee radikaaleja muutoksia elämäntapoihin (Stewart ym. 2000). Terveystyöskäytymiseen voidaan vaikuttaa muun muassa eri sukupolvien välisillä ohjeilla ja sukupolvien keskinäisellä dialogilla, naisten antamalla roolimalleilla ja kodista omaksutuilla tavoilla esimerkiksi ruokavaliosta (Heitman 2006). Yleensäkin sosiaalisen verkoston antama tuki voi helpottaa sitoutumista elintapojen muutokseen, lievittää stressaavia tilanteita sekä mahdollistaa terveystyöskäytymisen käytön (Boutin-Foster 2005a). Yleisesti ottaen sukulaisilta saatu tuki on hyvin keskeistä (Wieslander ym. 2005, Rantanen ym. 2004).

Perheen antaman tuen merkitys lisääntyy yli 65-vuotiailla sepelvaltimotautipotilailla (Baigi ym. 2008), toisaalta nuoremmat saavat intensiivisemmin sosiaalista tukea kuin iäkkäämmät (Koivula ym. 2002). Miehet saavat sosiaalista tukea puolisoiltaan merkittävästi enemmän kuin naiset (Kristofferzon ym. 2005b), mutta nuoret miehet saattavat kuitenkin torjua puolisoitensa tarjoaman avun (Allison & Campbell 2009). Sydäninfarktin kokeneet henkilöt kuvaavat saavansa eniten emotionaalista tukea kuten empatiaa, lohtua ja ymmärtämistä perheeltä ja ystäviltä sekä turvallisuuden tunnetta lapsilta. Lasten antama konkreettinen tuki on vähäistä ja se on lähinnä kuljetusapua ja avunantoa kotitöissä. (Stewart ym. 2000). Ohitusleikatut potilaat saavat eniten sosiaalista tukea puolisoilta (Koivula ym. 2002). Mutta myöhemmin lasten (Hallaråker ym. 2001) antama sosiaalisen tuen merkitys lisääntyy. Sydäninfarktin sairastaneilla naisilla ja miehillä on eroja saadun sosiaalisen tuen suhteen. Esimerkiksi naiset kaipaavat kotiuduttuaan sydäntapahtuman jälkeen enemmän professionaalista tukea (Wieslander ym. 2005), kun taas miehet saavat enemmän konkreettista tukea (Boutin-Foster & Charlson 2007, Baigi ym. 2008). Toisaalta myös iäkkäämmät naiset kaipaavat konkreettista tukea (Davidson ym. 2003). Ohitusleikkauksen läpikäyneet sepelvaltimotautipotilaat kokevat saavansa emotionaalista tukea ja apua sosiaaliselta tukiverkostolla saman verran, mutta vähiten kannustavaa tukea (Rantanen ym. 2004). Ohitusleikkauspotilaiden puoliset antoivat toiminnallista tukea runsaammin kuin muut läheiset ja potilaat kokivat puolison tuen intensiteetin suurimmaksi (Koivula 2002). Konkreettisella ja emotionaalisella tuella on todettu olevan yhteys miessukupuoleen ja avioliittoon siten, että miehet saavat enemmän konkreettista ja emotionaalista tukea kuin naiset ja avioliitossa elävät saavat enemmän konkreettista ja emotionaalista tukea kuin yksin elävät (Barry ym. 2006). Sosiaalisen tuen on todettu auttavan

selviytymään sepelvaltimotaudin aiheuttamasta epävarmuudesta (Peterson ym. 2010). Työssäkäyvät naiset saavat sosiaalista tukea enemmän kuin työttömät naiset (Blom ym. 2007).

Sosiaalisen tuen järjestäminen voi olla hyvin kompleksista sepelvaltimotaudin eri vaiheissa. Akuutin koronaarisyndrooman sairastaneet yksin asuvat naiset voivat pelätä menettävänsä itsenäisyytensä, omaiset asuvat pitkän matkan päässä tai heillä ei ole ketään, keneltä pyytää apua (Gallagher ym. 2008). Sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt voivat kokea myös perheenjäsenten ja ystävien vuorovaikutustilanteet ongelmalliseksi. Boutin-Foster (2005b) identifioi näiksi tilanteiksi muun muassa liian monet puhelin soitot ja muut kontaktit, liialliset tunteen ilmaisut, mitkä johtuivat perheenjäsenten huolesta, pyytämättömät neuvot tai tarve hallita sepelvaltimotautia sairastavaan henkilöä ilman riittävää tietoa. Eräässä tutkimuksessa sydäninfarktin sairastaneet henkilöt kokivat itsensä stressaantuneeksi puolison ylisuojelevuuden vuoksi, sen lisäksi sosiaalisten rutiinien noudattaminen oli vaikeaa sydänkohtauksen jälkeen (Stewart ym. 2000). Toisaalta potilaat saattavat suhtautua omaan perheeseensä torjuvasti kieltäen perheenjäseniään osallistumasta hoitoon (Koivula 2004). Perheeltä saatu tuki näyttää suojaavan subjektiivista terveyttä ja edistävän kuntoutumista (Okkonen & Vanhanen 2006).

2.6 Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki sepelvaltimotautipotilailla

Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua kohottaa saadun sosiaalisen tuen määrä (Bosworth ym. 2000). Esimerkiksi ennen ohitusleikkausta saatu emotionaalinen tuki on yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin, sillä tuen määrän lisääntyessä kohenee myös ohitusleikkauspotilaiden fyysinen toimintakyky ja psyykinen hyvinvointi. Vastaavasti ennen ohitusleikkausta säännöllisesti konkreettista tukea saavilla on parempi fyysinen toimintakyky ja psyykinen hyvinvointi kuin harvemmin konkreettista tukea saavilla. (Barry ym. 2006.) Paljon sosiaalista tukea saavat sepelvaltimotautipotilaat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa paremmaksi kuin vähän sosiaalista tukea saavat sepelvaltimotautipotilaat (Bosworth ym. 2000). Edellisten lisäksi laaja sosiaalinen tukiverkosto kohottaa sepelvaltimotautipotilaiden fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Ne sepelvaltimotautipotilaat, joilla on laaja tukiverkosto, osallistuvat paremmin kuntoutukseen ja heidän elämälaatunsa paranee verrattuna niihin, joilla on pieni tukiverkosto. (Molloy ym. 2008.) Myös aktiivinen osallistuminen tukiryhmään kohentaa terveyteen liittyvää elämänlaatua. Näissä tukiryhmissä sepelvaltimotautipotilaat saavat ohjausta elämäntavan muutoksiin, aerobisiin harjoituksiin sekä ruokavalioon, samalla heillä on mahdollisuus saada muuta sosiaalista tukea. (Schulz ym. 2008). Toisaalta aina ei saavuteta sosiaaliselta tukiverkostolta (Rantanen ym. 2008), neuvonta- ja ryhmätoimintaohjelmilta (Salminen ym. 2004),

preoperatiiviselta ryhmäohjaukselta tai sairaanhoitajalta (Rantanen ym. 2008) saadulla tuella toivottua vaikutusta elämänlaatuun. Naisten saama sosiaalinen tuki, lähinnä yhteenkuuluvuuden tunteena ja kumppanuutena, on merkittävästi yhteydessä emotionaaliseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun (Emery ym. 2004).

Sosiaalisen tuen vähäisyys (Bosworth ym. 2000) sosiaalisen tukiverkoston pienuus ja partnerin stressi (Molloy ym. 2008) ovat yhteydessä huonompaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Sepelvaltimotautipotilaat, jotka saavat vähän sosiaalista tukea ja elävät avioliitossa, ovat kivuliaampia kuin ne sepelvaltimotautipotilaat, jotka ovat naimattomia (Bosworth ym. 2000). Mikäli akuutista koronaarisyndroomasta toipuvan potilaan partnerilla on stressiä ja heidän sosiaalinen tukiverkostonsa on pieni, ne yhdessä alentavat fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Aviopuolisoiden antama konkreettinen tuki on yhteydessä raportoituun alhaiseen fyysiseen toimintakykyyn siten, että miesten saama liiallinen konkreettinen tuki voi toisinaan rajoittaa heidän fyysistä suoriutumistaan (Bennett & Connell 1999). Yksin asuvilla naisilla on merkitsevästi alhaisempi fyysinen terveys, fyysinen roolitoiminta, sosiaalinen toimintakyky ja he ovat kivuliaampia kuin naiset, jotka elävät partnerin kanssa. Yksin asuvilla miehillä oli taas parempi fyysinen terveys, fyysinen roolitoiminta, sosiaalinen toimintakyky ja he olivat kivuttomampia kuin partnerin kanssa asuvat. (Kristofferzon ym. 2005b)

2.7 Teoreettisten lähtökohtien yhteenveto

Sepelvaltimotauti on krooninen sairaus ja se vaikuttaa sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden ja heidän perheenjäsentensä elämään. Sepelvaltimotautiin voi sairastua jo nuorena, mutta ensisijaisesti se on ikääntyvän väestön terveyttä haittaava tekijä. Noin kolme neljäsosaa sairastuneista on miehiä, mutta naisten osuus on lisääntymässä. Sepelvaltimotaudin oireet, lähinnä rintakipu, haittaa sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden arkea. Sepelvaltimotautiin sairastuminen voi aiheuttaa tarpeen muuttaa koko perheen elintapoja ja terveyskäyttäytymistä.

Terveyteen liittyvä elämänlaatu tarjoaa yhden arviointikeinon mittaamaan terveydenhuollon tuloksia. Elämänlaatu on luonteeltaan dynaamista ja jatkuvaa. Se käsittää positiivisen näkökulman, kuten tyytyväisyyden ja liikuntakyvyn, ja negatiivisen näkökulman, kuten kivun ja negatiiviset tunteet. Yksilön kokema elämänlaatu koostuu yksilöön ja ympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutuksesta ja niiden välisestä vuorovaikutuksesta. Elämänlaadussa on keskeistä se, miten yksilö käsittää, miten tyytyväinen hän on elämäänsä eri elämänlaatuja kuvaavilla ulottuvuuksilla ja miten yksilö hyväksyy lähtökohdaksi tyytyväisyyden omaan terveyteensä yhdellä tai useammalla

ulottuvuudella. Terveysteen liittyvä elämänlaatu koetaan subjektiivisesti. Terveysteen liittyvä elämänlaatu määritellään useimmiten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kautta.

Sepelvaltimotautipotilaat kokevat terveysteen liittyvän elämänlaatunsa kohenevan hoitotoimenpiteiden jälkeen. Miehet ja naiset kokevat terveysteen liittyvän elämänlaadun eri tavoin. Miehet kokevat elämälaatunsa useimmissa tutkimuksissa paremmaksi fyysisestä näkökulmasta arvioituna, kun taas naiset psyykkisestä näkökulmasta. Terveysteen liittyvää elämänlaatua heikentävät sepelvaltimotaudin vakavuusaste, mahdolliset rintakivut, muut sairaudet, masennus, yksin asuminen tai sosiaalisen tuen puuttuminen. Sen sijaan terveysteen liittyvää elämänlaatua parantavat partnerin kanssa asuminen, avioliitto, muu perhe, sosiaalisen tuen määrä, sydänperäisten oireiden vähäisyys ja muiden sairauksien poissaolo.

Sosiaalinen tuki ei ole itsestään selvyyttä. Osalla sepelvaltimotautipotilaista on perhe ja he kokevat, että perhe on merkittävä sosiaalisen tuen antaja. Nämä perheet nimeävät ensisijaisesti tukijoikseen puolison ja lapset. Puolisoilta saatu tuki koetaan tärkeäksi. Sosiaalisella tuella voidaan edistää terveellisiä elintapoja ja vaikuttaa sepelvaltimotautia sairastavan henkilön subjektiiviseen kuvaan omasta terveysteestä. Sepelvaltimotautipotilaat kokevat saavansa eniten emotionaalista tukea. Sosiaalisen tukiverkoston puuttumisella, sosiaalisella eristäytymisellä ja vähäisellä sosiaalisella tuella on todettu olevan yhteys sydäninfarktiin sairastumiseen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen, mutta myös terveystpalvelujen lisääntyneeseen käyttöön. Sepelvaltimotautipotilaat voivat kokea myös liiallisen tuen kiusalliseksi ja mahdollisesti silloin torjua tarjotun tuen.

Aikaisemmissa tutkimuksissa sepelvaltimotautipotilaiden terveysteen liittyvää elämänlaatua on tutkittu monesta eri näkökulmasta. Näkökulmina ovat olleet infarktipotilaat, akuuttiin koronaarisyndroomaan sairastuneet potilaat, sepelvaltimotautipotilaat, sydänpotilaat, lääkehoidossa olevat potilaat, pallolaajennuspotilaat, ohitusleikkauspotilaat tai sydänkuntoutuspotilaat. Näistä suurin osa on kohdistunut infarktipotilaisiin tai ohitusleikkauspotilaisiin. Melko vähän on tutkittu sepelvaltimotautipotilaiden terveysteen liittyvää elämänlaatua ja saatua sosiaalista tukea. Suurin osa näistä tutkimuksista on kohdistunut terveystdenhuollolta saadun sosiaalisen tuen vaikutuksiin. Osassa tutkimuksista on huomioitu myös perheeltä saatu tuki muun sosiaalisen tuen lisänä. Sellaisia tutkimuksia ei juuri ole, missä sepelvaltimotautipotilaiden terveysteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea olisi tutkittu. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus tutkia sepelvaltimotautipotilaiden terveysteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea. Lisäksi tarkoituksena on kuvata terveyteen liittyvän elämänlaadun ja perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteyttä sekä niiden yhteyttä taustamuuttujiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta ja perheeltä saadusta tuesta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää perhehoitotyön kehittämisessä ja uusien hoitointerventioiden kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

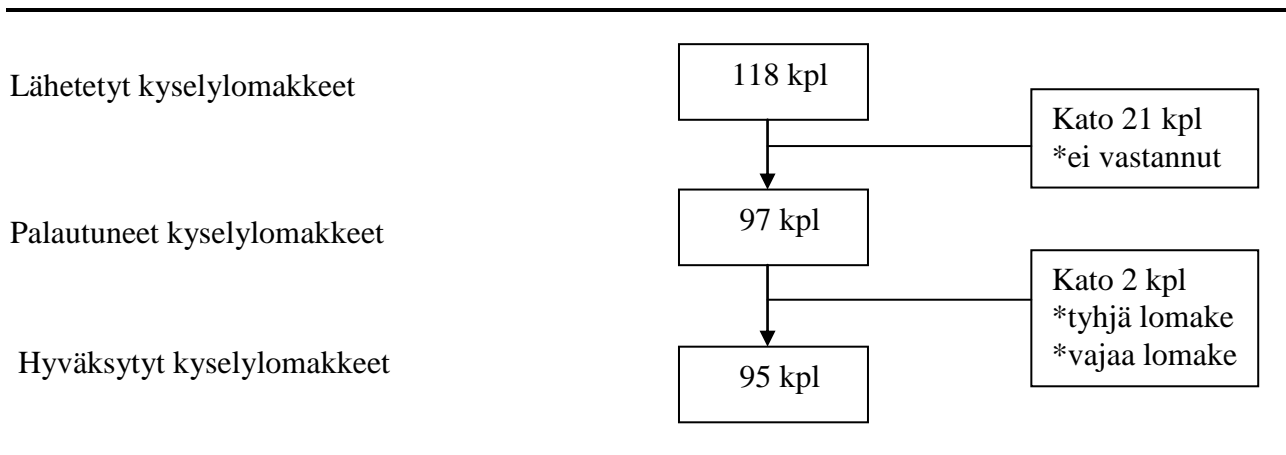
1. Millainen on sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja miten taustamuuttajat ovat yhteydessä elämänlaatuun?
2. Millainen on sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki ja miten taustamuuttajat ovat yhteydessä sosiaaliseen tukeen?
3. Millainen yhteys on terveyteen liittyvällä elämänlaadulla ja perheeltä saadulla sosiaalisella tuella?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tämän tutkimuksen kohderyhmän muodostivat 118 sepelvaltimotautipotilasta, jotka osallistuivat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushankkeeseen. Aineisto kerättiin kesäkuun 2009 ja maaliskuun 2010 välisenä aikana. Tutkimuksen osallistujat rekrytoitiin yhdestä yliopistollisesta sairaalasta. Vastausprosentti oli 82 %. Aineisto hankittiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kuvioon 2 on kirjattu tutkimuksen aineisto ja kato.

Tutkimuksen kohderyhmän on täytettävä ennalta sovitut valintakriteerit (Burns & Grove 2003, 235). Tämän tutkimuksen sisäänottokriteereinä olivat seuraavat seikat: 1. osallistujilla oli diagnosoitu sepelvaltimotauti, 2. he olivat olleet noin kahden kuukauden sisällä sairaalahoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi tai heidät oli kutsuttu preoperatiiviseen valmennusryhmään, 3. he olivat täysi-ikäisiä ja 4. he suostuivat osallistumaan vapaaehtoisesti tutkimukseen ja 5. antoivat tietoisin suostumuksen osallistumisestaan kuntoutuskoordinaattorin tai tutkijan läsnä ollessa.



Kuvio 2. Tutkimuksen aineisto ja kato

Kesäkuusta joulukuuhun 2009 kuntoutuskoordinaattori rekrytoi kotiutuvia sepelvaltimotautipotilaita kardiologisilta vuodeosastoilta ja kardiologisesta yksiköstä. Koska tutkimuksen aineisto kertyi odotettua hitaammin, muutettiin aineistonkeruumenetelmää siten, että vuoden 2010 alusta tutkija alkoi rekrytoida sepelvaltimotautia sairastavia henkilöitä sydänpotilaiden kuntoutus- ja valmennusryhmissä. Rekrytoinnin yhteydessä sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt saivat suullista tietoa ja tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Samalla heitä pyydettiin allekirjoittamaan tietoinen suostumus (Burns & Grove 2003, 167). Tutkija postitti kardiologisilta vuodeosastoilta tai kardiologisesta yksiköstä rekrytoituille potilaille kyselyn noin kahden viikon kuluttua heidän kotiutumisestaan sairaalasta. Kuntoutus- ja valmennusryhmistä rekrytoituille potilaille tutkija lähetti kyselyn noin viikon kuluessa rekrytoinnista. Kirje sisälsi kyselylomakkeen, saatekirjeen ja maksetun palautuskuoren palautusosoitteineen. Tutkimukseen osallistuvilla oli kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn.

4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

4.2.1 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittari

Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua valittiin mittaamaan suomalainen versio ”Rand-36 item Health Survey” – mittarista (RAND-36) (Aalto ym. 1999). RAND-36 Item Health Survey -mittari (RAND-36) on kehitetty Yhdysvalloissa 1990-luvun vaihteessa. Sillä on olemassa sisarversio MOS SF-36 Health Survey (SF-36), joka on yhteneväinen RAND-36 kanssa (Aalto ym. 1999). Johtuen edellisestä myös Suomessa on käännetty kahden eri tutkijaryhmän toimesta versiot nimeltä SF-36 (Hagman 1996) ja RAND-36 (Aalto ym. 1999). RAND-36 -mittari

on käytössä maailmanlaajuisesti (Hays & Morales 2001). Mittaria on käytetty mittaamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua sepelvaltimotautipotilailla (Boini ym. 2006, Vizza ym. 2007, Schulz ym. 2008, Najafi ym. 2009), sydäninfarkti potilailla (Bennett & Connell 1999, Brink ym. 2005, Kristofferzon ym. 2005, Pettersen ym. 2008, Miche ym. 2009), akuuttiin koronaarisyndroomaan sairastuneilla potilailla (Chan ym. 2005, Szygula-Jurkiewicz ym. 2005, Molloy ym. 2008) ja angina pectoris -potilailla (Pocock ym. 2000, Buser ym. 2008). Lisäksi mittaria on käytetty pallolaajennuspotilailla (Bosworth ym. 2000, Wong & Chair 2007), ohitusleikkauspotilailla (Järvinen ym. 2003, Järvinen ym. 2005, Barry ym. 2006, Elliott ym. 2006, Lee 2008, Tung ym. 2008, Sawatzky & Naimark 2009), sydänkuntoutuspotilailla (Hawkes ym. 2003, Hämäläinen & Röberg 2007, 119–120) ja sydänpotilailla (Smith ym. 2000, Emery ym. 2004).

RAND-36 -mittarilla on erotettavissa sekä rakenteellinen ja teoreettinen ulottuvuus (Kattainen & Meriläinen 2004) (Taulukko 1). RAND-36 kartoittaa vastaajan hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla eri ulottuvuudella. Mittarin rakenteelliset ulottuvuudet käsittävät fyysisen toimintakyvyn (FyTo), fyysisen roolitoiminnan (RoFy), psyykkisen roolitoiminnan (RoPs), psyykkisen hyvinvoinnin (PsHy), sosiaalisen toimintakyvyn (SoTo), tarmokkuuden (Tarm), kivuttomuuden (Kivu) ja koetun terveyden (KoTe). Lisäksi mittari sisältää yhden ulottuvuuksien ulkopuolisen kysymyksen, jolla kartoitetaan terveydentilassa tapahtunutta muutosta. (Aalto ym. 1999, 5-6.) Mittari sisältää 36 kysymystä, joista 20 kysymystä kartoittaa vastaajan terveyttä viimeisen 4 viikon ajalta ja yksi terveydentilan muutosta vuoden sisällä (Hays & Morales 2001). RAND-36 mittaa sekä positiivisesta että negatiivisesta näkökulmasta terveyttä (Bowling 2005, 65). Se sisältää dikotomisias kysymyksiä ja kolme-, viisi- ja kuusiportaisia likert-asteikollisia kysymyksiä (Aalto ym. 1999). Taulukossa 2 on RAND-36 -mittarin eri ulottuvuuksien osioiden lukumäärät.

Analysointivaiheessa vastausvaihtoehdot koodataan uudelleen siten, että matalin vastausvaihtoehto saa arvon 0 ja korkein 100. Korkein pistemäärä ilmaisee hyvää terveyttä ja elämänlaatua. (Aalto ym. 1999, 75). Jokaiselle ulottuvuudelle lasketaan indeksit siten, että kunkin ulottuvuuden sisältämät kysymykset lasketaan yhteen ja jaetaan ulottuvuuden kysymysten lukumäärällä.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus on testannut RAND-36 -mittarin ja tutkimuksen tulokset tukevat mittarin validiutta, reliabiliutta ja käyttökelpoisuutta terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina suomalaisissa tutkimuksissa (Aalto ym. 1999). Mittarin rakenneulottuvuuksien voidaan katsoa liittyvän sepelvaltimotaudin hoidon vaikutuksiin ja sepelvaltimotaudin aiheuttamiin rajoitteisiin (Kattainen & Meriläinen 2004). Lisäksi RAND-36 asteikoille on olemassa väestöarvot, joita voidaan käyttää vertailuarvoina muissa tutkimuksissa.

(Aalto ym. 1999.) RAND-36 -mittari mahdollistaa vertailun terveisiin ihmisiin koko asteikolla tai osa-asteikolla (Aalto ym. 1999, Johansson ym. 2004). Tässä tutkimuksessa tuloksia ei ole vertailtu väestöarvoihin.

RAND-36 -mittarin ulottuvuuksista voidaan muodostaa myös kaksi laajempaa summa-asteikkoa, fyysinen (PCS) ja psyykinen (MCS) summa-asteikko (Hays & Morales 2001, Bowling 2005, 65) kuvaamaan yleistä fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia ja terveyttä. Ensin mainittu muodostuu fyysisen toimintakyvyn, fyysisen roolitoiminnan, kivuttomuuden ja koetun terveyden ulottuvuuksista ja jälkimmäinen muodostuu psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen toimintakyvyn, tarmokkuuden ja psyykkisen roolitoiminnan ulottuvuuksista (Elliott ym. 2006). (Wilson ym. 2000.) Osa tutkimusraporteista käyttää fyysistä ja psyykkistä summa-asteikkoa kuvamaan terveyteen liittyvää elämänlaatua (Bosworth ym. 2000, Järvinen ym. 2003, Lee 2008). Tässä tutkimuksessa ei muodosteta fyysistä ja psyykkistä summa-asteikkoa.

Taulukko 1. Terveyteen liittyvän elämälaadun mittari RAND-36

Osioiden määrä ja Teoreettinen ulottuvuus	Osioiden määrä ja Rakenteellinen ulottuvuus	Kysymysten määrä	Täyttö minuuttia
2	8	35	7-10 min
Fyysinen terveys Psyykinen terveys	Fyysinen toimintakyky, Roolitoiminta/fyysinen, Roolitoiminta/psyykinen, Tarmokkuus, Psyykinen hyvinvointi, Sosiaalinen toimintakyky Kivuttomuus Koettu terveys		
	Terveys /12kk sisällä	1	

Tässä tutkimuksessa käytetään terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina RAND-36 mittaria, koska sen on todettu mittavaan luotettavasti sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Aalto ym. 1999, Ware 2000, Melville ym. 2003, Chan ym. 2005, Wong & Chair 2007, Najafi ym. 2009). Lisäksi sen on todettu olevan herkempi verrattuna muihin elämänlaadun mittareihin (Brown ym. 2000). Suomessa RAND-36 -mittaria on käytetty melko vähän mittamaan sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatua.

4.2.2 Sosiaalisen tuen mittari

Sosiaalisen tuen mittariksi valittiin Koivulan, Kaunosen ja Tarkan (2005) kehittämä ja testaama sosiaalisen tuen mittari. Mittari pohjautuu Kahnin ja Antonuccin (1980) teoriaan sosiaalisen tuen rakenteesta. Sosiaalinen tuki muodostuu konkreettisesta, informatiivisesta ja emotionaalisesta tuesta. Mittarissa on 21 väittämää ja jokaista ulottuvuutta mitataan seitsemällä kysymyksellä. Vastaaja arvioi sosiaalisen tukiverkoston kuten puolison, lasten, sisarusten, vanhempien, ystävien, naapureiden, työtovereiden, sukulaisten, terveydenhuollonhenkilöstön ja sosiaalityöntekijöiden antamaa tukea kouluarvosana-asteikolla 4-10. Mittarin on todettu mittaavan luotettavasti konkreettista, emotionaalista ja informatiivista tukea (Koivula ym. 2005, Koivula ym. 2010).

Tätä tutkimusta varten kyseistä mittaria on lyhennetty ja se on rajattu perheeltä saatuun tukeen. Kolmea sosiaalisen tuen ulottuvuutta, emotionaalista, konkreettista ja informatiivista tukea, mitataan kutakin kuudella kysymyksellä (Taulukot 8 ja 9). Vastaaja arvioi puolison ja lasten antamaa sosiaalista tukea kouluarvosana-asteikolla 4-10, missä alin arvosana neljä tarkoittaa ”ei lainkaan tukea”, ylin arvosana kymmenen tarkoittaa ”erittäin paljon tukea”. Mikäli vastaajalla ei ole puolisoa tai lapsia, hän voi jättää sarakkeen tyhjäksi.

4.2.2 Taustamuuttajat

Tähän tutkimukseen kysyttiin taustamuuttujina sepelvaltimotautipotilaiden sukupuolta, ikää, siviilisäätystä, sitä kenen kanssa asuu (asumismuoto), pohjakoulutusta, ammatillista koulutusta ja työtilannetta. Potilailta kysyttiin myös ajankohtaa, milloin hän oli saanut tietää sairaudestaan (tieto diagnoosista). Lisäksi potilailta kysyttiin kuinka usein hän harrastaa liikuntaa ja kuinka usein hän käyttää alkoholia. Painoindeksin laskemista varten kysyttiin painoa ja pituutta (Sydänliitto 2010). Lisäksi kysyttiin potilaiden kuvausta omasta tilanteestaan (hoidon tarve). Tähän kysymykseen potilailla oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Taulukkoon 2 on koottu taustamuuttajat, mittarit ja niissä olevien osioiden määrät.

4.4 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeilla kerätty aineisto analysoitiin kvantitatiivisin menetelmin SPSS 15 for Windows-ohjelmalla. Ennen analysointia kyselylomakkeiden muuttujat luetteloidtiin, koodattiin ja kirjattiin SPSS-ohjelman havaintomatriisiin (Heikkilä 2005, 123). Tämän jälkeen aineisto kirjattiin matriisiin. Analyysi aloitettiin yksittäisten muuttujien (Taulukko 2) jakaumien tarkastelulla ja laskemalla vastausprosentti. Muuttujien tarkastelua varten terveyteen liittyvän elämänlaadun ja sosiaalisen tuen mittareista muodostettiin summamuuttujat. RAND-36 -mittarin alkuperäiset vastausvaihtoehdot koodattiin mittarin ohjeiden mukaan uudelleen siten, että matalin vastausvaihtoehto oli 0 ja korkein 100. Korkein pistemäärä (100) kuvaa hyvää terveyttä ja elämänlaatua. (Aalto ym. 1999, 75.) Tämän jälkeen muodostettiin ohjeiden mukaisesti summamuuttujat: fyysinen toimintakyky (FyTo), fyysinen roolitoiminta (RoFy), psyykkinen roolitoiminta (RoPs), tarmokkuus (Tarm), psyykkinen hyvinvointi (PsHy), sosiaalinen toimintakyky (SoTo), kivuttomuus (Kivu) ja koettu terveys (KoTe). Näiden summamuuttujien indeksiluvut (keskiarvot) kuvaavat prosenttiosuutta, jonka kysymyksestä voi saada (Aalto ym. 1999). Perheeltä saadun sosiaalisen tuen mittarista muodostettiin kolme summamuuttujaa, jotka kuvasivat emotionaalista, informatiivista ja konkreettista tukea (Koivula ym. 2005). Summamuuttujien yksittäisistä muuttujista tarkistettiin sisäinen homogeenisuus ennen summamuuttujien rakentamista (Taulukot 6 ja 8). Cronbachin alfa-arvot olivat yli 0,70 (Laijärvi & Kaunonen 2005). Summamuuttujien jakaumien muodon tarkistamiseen käytettiin Kolmogorov-Smirnovin testiä. Shaphiro-Wilkin W-testiä käytettiin niiden summamuuttujien normaaliuden tarkistamiseen, joissa otoskoko oli pienempi kuin 50 (Royston 1992). Tässä tutkimuksessa ei ole korvattu yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja.

Taustatietojen kuvailua varten vastaajien ikä luokiteltiin kahteen luokkaan (<65-vuotiaat ja \geq 65-vuotiaat), siviilisäätö kahteen luokkaan (avio- tai avoliitto; leski, eronnut tai naimaton), asumismuoto kolmeen luokkaan (yksin; perheen kanssa; ystävän kanssa). Pohjakoulutusta, ammatillista koulutusta, työtilannetta ja tietoa sairastumisesta kuvattiin kyselylomakkeen luokittelun mukaan. Liikunnan harrastaminen luokiteltiin kolmeen luokkaan (vähintään 2-3 kertaa viikossa; enintään kerran viikossa; ei lainkaan) ja alkoholin käyttö luokiteltiin neljään luokkaan (vähintään 2-3 kertaa viikossa; 2-4 kertaa kuukaudessa; enintään kerran kuukaudessa; ei koskaan). Painoindeksi laskettiin kaavalla paino (kg) jaettuna pituuden (m) neliöllä. Sen jälkeen painoindeksi luokiteltiin ensin viiteen luokkaan (Sydänliitto 2010), jonka jälkeen se luokiteltiin kuvailua varten kolmeen luokkaan (lievä alipaino tai normaali paino; lievä ylipaino; merkittävä, vaikea tai sairaallosainen ylipaino).

Taulukko 2. Mittarit, muuttujat ja osioiden lukumäärät

Mittari	Muuttujat	Osioiden lkm
Taustamuuttujat	Sukupuoli	1
	Ikä	1
	Siviilisääty	1
	Asuinkumppani	1
	Työtilanne	1
	Pohjakoulutus	1
	Ammatillinen koulutus	1
	Tieto diagnoosista	1
	Liikunta	1
	Alkoholin käyttö	1
	Paino	1
	Pituus	1
	Hoidon tarve	7
Elämänlaatu mittari RAND-36	Fyysinen toimintakyky	10
	Roolitoiminta/fyysinen	4
	Roolitoiminta/psykkinen	3
	Tarmokkuus	4
	Psykkinen hyvinvointi	5
	Sosiaalinen toimintakyky	2
	Kivuttomuus	2
	Koettu terveys	5
	Terveydentilan muutos	1
Sosiaalisen tuen mittari	Emotionaalinen tuki	6
	Konkreettinen tuki	6
	Informatiivinen tuki	6

Sosiaalisen tuen kuvailua varten luokiteltiin puolisolta ja lapsilta saadun sosiaalisen tuen summamuuttujat kolmeen luokkaan. Mittarin arvoilla 4-6 muodostui luokka vähän tai ei lainkaan tukea, mittarin arvoilla 7-8 muodostui luokka melko paljon tukea ja mittarin arvoilla 9-10 muodostui luokka paljon tukea (Koivula ym. 2005).

Yhteyksien tutkimista varten iästä, siviilisäädystä, liikunnasta, alkoholin käytöstä ja painoindeksistä käytettiin samaa luokittelua kuin taustamuuttujien kuvailussa. Vastaajien muut taustamuuttujat luokiteltiin seuraavasti: asumismuoto kahteen luokkaan (yksin; perheen kanssa), työtilanne luokiteltiin kahteen luokkaan (työtön tai eläkkeellä; työssä tai sairauslomalla), pohjakoulutus kolmeen luokkaan (vähintään kansa- tai kansalaiskoulu; keski- tai peruskoulu; ylioppilas), ammatillinen koulutus neljään luokkaan (ei koulutusta; ammattikurssi; ammatti- tai opistotason koulu; korkeakoulu) ja tieto diagnoosista kahteen luokkaan (alle puoli vuotta; yli puoli vuotta).

Tutkimusaineiston kuvaamiseen käytettiin frekvenssejä, prosenttilukuja, keskiarvoja, keskihajontaa, mediaania sekä kvartiileja. Taustamuuttujien yhteyksiä terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen selvitettiin t-testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä, kun jatkuvat muuttajat olivat normaalisti jakautuneita, ja Mann-Whitneyn U -testillä tai Kruskal-Wallis H-testillä, kun jatkuvat muuttajat olivat vinoja (Heikkilä 2005). Niillä kolmi- tai neliluokkaisilla taustamuuttujilla, joilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys normaalisti jakautuneisiin terveyteen liittyvän elämänlaadun tai perheeltä saadun sosiaalisen tuen summamuuttujiin, ryhmien välisiä eroja selvitettiin Posthoc analyysin avulla (Burns & Grove 2007, 405). Vastaavasti niiden kolmi- tai neliluokkaisten taustamuuttujien, joilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys vinoihin summamuuttujiin, selvitettiin Mann-Whitney U -testillä.

Perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun selvitettiin Pearsonin tai Spearmanin korrelaatiokertoimilla jatkuvien muuttujien jakautuneisuuden mukaan. Korrelaatiokertoimen (r) arvo -1 kuvaa täydellistä negatiivista yhteyttä ja +1 täydellistä positiivista yhteyttä. Arvo 0 tarkoittaa sitä, että muuttujien välillä ei ole yhteyttä. Korrelaatiokerrointa tulkitaan tässä tutkimuksessa kolmella tasolla: heikko korrelaatio ($0,1 < r < 0,3$), kohtalainen korrelaatio ($0,3 \leq r \leq 0,5$) ja voimakas korrelaatio ($r > 0,5$). (Burns & Grove 2007, 423-424.) Tulokset raportoidaan kolmella merkitsevyydestasolla: tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p \leq 0,001$), tilastollisesti merkitsevä ($0,001 < p \leq 0,01$) ja tilastollisesti melkein merkitsevä ($0,01 < p \leq 0,05$) (Heikkilä 2005, 195).

4.5 Eettiset kysymykset

Tutkimukselle saatiin puoltava lausunto sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Eettisen toimikunnan antaman lausunnon jälkeen anottiin ja saatiin lupa tutkimusorganisaatiosta. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkimukseen osallistuvien tiedonantajien autonomian kunnioittamista, totuudenmukaista tiedottamista tutkimuksesta (Burns & Grove 2007, 204), sen tarkoituksesta ja siihen käytettävästä tutkimusmetodista sekä luottamuksellista aineiston käsittelyä. Lisäksi tutkimukseen osallistumisen tulee olla täysin vapaaehtoista ja osallistujille tulee taata täysi anonymisyys tutkimuksen raportoinnissa. (Burns & Grove 2007, 212.) Tässä tutkimuksessa kuntoutuskoordinaattori tai tutkija antoi sekä suullista että kirjallista tietoa tutkimuksesta. Osallistujille kerrottiin, että kyseessä on kaksivaiheinen kyselytutkimus ja että kyselylomake sisältää 15 sivua. Osallistujilla oli myös mahdollisuus kysyä tutkimuksesta rekrytoinnin yhteydessä tai ottaa yhteyttä myöhemmin tutkijaan annettujen yhteystietojen mukaan. Tiedonantajille korostettiin, että osallistuminen on vapaaehtoista. Rekrytoinnin yhteydessä osallistujilta pyydettiin allekirjoitettu tietoinen suostumuslomake (Burns & Grove 2007, 219), johon he kirjasivat henkilö-

ja osoitetietonsa. Lisäksi osallistujille painotettiin, että heidän henkilöllisyytensä jää vain tutkijan tietoon. Osallistujilla oli oikeus muuttaa mieltään tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tahansa, eikä osallistuminen tai kieltäytyminen vaikuttaisi heidän hoitoonsa (Burns & Grove 2007, 204). Tutkimusaineisto on koodattu, tallennettu ja analysoitu siten, että niistä ei ilmene osallistujien henkilöllisyys.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Tutkimukseen osallistui 95 sepelvaltimotautipotilasta, joista 71 oli miehiä ja 24 naisia. Heistä nuorin oli 39-vuotias ja iäkkäin 82-vuotias, keski-ikä ollessa noin 65 vuotta ($ka=65,32$, $kh=7,94$). Hieman alle puolet vastaajista oli yli 65-vuotiaita. Suurin osa vastaajista eli avio- tai avoliitossa (81 %) ja asui perheensä kanssa (82 %). Kolme viidesosalla (61 %) oli pohjakoulutuksena korkeintaan kansalaiskoulu. Hieman yli kolmannes oli käynyt ammattikurssin (36 %), noin viidenneksellä oli ammattikoulututkinto (21 %) ja lähes viidenneksellä (15 %) ei ollut ammatillista koulutusta. Vastaajista hieman yli kaksi kolmasosaa oli eläkkeellä (69 %). Lähes kaksi kolmasosaa (64 %) oli saanut tietää sairaudestaan korkeintaan muutamia kuukausia sitten. Yksi vastaajista ei mielestään ollut tietoinen siitä, että sairastaa sepelvaltimotautia. Hieman yli yksi viidesosa (22 %) harrasti liikuntaa enintään kerran viikossa ja kymmenesosa (11 %) ei harrastanut liikuntaa, jossa tulee hieman lämmin ja hengästyy. Neljäsosa (25 %) vastaajista nautti alkoholia vähintään 2-3 kertaa viikossa. Vastaajista 10 % ei käyttänyt alkoholia. Painoindeksin perusteella vastaajista yli puolet (56 %) oli lievästi ylipainoisia ja neljäsosa (25 %) oli merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisia. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Sepelvaltimotautipotilaiden taustatiedot (N=95)

Taustamuuttujat	n	%
Sukupuoli		
Nainen	24	25
Mies	71	75
Ikä		
≤ 65	50	53
> 65	45	47
Siviilisäätty		
Avio-/avoliitossa	77	81
Naimaton/eronnut /leski	18	19
Asumismuoto		
Yksin	16	17
Perheen kanssa	79	83
Ystävän kanssa	2	1
Pohjakoulutus		
Enintään kansalaiskoulu	58	61
Keski- tai peruskoulu	24	25
Ylioppilas	13	14
Ammatillinen koulutus		
Ammattikurssi tai muu kurssi	34	36
Ammattikoulututkinto	20	21
Opistotason tutkinto	15	16
Korkeakoulututkinto	11	12
Ei ammattikoulutusta	14	15
Työtilanne		
Sairauslomalla	12	12
Eläkkeellä	66	69
Työssäkäyvä	14	15
Työtön	3	3
Tieto sairastumisesta		
Sairaalasta kotiutuessa	34	36
Muutamia kuukausia sitten	27	28
Noin vuosi sitten	2	2
Useita vuosia sitten tai enemmän	31	33
Ei ole mielestään tietoinen	1	1
Liikunta		
Ei lainkaan	10	11
Kerran viikossa tai harvemmin	21	22
2-3 kertaa viikossa tai useammin	64	67
Alkoholin käyttö		
2-3 kertaa viikossa tai useammin	24	25
2-4 kertaa kuukaudessa tai harvemmin	60	64
Ei koskaan	10	11
Painoindeksi		
Lievä alipaino/normaali paino	18	19
Lievä lihavuus	53	56
Merkittävä/vaikea/sairaalloinen lihavuus	23	25

Vastausajankohtana sepelvaltimotautipotilaista noin kymmenesosa (12 %) oli toipumassa sydäninfarktista. Lähes kahdelle kolmasosalle (64 %) oli tehty sepelvaltimoiden varjoainekuvaus ja hieman yli puolelle (56 %) oli tehty sepelvaltimoiden pallolaajennus. Hieman alle viidesosa (18 %) odotti pääsyä sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Sepelvaltimotautipotilaiden hoidon tarve (N=95)

Hoidon tarve	n	%
Saa rintakipuihin lääkehoitoa	20	21
On toipumassa sydäninfarktista	11	12
Odottaa pääsyä varjoainekuvaukseen	1	1
On tehty varjoainekuvaus	61	64
On tehty pallolaajennus	53	56
Odottaa pääsyä ohitusleikkaukseen	17	18
On toipumassa ohitusleikkauksesta	11	12

5.2 Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja taustamuuttujien yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu

Sepelvaltimotautipotilaista puolet (50 %) koki terveydentilansa muuttuneen jonkin verran huonommaksi tai huonommaksi kuin vuosi sitten, lähes kolmasosa (28 %) tunsu terveydentilansa samanlaiseksi ja hieman yli viidesosa (22 %) jonkin verran paremmaksi tai paremmaksi kuin vuosi sitten.

Sepelvaltimotautipotilaat kokivat keskiarvon perusteella sosiaalisen toimintakykynsä ja psyykkisen hyvinvointinsa keskimäärin paremmiksi kuin fyysisen toimintakykynsä, fyysisen tai psyykkisen roolitoimintansa, tarmokkuutensa, kiputuntemuksensa tai koetun terveytensä. Heikoimmaksi he kokivat keskiarvon perusteella fyysisistä roolitoiminnoista suoriutumisen. Naisten ja miesten elämänlaatua osoittavissa keskiarvoissa oli eroja. Naisten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli huonompaa fyysisen toimintakyvyn ja fyysisen roolitoiminnan osa-alueilla verrattuna miehiin. Naisten ja miesten välinen ero oli suurin psyykkisen roolitoiminnan osa-alueella. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Terveyteen liittyvä elämälaatu sepelvaltimotautipotilailla ja summamuuttujien yhtenäisyys

Summa- muuttujat	<u>Kaikki</u>			<u>Naiset</u>			<u>Miehet</u>			Asteikko	α
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh		
FyTo	86	64,5 (26,4)		19	62,4 (22,3)		67	65,2 (27,6)		0-100	.928
RoFy	89	34,5 (39,2)		22	31,8 (37,9)		67	35,1 (39,9)		0-100	.843
RoPs	90	52,6 (42,1)		22	63,6 (41,0)		68	49,0 (42,1)		0-100	.805
Tarm	94	54,9 (23,9)		24	57,5 (25,0)		70	53,7 (23,6)		0-100	.872
PsHy	93	70,2 (21,4)		23	73,9 (20,9)		70	69,0 (21,6)		0-100	.892
SoTo	91	71,2 (26,6)		23	76,1 (26,1)		68	69,5 (26,7)		0-100	.912
Kivu	92	62,7 (26,6)		23	65,7 (24,5)		69	61,8 (27,4)		0-100	.909
KoTe	93	48,9 (17,4)		24	51,5 (18,3)		69	48,0 (17,0)		0-100	.733

FyTo = Fyysinen toimintakyky, RoFy = Roolitoiminta(fyysinen), RoPs = Roolitoiminta (psykkinen), Tarm = Tarmokkuus, PsHy = Psykkinen hyvinvointi, SoTo = Sosiaalinen toimintakyky, Kivu = Kivuttomuus, KoTe = Koettu terveys; Asteikko: 0= huono terveys ja elämänlaatu – 100= hyvä terveys ja elämänlaatu; α = Cronbachin alfa

Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys elämänlaatuun

Tässä tutkimuksessa sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujat olivat sukupuoli, ikä, siviilisääty, asumismuoto, työtilanne, pohjakoulutus, ammatillinen koulutus, tieto diagnoosista, liikunta, alkoholin käyttö ja painoindeksi. Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin terveyteen liittyvän elämänlaadun kahdeksaan osa-alueeseen. Vastaajien iällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=.003$). Yli 65-vuotiailla sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä oli alhaisempi fyysinen toimintakyky kuin 65-vuotiailla tai sitä nuoremmilla. Pohjakoulutuksella oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=.019$) ja erittäin merkitsevä yhteys kivuttomuuteen ($p=.001$). Kansa- tai kansalaiskoulun suorittaneilla oli huonompi fyysinen toimintakyky kuin keski- tai peruskoulun tai ylioppilastutkinnon suorittaneilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ylioppilastutkinnon ja korkeintaan kansalaiskoulun käyneiden välillä (Bonferroni, $p=.045$). Enintään kansa- tai kansalaiskoulun tai keski- tai peruskoulun suorittaneet olivat kivuliaampia kuin ylioppilastutkinnon suorittaneet. Ero oli tilastollisesti merkitsevä enintään kansalaiskoulun ja ylioppilastutkinnon suorittaneiden välillä (Mann-Whitney U, $p<.001$). Diagnoosin tiedonsaanti ajankohdalla oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=.028$). Niillä, joilla sepelvaltimotauti oli todettu alle puoli vuotta sitten, oli parempi fyysinen toimintakyky kuin niillä, joilla diagnoosin toteamisesta oli kulunut yli kuusi kuukautta tai kauemmin. (Liite 1.)

Liikunnan harrastamisella oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys fyysiseen roolitoimintaa ($p=.032$), tilastollisesti merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=.003$) ja tarmokkuuteen

($p=.003$) ja tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys sosiaaliseen toimintakykyyn ($p=.001$). Niillä sepelvaltimotautipotilailla, jotka eivät harrastaneet liikuntaa, oli fyysinen toimintakyky merkitsevästi alhaisempaa (Bonferroni, $p=.003$) kuin niillä, jotka liikkuvat 2-3 kertaa viikossa. Enintään kerran viikossa liikuntaa harrastavilla oli fyysinen roolitoiminta parempaa kuin niillä, jotka liikkuvat enemmän kuin 2-3 kertaa viikossa tai eivät liikkuneet lainkaan. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä vähintään 2-3 kertaa viikossa harrastavien ja liikuntaa harrastamattomien välillä (Mann-Whitney U, $p=.036$) sekä enintään kerran viikossa ja liikuntaa harrastamattomien välillä (Mann-Whitney U, $p=.048$). Vähintään 2-3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavat olivat tarmokkaampia kuin enintään kerran viikossa liikuntaa harrastavat tai liikuntaa harrastamattomat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä enintään 2-3 kertaa liikuntaa harrastavien ja liikuntaa harrastamattomien välillä (Bonferroni $p=.006$). Liikuntaa harrastamattomien sosiaalinen toimintakyky oli alhaisempi kuin enintään kerran viikossa liikuntaa harrastavien ja vähintään 2-3 kertaa viikossa harrastavien. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä liikuntaa harrastamattomien ja vähintään 2-3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavien välillä (Mann-Whitney U, $p<.001$). (Liite 1.)

Alkoholin käytöllä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=.023$). Vähintään 2-3 kertaa viikossa alkoholia käyttävillä fyysinen toimintakyky oli parempi kuin vähemmän alkoholia käyttävillä tai alkoholia käyttämättömillä. Huonoin toimintakyky oli enintään kerran kuukaudessa alkoholia käyttävillä. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä niiden sepelvaltimotautipotilaiden välillä, jotka käyttivät vähintään 2-3 kertaa viikossa alkoholia ja jotka käyttivät enintään kerran kuukaudessa alkoholia (Bonferroni, $p=.018$). Painoindeksillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys fyysiseen toimintakykyyn ($p=.034$), fyysiseen roolitoimintaan ($p=.033$) ja tarmokkuuteen ($p=.035$). Fyysinen toimintakyky painoindeksin mukaan oli merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisilla vastaajilla alhaisempaa kuin lievästi alipainoisilla tai normaali painoisilla ja lievästi ylipainoisilla. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä painoindeksin mukaan lievästi alipainoisten tai normaali painoisten ja merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisten välillä (Bonferroni, $p=.031$). Fyysistä roolitoiminnoista suoriutuminen oli huonointa painoindeksin mukaan merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisilla verrattuna lievästi ylipainoisiin tai normaalipainoisiin tai lievästi alipainoisiin. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä lievästi alipainoisten tai normaalipainoisten ja merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisten välillä (Mann-Whitney U, $p=.027$). Painoindeksin mukaan lievästi ylipainoiset sepelvaltimotautipotilaat olivat tarmokkaampia kuin lievästi alipainoiset tai normaalipainoiset ja merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoiset. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä lievästi ylipainoisten ja merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoisten potilaiden välillä (Bonferroni, $p=.030$). (Liite 1.)

Sukupuolella, siviilisäädellä, asumismuodolla ja ammatillisella koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksiin. Iällä, työtilanteella, tiedolla diagnoosin ajankohdasta ja alkoholin käytöllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen roolitoimintaan, psyykkiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn, kivittomuuteen ja koettuun terveyteen. Pohjakoulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen roolitoimintaan, psyykkiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn ja koettuun terveyteen. Liikunnalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä psyykkiseen roolitoimintaan, psyykkiseen hyvinvointiin, kivittomuuteen ja koettuun terveyteen. Painoindeksillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä psyykkiseen roolitoimintaan, psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn, kivittomuuteen ja koettuun terveyteen. (Liite 1.)

5.3 Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki ja taustamuuttujien yhteys sosiaaliseen tukeen

Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki

Sepelvaltimotautipotilaista hieman yli kolme neljäsosaa (78 %) sai sosiaalista tukea puolisoltaan ja kolme viidesosaa (60 %) sai tukea lapsiltaan. Sepelvaltimotautipotilaat saivat enemmän konkreettista ja informatiivista tukea puolisoilta kuin he saivat lapsiltaan. Lapsilta saatiin hieman enemmän emotionaalista tukea kuin puolisoilta. Puolisoilta saatiin eniten emotionaalista tukea. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Sosiaalisen tuen summamuuttujien tunnusluvut ja sisäinen yhtenäisyys

Tuen muodot Tukiryhmät	Summamuuttujan tunnusluvut				
	n	Ka	Kh	Asteikko	α
Konkreettinen tuki				4-10	
Puoliso	59	8,3	1,6		.907
Lapsi/lapset	43	7,3	1,8		.931
Informatiivinen tuki				4-10	
Puoliso	68	8,2	1,8		.971
Lapsi/lapset	46	7,7	1,8		.956
Emotionaalinen tuki				4-10	
Puoliso	72	8,6	1,8		.980
Lapsi/lapset	49	8,8	1,4		.966

α = Cronbachin alfa; Asteikko: 4= ei lankaan tukea – 10= erittäin paljon tukea

Sepelvaltimotautipotilaista hieman alle kaksi kolmasosaa (65 %) sai paljon konkreettista tukea puolisoiltaan. Kolmasosa (33 %) vastaajista sai melko paljon konkreettista tukea lapsiltaan. Hieman yli viidesosa (23 %) sai vähän tai ei lainkaan konkreettista tukea lapsiltaan. Hieman alle kaksi kolmasosaa (65 %) sai puolisoiltaan paljon informatiivista tukea ja noin viidesosa (19 %) sai melko paljon informatiivista tukea. Hieman yli puolet (52 %) vastaajista sai paljon informatiivista tukea lapsiltaan. Viidesosa (20 %) sai vähän tai ei lainkaan tukea lapsiltaan. Lähes kolme neljäsosaa sepelvaltimotautipotilaista sai puolisoiltaan (72 %) ja lapsiltaan (74 %) paljon emotionaalista tukea. (Taulukko 9.)

Taulukko 7. Saadun sosiaalisen tuen määrä tukijoiden mukaan

Sosiaalinen tuki Tukija	n	Saadun tuen määrä		
		Ei lainkaan/ Vähän (4-6) %	Melko paljon (7-8) %	Paljon (9-10) %
Konkreettinen tuki				
Puoliso	59	10	25	65
Lapsi/lapset	43	23	33	44
Informatiivinen tuki				
Puoliso	68	16	19	65
Lapsi/lapset	46	20	28	52
Emotionaalinen tuki				
Puoliso	72	10	18	72
Lapsi/lapset	49	6	20	74

Asteikko 4 = ei lainkaan – 10 = erittäin paljon tukea

Taulukko 8 kuvaa puolisoilta saatua konkreettista, informatiivista ja emotionaalista tukea. Sepelvaltimotautipotilaista lähes neljä viidesosaa (78 %) arvioi puolison huolehtivan hyvin hänen ruuan saannistaan. Lähes kaksi viidesosaa (37 %) ei saanut tai sai vähän kuljetusapua puolisoiltaan. Noin kolmannes sepelvaltimotautipotilaista (30 %) sai melko paljon ja hieman yli puolet (54 %) sai paljon apua asioiden hoidossa puolisoiltaan. Lähes neljä viidesosan (77 %) puolisoista vietti paljon aikaa sepelvaltimotautipotilaan kanssa. (Taulukko 8.)

Sepelvaltimotautipotilaista kolmannes (32 %) sai melko paljon ja hieman yli puolet (54 %) sai paljon neuvoja puolisoiltaan. Lähes kolme viidesosaa (58 %) sai paljon rohkaisua puolisoiltaan päätöksentekoon. Noin kolmasosa arvioi puolison arvostavan melko paljon hänen ratkaisujaan (34 %) ja antavan melko paljon tietoa ratkaisujen pohjaksi (31 %). Yksi viidesosa sai vähän tai ei lainkaan tietoa ratkaisujen pohjaksi puolisoilta. Noin kolme viidesosaa (59 %) pohti puolison kanssa paljon sairaudesta johtuvaa tilannetta. (Taulukko 8.)

Sepelvaltimotautipotilaista lähes kolme neljäsosaa (71 %) arvioi puolison pitävän paljon hänestä. Lähes viidesosan (19 %) puoliset eivät hyväksyneet tai vähän hyväksyivät sepelvaltimotautipotilaan sellaisena kuin hän on. Hieman yli puolet (51 %) sepelvaltimotautipotilaista sai myönteistä palautetta puolisoltaan, mutta yhden viidesosan (20 %) puoliset eivät antaneet tai antoivat vähän myönteistä palautetta. Kaksi kolmasosaa (65 %) arvioi puolison osoittavan luottamusta häntä kohtaan. Lähes kolme neljäsosaa (72 %) sepelvaltimotautipotilaista oli sitä mieltä, että puoliso oli kiinnostunut paljon hänestä. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Puolisolta saatu sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen väittämät	n	Puolisolta saadun tuen määrä		
		Ei lainkaan/ Vähän (4-6) %	Melko paljon (7-8) %	Paljon (9-10) %
Konkreettinen tuki				
Auttaa ongelmatilanteissa	74	16	22	62
Huolehtii, että saan ruokaa	73	10	12	78
Antaa kuljetusapua	60	37	20	43
Saan apua asioiden hoidossa	70	16	30	54
Viettää aikaa kanssani	73	12	11	77
Neuvoo, mistä saan apua	70	19	30	51
Informatiivinen tuki				
Antaa neuvoja	71	14	32	54
Keskustelee eri vaihtoehtoista	73	16	26	58
Rohkaisee päätöksentekoani	73	19	23	58
Arvostaa ratkaisujani	73	18	34	48
Antaa tietoa ratkaisujeni pohjaksi	70	20	31	49
Pohtii kanssani tilannetta	74	18	23	59
Emotionaalinen tuki				
Pitää minusta	72	11	18	71
Hyväksyy minut sellaisena kuin olen	74	19	15	66
Antaa myönteistä palautetta	74	20	29	51
Osoittaa luottamusta	74	15	20	65
On kiinnostunut minusta	74	12	16	72
Luo turvallisuuden tunnetta	74	11	19	70

Taulukko 9 kuvaa lapsilta saatua konkreettista, informatiivista ja emotionaalista tukea. Sepelvaltimotautipotilaista yli puolet (53 %) arvioi lasten auttavan paljon ongelmatilanteissa. Kolmannes vastaajista (33 %) arvioi, että lapset huolehtivat vähän tai eivät lainkaan heidän ruuan saannistaan. Noin yksi neljäsosa (26 %) sai lapsiltaan vähän tai ei lainkaan kuljetusapua, toisaalta hieman yli puolet (56 %) sai paljon kuljetusapua lapsiltaan. Lähes kolmannes (31 %) sai lapsiltaan apua asioiden hoidossa, mutta neljäsosa (25 %) sai vain vähän tai ei lainkaan apua asioiden hoidossa. Lähes kolmannes arvioi, että lapset viettävät vähän tai ei lainkaan aikaa heidän kanssaan, toisaalta hieman yli puolet (51 %) arvioi lasten viettävän melko paljon aikaa heidän kanssaan. (Taulukko 9.)

Yksi neljäsosa sepelvaltimotautipotilaista (26 %) arvioi lasten antavan vähän tai ei lainkaan neuvoja. Lähes kolmannes (30 %) arvioi, että lapset eivät keskustele tai keskustelevat vähän eri vaihtoehtoista. Hieman yli kolmannes (34 %) sai melko paljon ja hieman alle puolet (46 %) sai paljon rohkaisua päätöksentekoon lapsiltaan. Lähes puolet (49 %) arvioi lasten arvostavan hänen ratkaisujaan, toisaalta yksi viidesosa (20 %) arvioi lasten arvostavan vähän tai ei lainkaan hänen ratkaisujaan. Noin yksi neljäsosa (24 %) ei saanut tai sai vähän tietoa ratkaisujen pohjaksi lapsiltaan. Lähes kaksi viidesosaa (37 %) pohti tilannetta melko paljon lasten kanssa. (Taulukko 9.)

Lähes neljä viidesosaa (78 %) sepelvaltimotautipotilaista arvioi lasten pitävän hänestä paljon ja kolme neljäsosaa (75 %) arvioi lasten hyväksyvän hänet sellaisena kuin hän on. Noin kolmannes (29 %) saa melko paljon ja hieman yli puolet (54 %) saa paljon myönteistä palautetta lapsiltaan. Lähes kolme neljäsosaa (71 %) arvioi lasten osoittavan paljon luottamusta heitä kohtaan. Hieman yli kaksi kolmasosaa arvioi lasten olevan kiinnostuneista paljon hänestä (69 %) ja luovan turvallisuuden tunnetta (67 %). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Lapsilta saatu sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen väittämät	n	Lapsilta saadun tuen määrä		
		Ei lainkaan/ Vähän (4-6) %	Melko paljon (7-8) %	Paljon (9-10) %
Konkreettinen tuki				
Auttaa ongelmatilanteissa	56	18	29	53
Huolehtii, että saan ruokaa	45	33	24	42
Antaa kuljetusapua	55	26	18	56
Saan apua asioiden hoidossa	52	25	31	44
Viettää aikaa kanssani	51	29	51	20
Neuvoo, mistä saan apua	55	31	38	31
Informatiivinen tuki				
Antaa neuvoja	55	26	38	36
Keskustelee eri vaihtoehtoista	50	30	36	34
Rohkaisee päätöksentekoa	50	20	34	46
Arvostaa ratkaisujani	49	20	31	49
Antaa tietoa ratkaisujeni pohjaksi	53	24	36	40
Pohtii kanssani tilannetta	51	22	37	41
Emotionaalinen tuki				
Pitää minusta	55	6	16	78
Hyväksyy minut sellaisena kuin olen	56	11	14	75
Antaa myönteistä palautetta	51	16	29	54
Osoittaa luottamusta	52	12	17	71
On kiinnostunut minusta	54	11	20	69
Luo turvallisuuden tunnetta	55	11	22	67

Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys sosiaaliseen tukeen

Tässä tutkimuksessa sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttajat olivat sukupuoli, ikä, siviilisääty, asumismuoto, työtilanne, pohjakoulutus, ammatillinen koulutus, tieto diagnoosista, liikunta, alkoholin käyttö ja painoindeksi. Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin puolisolta ja lapsilta saatuun konkreettiseen, informatiiviseen ja emotionaaliseen tukeen. Painoindeksillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys puolisolta saatuun emotionaaliseen tukeen ($p=.016$). Painoindeksin mukaan lievästi ylipainoiset saivat puolisolta emotionaalista tukea enemmän kuin lievästi alipainoiset tai normaali painoiset tai merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoiset. Ero oli tilastollisesti merkitsevä lievästi ylipainoisten ja lievästi alipainoisten tai normaali painoisten sepelvaltimotautipotilaiden välillä (Mann-Whitney U, $p=.024$). Painoindeksillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä puolisolta saatuun konkreettiseen ja informatiiviseen tukeen. Sukupuolella, iällä, siviilisäädellä, asumismuodolla, työtilanteella, pohjakoulutuksella, ammatillisella koulutuksella, ajallisella tiedolla sairastumisesta, liikunnalla ja alkoholin käytöllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä puolisolta saatuun sosiaaliseen tukeen. (Liite 2.)

Sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys lapsilta saatuun konkreettiseen tukeen ($p=.009$). Naiset saivat vähemmän konkreettista tukea lapsiltaan kuin miehet. Alkoholin käytöllä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys lapsilta saatuun informatiiviseen tukeen ($p=.032$). Ne sepelvaltimotautipotilaat, jotka eivät käyttäneet alkoholia, saivat eniten informatiivista tukea lapsiltaan. Toisaalta ne henkilöt, jotka käyttivät alkoholia vähintään kaksi tai kolme kertaa viikossa, saivat informatiivista tukea enemmän kuin kaksi tai neljä kertaa kuukaudessa tai enintään kerran kuukaudessa alkoholia käyttävät. Enintään kerran kuukaudessa alkoholia käyttävät saivat tukea enemmän kuin kaksi tai kolme kertaa kuukaudessa alkoholia käyttävät. Ryhmien välisiä eroja testattiin Mann-Whitney U -testillä, ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä lapsilta saatuun informatiiviseen ja emotionaaliseen tukeen. Alkoholin käytöllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä lapsilta saatuun konkreettiseen ja informatiiviseen tukeen. Iällä, siviilisäädellä, asumismuodolla, työtilanteella, pohjakoulutuksella, ammatillisella koulutuksella, ajallisella tiedolla sairastumisesta, liikunnalla ja painoindeksillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä lapsilta saatuun sosiaaliseen tukeen. (Liite 2.)

5.4 Sepelvaltimotautipotilaan perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Perheeltä saatu sosiaalinen tuki käsitti puolisolta ja lapsilta saadun konkreettisen, informatiivisen ja emotionaalisen tuen. Niiden yhteyttä tarkasteltiin terveyteen liittyvän elämänlaadun kahdeksaan eri ulottuvuuteen; fyysinen toimintakyky, fyysiset roolitoiminnot, psyykkiset roolitoiminnot, sosiaalinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, tarmokkuus, kivuttomuus, koettu terveys.

Puolisolta saadulla informatiivisella tuella ja psyykkisellä roolitoiminnalla (RoFy) oli heikko positiivinen lineaarinen riippuvuus ($r=.256$, $p=.038$). Puolisolta saadulla informatiivisella ($r=.316$, $p=.009$) ja emotionaalisella ($r=.357$, $p=.002$) tuella ja psyykkisellä hyvinvoinnilla (PsHy) oli kohtalainen positiivinen lineaarinen riippuvuus. Samoin puolisolta saadulla emotionaalisella tuella ja tarmokkuudella (Tarm) oli heikko positiivinen korrelaatio ($r=.238$, $p=.044$). Puolisolta saadulla konkreettisella tuella ei ollut lineaarista riippuvuutta eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksien kanssa. Puolisolta saadulla informatiivisella tuella ei ollut lineaarista riippuvuutta eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen, sosiaaliseen toimintakykyyn, kivuttomuuteen ja koettuun terveyteen. Puolisolta saadulla emotionaalisella tuella ei ollut lineaarista riippuvuutta eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen roolitoimintaan,

psykkiseen roolitoimintaan, sosiaaliseen toimintakykyyn, kivuttomuuteen eikä koettuun terveyteen. (Liite 3.)

Lapsilta saadulla konkreettisella tuella ($r=.371$, $p=.014$) ja koetulla terveydellä (KoTe) oli kohtalainen positiivinen lineaarinen riippuvuus. Lapsilta saadulla informatiivisella tuella ja tarmokkuudella (Tarm) oli heikko positiivinen korrelaatio ($r=.294$, $p=.048$). Lapsilta saadulla informatiivisella tuella ja psyykkisellä hyvinvoinnilla (PsHy) oli kohtalainen positiivinen lineaarinen riippuvuus ($r=.398$, $p=.006$). Lapsilta saadulla informatiivisella tuella ja koetulla terveydellä oli kohtalainen positiivinen lineaarinen riippuvuus ($r=.338$, $p=.021$). Lapsilta saadulla emotionaalisella tuella ja psyykkisellä hyvinvoinnilla (psHy) ($r=.290$, $p=.046$) ja sosiaalisella toimintakyvyllä (SoTo) ($r=.281$, $p=.050$) oli heikko positiivinen korrelaatio. Lapsilta saadulla konkreettisella tuella ei ollut lineaarista riippuvuutta eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen roolitoimintaan, psykkiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen, psykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen toimintakykyyn ja kivuttomuuteen. Lapsilta saadulla informatiivisella tuella ei ollut lineaarista riippuvuutta eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen roolitoimintaan, psykkiseen roolitoimintaan, sosiaaliseen toimintakykyyn ja kivuttomuuteen. Lapsilta saadulla emotionaalisella tuella ei ollut lineaarista riippuvuutta eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen roolitoimintaan, psykkiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen, kivuttomuuteen ja koettuun terveyteen. (Liite 3.)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan mittareiden ja otannan ja otoksen näkökulmasta (Burns & Grove 2005, Burns & Grove 2007).

Mittareiden luotettavuus

Tutkimuksen aineisto hankittiin 15 sivua sisältävällä kyselylomakkeella. Kyselylomake testattiin pilotti-tutkimuksella. Kyselylomakkeen pituus ja ulkoasu voivat vaikuttaa vastaushalukkuuteen (Bowling 2009, 293, 301). Siksi kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään visuaalisesti miellyttävän ja houkuttelevan näköinen. Vain kaksi palautunutta lomaketta hylättiin. Tähän tutkimukseen osallistujat jaksoivat vastata hyvin, sillä vastausprosentti oli 82. Tutkimukseen osallistuneille ei lähetetty uusintakyselyä.

Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua valittiin mittaamaan suomalainen versio ”Rand-36 item Health Survey” -mittarista (RAND-36) (Aalto ym. 1999). RAND-36 -mittari on käytössä maailmanlaajuisesti (Hays & Morales 2001). Mittari mittaa teoreettisella tasolla fyysistä ja psyykkistä terveyteen liittyvää elämänlaatua (Aalto ym. 1999, Kattainen & Meriläinen 2004). Rakenteeltaan mittari koostuu kahdeksasta ulottuvuudesta (Aalto ym. 1999). Aalto, Aro ja Teperi (1999) ovat testanneet suomalaista RAND-36 – mittaria ja saadut tulokset tukevat mittarin validiutta ja käyttökelpoisuutta suomalaisen väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. RAND-36 –mittarin on todettu mittavaan luotettavasti sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Ware 2000, Melville ym. 2003, Chan ym. 2005, Wong & Chair 2007, Najafi ym. 2009). Lisäksi sen on todettu olevan herkempi verrattuna muihin elämänlaadun mittareihin (Brown ym. 2000). Sisäistä johdonmukaisuutta ilmaisevat Cronbachin alfa-arvot ovat olleet yli 0,70 (Chan ym. 2005, Najafi ym. 2009). Aalto, Aro ja Teperi (1999) ovat testanneet suomalaista RAND-36 – mittaria ja saadut tulokset tukevat mittarin reliaabeliutta, sillä Cronbachin alfa-arvot olivat välillä 0,80 – 0,94. Tässä tutkimuksessa RAND-36 -mittarin Cronbachin alfa-arvo vaihteli välillä 0,73 – 0,93 (Taulukko 5), mikä kuvastaa hyvää sisäistä johdonmukaisuutta (Burns & Grove 2007, 365). Tässä tutkimuksessa ei korvattu RAND-36 -mittarin yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja, mikä saattaa huonontaa RAND-36 -mittarin tulosten luotettavuutta. Tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia yksittäisten muuttujien korvaamisen jälkeen.

Sosiaalisen tuen mittariksi valittiin Koivulan, Kaunosen ja Tarkan (2005) kehittämä sosiaalisen tuen mittari. Rakenneliditeetti perustuu Antonuccin ja Kahnin (1980) teoriaan sosiaalisesta tuesta (Koivula ym. 2010). Mittari mittaa konkreettista, informatiivista ja emotionaalista tukea sekä sosiaalista tukiverkostoa. Sosiaalisen tuen mittaria on käytetty aiemmin lukioikäisillä nuorilla (Koivula ym. 2005) ja ohitusleikkauspotilailla (Koivula ym. 2010). Ensin mainitussa tutkimuksessa Cronbachin alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,74 – 0,93. Jälkimmäisessä tutkimuksessa Cronbachin alfa-arvot 0,81 – 0,95 kuvaavat vain puolisoilta saadun sosiaalisen tuen sisäistä johdonmukaisuutta. Tätä tutkimusta varten mittaria muutettiin siten, että se mittaa perheeltä saatua sosiaalista tukea. Perhe määriteltiin puolisoiksi ja lapsiksi. Tämän tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavat Cronbachin alfa-arvot saadulle konkreettiselle, informatiiviselle ja emotionaalisella tuella olivat puolisoilta välillä 0,91 – 0,98 ja lapsilta välillä 0,93 – 0,97 (Taulukko 6). Arvot kuvaavat hyvää sisäistä johdonmukaisuutta (Burns & Grove 2007, 365). Tässä tutkimuksessa ei korvattu Sosiaalisen tuen -mittarin yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja, mikä saattaa heikentää Sosiaalisen tuen -mittarin tulosten luotettavuutta. Tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia yksittäisten muuttujien korvaamisen jälkeen.

Otanta ja otoksen edustavuus

Tutkimukseen osallistuneet potilaat rekrytoitiin yhdestä sairaalasta. Tutkimukseen otettiin kaikki ne sepelvaltimotautipotilaat, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja jotka osallistuivat hoitotieteen laitoksen hankkeeseen kesäkuun 2009 ja maaliskuun 2010 välisenä aikana. Kardiologisilta vuodeosastoilta ja kardiologisesta yksiköstä suostumuksen antoi 58 potilasta ja kuntoutus- ja informaatioryhmistä 60 potilasta. Kyselyyn vastanneista 25 % oli naisia. Aikaisemmissa tutkimuksissa naisten osuus on useimmiten ollut noin kolmannes osallistujista (Stramba-Badiale 2009). Tässä tutkimuksessa potilaat olivat keskimäärin 65-vuotiaita. Rantasen (2009) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaat olivat myös keskimäärin 65-vuotiaita. Sitä aikaisemmissa kotimaisissa tutkimuksissa keski-ikä on ollut hieman alempi, 62–63 vuotta (Koivula 2002, Kattainen 2004). Otoksen edustavuuteen voi vaikuttaa se, että aineiston keruuajana ei tavoitettu kaikkia potilaita. Vuodeosastoilla ja kardiologisesta yksiköstä ei pyydetty kaikkia sepelvaltimotautipotilaita osaston kiireiden ja kuntoutuskoordinaattorin työkiireiden ja lomien takia. Kuntoutus- ja informaatioryhmiin eivät osallistuneet kaikki kutsutut sepelvaltimotautipotilaat. Otoksen edustavuuteen voi vaikuttaa myös se, että osa sepelvaltimotautipotilaista kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen ja osa ei palauttanut kyselylomaketta. Palautumatta jääneiden kyselylomakkeiden määrä eli kato oli 18 % (Heikkilä 2005, 30). Kaksi palautunutta lomaketta hylättiin, koska toinen oli palautettu tyhjänä ja toinen sisälsi puutteellisia tietoja. Tämän

kyselytutkimuksen kato oli pieni, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Iän ja sukupuolen mukaista katoanalyysia ei ole tähän tutkimukseen käytettävissä.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja taustamuuttujien yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sepelvaltimotautia sairastavia henkilöitä, joista kymmenesosa oli juuri sairastanut infarktin, viidesosa sai lääkehoitoa angina pectoris kipuihin, yli puolelle oli tehty varjoaine kuvaus ja tai pallolaajennus, lähes viidesosa odotti ohitusleikkausta ja vain pienelle osalle oli tehty ohitusleikkaus. Heistä enemmistö koki terveytensä muuttuneen viimeisen vuoden aikana. Suurin osa sepelvaltimotautia sairastavista henkilöistä koki terveytensä heikentyneen ja viidesosa koki terveytensä kohentuneen. Sen sijaan lähes kolmasosa koki terveytensä pysyneen samanlaisena. Suurimmalle osalle vastaajista tieto omasta sairastumisesta sepelvaltimotautiin oli melko uusi asia.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista sepelvaltimotautipotilaista eli avio- tai avoliitossa ja asui perheensä kanssa. Terveysteen liittyvää elämänlaatua on todettu kohentavan perheeseen kuuluminen (Smith ym. 2000), partnerin kanssa asuminen (Luttik ym. 2006) ja avioliitossa eläminen (Chan ym. 2005). Tulosten mukaan alle viidesosa asui yksin ja hieman alle viidesosa oli jäänyt leskeksi, eronnut tai oli naimaton. Elämänlaatua on todettu alentavan aviopuolison menettäminen (Tung ym. 2008) ja yksin asuminen (Luttik ym. 2006). Tässä tutkimuksessa siviilisäädyltä tai asumismuodolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Tämän tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautipotilaat kokivat terveyteen liittyvän elämänlaadun olevan parasta sosiaalisen toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueilla ja huonointa psyykkisen roolitoiminnan osa-alueella. Samansuuntaisia tuloksia ovat raportoineet Kristofferzon, Löfmark ja Carlsson (2005a) sydäninfarktipotilaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa sepelvaltimotautia sairastavat naiset kokivat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa olevan huonompaa fyysisen toimintakyvyn ja fyysistä roolitoiminnoista suoriutumisen osa-alueilla verrattuna miehiin. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, sillä niissä on todettu miesten terveyteen liittyvän elämänlaadun olevan parempaa juuri fyysisillä osa-alueilla (Brink ym. 2005, Buser ym. 2008, Tung ym. 2008, Sawatzky & Naimark 2009).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu ikääntymisen alentavan naisten (Broddadottir ym. 2009) ja miesten fyysistä toimintakykyä ja fyysistä roolitoimintaa (Bosworth ym. 2000.). Tämän tutkimuksen tulokset tukevat edellä mainittuja tuloksia, sillä alle 66-vuotiaiden fyysinen

toimintakyky oli merkitsevästi parempi kuin yli 65-vuotiailla. Tässä tutkimuksessa pohjakoulutuksella oli merkitsevä yhteys niin fyysiseen toimintakykyyn kuin kivuttomuuteen. Enintään kansa- tai kansalaiskoulun suorittaneilla oli tulosten perusteella fyysinen toimintakyky huonompaa ja he olivat kivuliaampia kuin keski- tai peruskoulun tai ylioppilastutkinnon suorittaneet. Erot olivat merkitseviä alimman ja korkeimman pohjakoulutuksen välillä. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että alle 12 vuoden koulutuksella on yhteys alhaiseen fyysiseen toimintakykyyn ja kivuttomuuteen (Bosworth ym. 2000.). Toisaalta tulosten mukaan ylioppilastutkinnon suorittaneet kokivat elämänlaatusa olevan parempaa kipujen suhteen kuin sitä alemman koulutuksen saaneet. Mikä mahdollisesti osittain selittyy sillä, että korkeammin koulutetuilla (> 9 vuotta) on enemmän tietoa sairaudestaan ja he kokevat elämänlaatusa olevan parempaa kuin vähemmän kouluja käyneet (Merkouris ym. 2009). Yllättävää oli se, että ammatillisella koulutuksella ei ollut yhteyttä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Koivulan (2002) tutkimuksessa todettiin ammatillisen koulutuksen puutteen olevan yhteydessä voimakkaaseen pelokkuuteen ja ahdistuneisuuteen ennen ohitusleikkausta.

Tungin, Hunterin ja Weinin (2008) tutkimuksen mukaan ohitusleikkauksen jälkeen työelämässä mukana olevilla oli terveyteen liittyvä elämänlaatu fyysiseltä ulottuvuudelta parempaa kuin työelämästä poissa olevilta. Tämän tutkimuksen tulos oli samansuuntainen, sillä työssäkäyvien sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempaa fyysisen toimintakyvyn osa-alueella. Toisaalta molemmissa tutkimuksissa työssäkäyvien osuus oli pieni (alle 16 %) ja tämän tutkimuksen otos sisälsi pienen osan ohitusleikkauspotilaita (12 %).

Ajankohta, jolloin sepelvaltimotautipotilaat olivat saaneet tietää sairaudestaan, oli yhteydessä myös fyysiseen toimintakykyyn. Sepelvaltimotautipotilaat, jotka olivat saaneet tiedon sairastumisestaan sepelvaltimotautiin noin puolen vuoden sisällä, olivat fyysiseltä toimintakyvyltään merkitsevästi paremmassa kunnossa kuin ne, joilla sairaus oli todettu aiemmin. Tämän tutkimuksen tulos oli samansuuntainen kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Allisonin ja Campbellin (2009) tutkimuksen mukaan nuoret miehet, jotka ovat sairastaneet vuoden sisällä sydäninfarktin, ovat pettyneitä omaan fyysiseen terveyteensä, sillä he eivät voineet harrastaa liikuntaa samoin kuin ennen sydäninfarktia. Bennettin ja Connellin (1999) tutkimuksessa todettiin, että 7,5 kuukautta sydäninfarktin jälkeen sydäninfarkti rajoittaa merkittävästi keski-ikältään 65-vuotiaiden potilaiden fyysistä toimintakykyä.

Perheeltä saatu sosiaalinen tuki ja taustamuuttujien yhteys perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella sepelvaltimotautipotilaat saavat melko paljon sosiaalista tukea perheeltään; puolisolta ja lapsilta. Tässä tutkimuksessa lähes neljällä viidestä vastaajasta oli puoliso ja runsaalla puolella oli lapsia. Aikaisemmissa tutkimuksissa perhe on nimetty tärkeäksi sosiaalisen tuen lähteeksi (Urizar & Sears 2006, Peterson ym. 2010) ja sepelvaltimotautipotilaat nimeävät lähimmiksi tukijoikseen perheenjäseniään (Koivula 2002, Koivula ym. 2002, Rantanen ym. 2004). Erityisesti puolisolta saatu sosiaalinen tuki koetaan tärkeäksi (Koivula 2002, Luttik ym. 2005, Baigi ym. 2008). Sen lisäksi lapsilta saadaan tukea akuutissa vaiheessa (Hallaråker ym. 2001). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sepelvaltimotautipotilaat saivat enemmän konkreettista ja informatiivista tukea puolisoltaan kuin lapsiltaan. Parhaiten sepelvaltimotautipotilaiden puoliset huolehtivat ruuan saannista ja antoivat aikaa omalle puolisolleen. Huonoiten sepelvaltimotautipotilaat saivat puolisoltaan kuljetusapua. Informatiivista tukea sepelvaltimotautipotilaat saivat puolisoltaan siten, että puoliset keskustelivat eri vaihtoehtoista, rohkaisivat päätöksentekoa ja pohtivat syntynyttä tilannetta yhdessä sepelvaltimotautipotilaan kanssa. Tulosten mukaan lapset antoivat enemmän emotionaalista tukea kuin sepelvaltimotautipotilaiden puoliset. Lapset osoittivat, että he pitävät ja hyväksyvät sepelvaltimotautipotilaan sellaisena kuin hän on, osoittivat luottamusta ja kiinnostuneisuutta sepelvaltimotautipotilasta kohti sekä loivat turvallisuuden tunteen läsnäolollaan. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että lapsilta saadaan emotionaalista tukea, joka vastaanotetaan turvallisuuden tunteen muodossa (Stewart ym. 2000).

Huomionarvoista on myös se, että sepelvaltimotautipotilaat saivat puolisoiltaan emotionaalista tukea määrällisesti enemmän kuin konkreettista tai informatiivista tukea. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että sosiaaliselta tukiverkostolta saadaan emotionaalista tukea (Rantanen ym. 2004). Toisaalta sepelvaltimotautipotilaat voivat kokea itsensä stressaantuneeksi puolison ylisuojelevuuden vuoksi tai he eivät ymmärrä puolisoidensa käytöstä (Stewart ym. 2000). Toisaalta potilaat saattavat suhtautua omaan perheeseensä torjuvasti kieltäen perheenjäseniään osallistumasta hoitoon (Koivula 2004). Parisuhteella saattaa olla oma merkityksensä puolisoiden väliseen emotionaaliseen tuen antoon ja sen vastaanottamiseen.

Barryn, Kaslin, Lichtmanin, Vaccarinon ja Krumholzin (2006) tekemän tutkimuksen mukaan miehet saavat enemmän konkreettista (Boutin-Foster & Charlson 2007, Baigi ym. 2008) ja emotionaalista tukea kuin naiset, samoin avioliitossa elävät. Tähän tutkimukseen osallistujista kolme neljäsosaa oli miehiä ja tulosten mukaan he saavat konkreettista tukea lapsiltaan merkitsevästi enemmän kuin naiset. Konkreettinen tuki ilmeni parhaiten kuljetusapuna.

Tutkimusten mukaan naiset saavat vähemmän sosiaalista tukea (Kristofferzon ym. 2003, Urizar & Sears 2006). Tämän tutkimuksen mukaan naiset saivat lapsiltaan informatiivista ja emotionaalista tukea enemmän kuin miehet, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ne sepelvaltimotautipotilaat, jota käyttivät alkoholia vähintään kaksi tai kolme kertaa viikossa saivat lapsiltaan informatiivista tukea merkitsevästi enemmän kuin ne, jotka käyttivät kaksi tai neljä kertaa kuukaudessa. Perheeltä saadulla tuella voidaan tukea sepelvaltimotautipotilaiden terveyskäyttäytymistä (Heitman 2006, Luszczynska & Cieslak 2009, Peterson ym. 2010). Yllättävää oli, että puolisolta saatu sosiaalinen tuki ei ollut tilastollisesti merkitsevää muussa yhteydessä kuin painoindeksin mukaisessa paino luokituksessa. Tulosten mukaan merkittävästi, vaikeasti tai sairaalloisesti ylipainoiset sepelvaltimotautipotilaat saivat emotionaalista tukea puolisoltaan merkitsevästi enemmän kuin lievästi alipainoiset tai normaalipainoiset sepelvaltimotautipotilaat. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu sosiaalisen tuen auttavan selviytymään sepelvaltimotaudin aiheuttamasta epävarmuudesta (Peterson ym. 2010). Mahdollisesti tähän tutkimukseen osallistuneet merkittävästi ylipainoiset sepelvaltimotautipotilaat olivat epävarmoja omasta tilanteestaan.

Perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Perheen rakenteen ja hyvän toimintakyvyn on todettu kohentavan perheen terveyttä (Åstedt-Kurki ym. 2004). Tämän tutkimuksen mukaan puolisolta ja lapsilta saatu sosiaalinen tuki lisää terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tulosten mukaan mitä enemmän puolisolta saatiin informatiivista ja emotionaalista tukea sitä parempi oli sepelvaltimotautipotilaiden psyykinen hyvinvointi. Samanlainen vaikutus oli lapsilta saadulla informatiivisella tuella. Tulos oli samansuuntainen kuin aiemmin tehdyssä tutkimuksessa, jossa sosiaalisen tuen on todettu kohentavan pallolaajennuspotilaiden psyykkistä hyvinvointia (Bosworth ym. 2000). Tulosten mukaan myös lapsilta saadulla tuella oli terveyteen liittyvää elämänlaatua kohentava vaikutus. Tulosten mukaan mitä enemmän lapsilta saatiin konkreettista ja informatiivista tukea sitä parempi oli sepelvaltimotautipotilaiden koettu terveys.

Huomionarvoista oli myös puolisolta saadun sosiaalisen tuen yhteys sepelvaltimotautipotilaiden psyykkiseen roolitoimintaan ja tarmokkuuteen sekä lapsilta saadun sosiaalisen tuen vaikutus tarmokkuuteen, psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn, vaikka niiden välillä oli heikko korrelaatio. Näiden tulosten mukaan mitä enemmän puolisolta saadaan informatiivista tukea, sitä enemmän se auttaa sepelvaltimotautipotilaita selviytymään psyykkistä roolitoiminnoista ja mitä enemmän puolisolta saadaan emotionaalista tukea, sitä tarmokkaammaksi sepelvaltimotautipotilaat

tuntevat itsensä. Lisäksi tulosten mukaan, mitä enemmän lapsilta saadaan informatiivista tukea, sitä tarmokkaammaksi sepelvaltimotautipotilaat tuntevat itsensä ja mitä enemmän lapsilta saadaan emotionaalista tukea, sitä parempi on sepelvaltimotautipotilaiden psyykinen hyvinvointi ja sosiaalinen toimintakyky.

Yllättävää näissä tuloksissa oli se, että lapsilta saadulla sosiaalisella tuella oli näin suuri yhteys terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu puolisoiden antaman tuen tärkeyttä (Koivula 2002, Luttik ym. 2005, Baigi ym. 2008). Tämä tutkimus kuvaa ehkä akuutin vaiheen tilannetta, jolloin taas lapsilta saadaan tukea enemmän (Hallaråker ym. 2001).

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa selvitettiin sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua tukea. Perhe määriteltiin tässä tutkimuksessa puolisoiksi ja lapsiksi. Sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea voisi tutkia hieman laajemmin määritetyllä perheellä tai niin, että vastaajalla olisi mahdollisuus määritellä perheensä. Mielenkiintoista olisi tutkia eroja terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ja saadussa sosiaalisessa tuessa perheellisten ja perheettömien sepelvaltimotautipotilaiden välillä.

Ulkomaisissa tutkimuksissa on tutkittu paljon sepelvaltimotautia sairastavien miesten ja naisten välisiä eroja eri näkökulmista. Sellaisia tutkimuksia ei juuri ole, missä olisi tutkittu eroja sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ja perheeltä saadussa sosiaalisessa tuessa. Kiinnostavaa olisi tutkia myös naisten näkökulmasta terveyteen liittyvää elämänlaatua ja perheeltä saatua sosiaalista tukea, sillä sepelvaltimotautia sairastavien naisten osuus lisääntyy tulevaisuudessa.

Sepelvaltimotautipotilaille voitaisiin kehittää sosiaaliseen tukeen liittyvä interventio ja tutkia sen vaikutusta sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen. Mielenkiintoista olisi tutkia myös sepelvaltimotautipotilaille suunnattujen kuntoutus-, informaatio- ja ohjausryhmien vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja sosiaaliseen tukeen potilaan ja perheenjäsenen näkökulmista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset.

- Sepelvaltimotautipotilaat kokevat terveyteen liittyvän elämälaatuksa olevan parhaita sosiaalisen toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueilla ja heikointa fyysisen roolitoiminnan osa-alueella. Sepelvaltimotautipotilaiden fyysinen toimintakyky on nuoremmilla ikäryhmillä parempi kuin vanhemmilla ikäryhmillä. Alemman pohjakoulutuksen saaneilla on enemmän kiputuntemuksia. Liikunnalla on yhteys fyysiseen toimintakykyyn, fyysiseen roolitoimintaan, tarmokkuuteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Merkittävä ylipaino haittaa fyysistä toimintakykyä ja fyysistä roolitoiminnoista suoriutumista sekä heikentää tarmokkuutta.
- Sepelvaltimotautipotilaat saavat sosiaalista tukea melko paljon puolisoiltaan ja lapsiltaan. Sepelvaltimotautia sairastavat isät saavat enemmän konkreettista tukea lapsiltaan kuin sepelvaltimotautia sairastavat äidit. Merkittävästi ylipainoiset sepelvaltimotautipotilaat saavat puolisoiltaan runsaasti emotionaalista tukea. Viikoittain alkoholia käyttävät sepelvaltimotautipotilaat saavat paljon informatiivista tukea lapsiltaan.
- Perheeltä saatu sosiaalinen tuki kohentaa sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua, erityisesti psyykkistä hyvinvointia ja koettua terveyttä. Perheeltä saatu sosiaalinen tuki edistää myös sepelvaltimotautipotilaiden psyykkistä roolitoimintaa, tarmokkuutta ja sosiaalista toimintakykyä.

LÄHTEET

- Aalto A-M, Aro A. R & Teperi J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 101.
- Allison M & Campbell C. 2009. "Maybe it could be a heart attack...but I'm only 31": Young men's lived experiences of myocardial infarction – an exploratory study. *American Journal of Men's Health* 3(2), 116-125.
- Anderson K. L & Burckhardt C. S. 1999. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 298-306.
- André-Petersson L, Hedblad B, Janzon L & Östergren P-O. 2006. Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: who is at risk? Results from prospective cohort study "Men born in 1914," Malmö, Sweden. *International Journal of Behavioral Medicine* 13(4), 340-347.
- Arthur H. M. 2006. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing* 21(55), S2-S7.
- Baigi A, Hildingh C, Viridhall H, & Fridlund B. 2008. Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspected or manifest myocardial infarction: a short-term follow-up study. *Clinical Rehabilitation* 22, 646-652.
- Barry L. C, Kasl S. V, Lichtman J, Vaccarino V & Krumholz H. M. 2006. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of Psychosomatic Research* 60, 185-193.
- Bennett P & Connell H. 1999. Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine* 4(1), 45-55.
- Blom M, Georgiades A, László K, Alinaghizadeh H, Janzky I & Ahnve S. 2007. Work and marital status in relation to depressive symptoms and social support among women with coronary artery disease. *Journal of Women's Health* 16(9), 1305-1416.
- Boini S, Briançon S, Guillemin F, Galan P & Hercberg S. 2006. Occurrence of coronary artery disease has an adverse impact on health-related quality of life: A longitudinal controlled study. *International Journal of Cardiology* 113, 215-222.
- Bosworth H. B, Siegler I. C, Olsen M. K, Brummett B. H, Barefoot J. C, Williams R. B, Clapp-Channing N. E & Mark D. B. 2000. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research* 9, 829-839.
- Boutin-Foster C. 2005a. Getting to the heart of social support. A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung* 34, 22-29.
- Boutin-Foster C. 2005b. In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health and Quality of Life Outcomes* 3, 52.

- Boutin-Foster C & Charlson M. E. 2007. Do recent life events and social support explain gender differences in depressive symptoms in patients who had percutaneous transluminal coronary angioplasty? *Journal of Women's Health* 16(1), 114-123.
- Bowling A. 2003. Current state of the art in quality of life measurement. Teoksessa *Quality of life*. Carr A. J, Higginson I. J & Robinson B. G (toim.). BMJ Books, London, UK, 1-8.
- Bowling A. 2005. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. 3rd Edition. Bell & Bain, Glasgow, UK, 1-9, 43-77, 101-124.
- Bowling A. 2009. *Research methods in health. Investigating health and health services*. 3rd Edition. Bell & Bain, Glasgow, UK.
- Bredaw T. S, Peterson S. J & Sandau K. E. 2009. Health-related quality of life. Teoksessa *Middle range theories. Application to nursing research*. Peterson S.J & Bredaw T.S (toim.). 2nd Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 273-289.
- Brink E, Grankvist G, Karlson B. W & Hallberg L. R.-M. 2005. Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Quality of Life Research* 14, 749-757.
- Broddadottir H, Jensen L, Norris C & Graham M. 2009. Health-related quality of life in women with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8, 18-25.
- Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Skene A. M & Hampton J. R. 2000. Comparison of the SF-36 health survey questionnaire with the Nottingham Health Profile in long-term survivors of a myocardial infarction. *Journal of Public Health Medicine* 22(2), 167-175.
- Burns N & Grove S. K. 2003. *Understanding nursing research*. 3rd Edition. Saunders, USA.
- Burns N & Grove S. K. 2007. *Understanding nursing research. Building an evidence-based practice*. 4th Edition. Saunders, USA.
- Buser M. A, Buser P. T, Kuster G. M, Grize L & Pfisterer M. 2008. Improvements in physical and mental domains of quality of life by anti-ischaemic drug and revascularisation treatment in elderly men and women with chronic angina. *Heart* 94, 1413-1418.
- Casey B. A. 1996. The family as a system. Teoksessa *Nurses and family health promotion. Concepts, assessment, and interventions*. Bomar P.J (toim.). 2nd Edition. W.B.Saunders, Philadelphia, Pennsylvania, USA, 49-59.
- Chan D. C. K, Chau J. P. C & Chang A. M. 2005. Quality of life of Hong Kong Chinese diagnosed with acute coronary syndromes. *Journal of Clinical Nursing* 14, 1262-1263.
- Cohen B. E, Marmar C. R, Neylan T. C, Schiller N. B, Ali S & Whooley M. A. 2009. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Archives of General Psychiatry* 66(11), 1214-1220.
- Cohen S. 2004 Social relationships and health. *American Psychologist* 59(8), 676-684.
- Cummins R. A. 2005. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research* 49(10), 699-706.

- Davidson P. M, Daly J, Hancock K, Moser D, Chang E & Cockburn J. 2003. Perceptions and experiences of heart disease: a literature review and identification of a research agenda in older women. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2(4), 255-264.
- Denvir M. A, Lee A. J, Rysdale J, Walker A, Eteiba H, Starkey I. R & Pell J. P. 2006. Influence of socioeconomic status on clinical outcomes and quality of life after percutaneous coronary intervention. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60, 1085-1088.
- Duffy M. E & Jacobsen B. S. 2005. Univariate descriptive statistics. Teoksessa *Statistical methods for health care research*. Munro B. H. 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 33-72.
- Dunbar S. B, Clark P. C, Quinn C, Gary R. A & Kaslow N. J. 2008. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing* 23(39), 258-265.
- Eastwood J-A, Doering L, Roper J & Hays R. D. 2008. Uncertainty and health-related quality of life 1 year after coronary angiography. *American Journal of Critical Care* 17, 232-242.
- Elliot D, Lazarus R & Leeder S. R. 2006. Health outcomes of patients undergoing cardiac surgery: Repeated measures using Short Form-36 and 15 Dimensions of Quality of Life questionnaire. *Heart & Lung* 35, 245-251.
- Emery C. F, Frid D. J, Engebretson T. O, Alonzo A, Fish A, Ferketich A. K, Reynolds N. R, Dujardin J-P. L, Homan J. E & Stern S. L. 2004. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine* 66, 190-197.
- Facta. 1988. FACTA 2001, 4. WSOY, Porvoo.
- Factum. 2003. Factum, uusi tietosanakirja 2. WSOY, Porvoo.
- Factum. 2005. Factum, Uusi tietosanakirja 7. WSOY, Porvoo.
- French D. P, Lewin R. J. P, Watson N & Thompson D. R. 2005. Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction? *Journal of Psychosomatic Research* 59, 315-322.
- Friedman M. M, Bowden V. R & Jones E. G. 2003. *Family nursing research, theory and practice*. 5th Edition. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, USA.
- Friedmann E, Thomas S. A, Liu F, Morton P. G, Chapa D & Gottlieb S. S. 2006. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal* 152 (5), 940.e1-940.e8.
- Gallagher R, Marshall A.P, Fisher M.J & Elliott D. 2008. On my own: Experiences of recovery from acute coronary syndrome for women living alone. *Heart & Lung* 37(6), 417-424.
- Gravelly-Witte S, De Gucht V, Heiser W, Grace S. L & Van Elderen T. 2007. The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. *Chronic Illness* 3, 66-76.

- Grove K. A. 1996. The American Family: History and Development. Teoksessa *Nurses and family health promotion. Concepts, assessment, and interventions*. Bomar P. J (toim.). 2nd Edition. W.B.Saunders, Philadelphia, Pennsylvania, USA, 36-45.
- Guyatt G. H, Feeny D. H & Patrick D. L. 1993. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 118, 622-629.
- Haas B. K. 1999. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship* 31(3), 215-220.
- Hagman E. 1996. SF-36-terveyskysely koetun terveyden ja toimintakyvyn mittarina. *Suomen Lääkärilehti* 51, 3534-3539.
- Hallaråker E, Arefjord K, Havik O. E & Mæland J. G. 2001. Social support and emotional adjustment during and after a severe life event: a study of wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Health* 16, 343-355.
- Hallas C. N, Wray J, Andreou P & Banner N. R. 2010. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung* X(X), 1-13. Article in Press.
- Hawkes A. L, Nowak M & Speare R. 2003. Short form-36 health survey as an evaluation tool for cardiac rehabilitation programs. Is it appropriate? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 23, 22-25.
- Hays R. D & Morales L. S. 2001. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine* 2001 33(5), 350-357.
- Heikkilä T. 2005. *Tilastollinen tutkimus*. 5.-6. painos, Edita, Helsinki.
- Heitman L. K. 2006. The influence of social support on cardiovascular health in families. *Family & Community Health* 29(2), 131-141.
- House J. S & Kahn R. L. 1985. Measures and concepts of social support. Teoksessa *Social support and health*. Cohen S & Syme S. L (toim.). Academic Press, Orlando, Florida, USA.
- Hämäläinen H & Röberg M. 2007. *Kokonaisvaltainen katse sydäntuntoutukseen*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88. Kela, Helsinki.
- Ikeda A, Iso H, Kawachi I, Yamagishi K, Inoue M & Tsugane S. 2008. Social support and stroke and coronary artery disease. The JPHC study cohorts II. *Stroke* 39, 768-775.
- Itkonen T. 2002. *Uusi kieliopas*. 2nd Edition. Tammi, Helsinki.
- Johansson P, Agnebrink M, Dahlström U & Broström A. 2004. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from nursing perspective – a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3, 7-20.
- de Jong-Watt W. J & Arthur H. M. 2004. Anxiety and health-related quality of life in patients awaiting elective coronary angiography. *Heart & Lung* 33(4), 237-248.

Järvinen O, Saarinen T, Julkunen J, Huhtala H & Tarkka M. R. 2003. Changes in health-related quality of life and functional capacity following coronary artery bypass graft surgery. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 24, 750-756.

Järvinen O, Julkunen J, Saarinen T, Laurikka J & Tarkka M. R. 2005. Effect of diabetes on outcome and changes in quality of life after coronary artery bypass grafting. *The Annals of Thoracic Surgery* 79, 819-824.

Kahn R. L & Antonucci T. C. 1980. Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. Teoksessa *Life-span development and behavior*. Vol. 3. Baltes P. B & Brim O. G (toim.). Academic Press, New York, USA.

Kattainen E. 2004. *Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta*. Kuopion yliopiston julkaisu E. yhteiskuntatieteet 114. Väitöskirja, Kuopion yliopisto, Kopijyvä, Kuopio.

Kattainen E & Meriläinen P. 2004. NHP, RAND-36 ja 15D mittareiden psykometristen ominaisuuksien vertailu – mittarin valinnan perustelut sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden elämänlaatu tutkimukseen. *Hoitotiede* 16(5), 202-213.

Kattainen E, Meriläinen P & Sintonen H. 2006. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5, 21-30.

Kervinen H. 2009. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja 6.8.2009. Verkoartikkeli osoitteessa <http://www.terveysportti.fi>. 15.3.2010.

Koivukangas P, Ohinmaa A & Koivukangas J. 1995. *Nottingham Health Profilen (NHP) suomalainen versio*. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 187. Gummerus, Saarijärvi.

Koivula M. 2002. *Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 875. Tampereen yliopistopaino.

Koivula M. 2004. Perheen ja läheisten ihmisten merkitys ohitusleikkauspotilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemana. *Tutkiva Hoitotyö* 2(1), 4-9.

Koivula M, Halme N & Åstedt-Kurki P. 2010. Predictors of depressive symptoms among coronary artery disease patients: Across-sectional study nine years after coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung* X(X), 1-11. Article in Press.

Koivula M, Kaunonen M & Tarkka M-T. 2005. Nuorten koettu terveys ja sosiaalinen tuki – pilottitutkimus. *Hoitotiede* 17(6), 298-310.

Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka M-T, Tarkka M & Laippala P. 2002. Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 11(5), 622-633.

Kumpusalo E. 1991. *Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys*. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus, raportteja 8/1991. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

- Kristofferzon M-L, Löfmark R & Carlsson M. 2003. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *Journal of Advanced Nursing* 44(4), 360-374.
- Kristofferzon M-L, Löfmark R & Carlsson M. 2005a. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 52(2), 113-124.
- Kristofferzon M-L, Löfmark R & Carlsson M. 2005b. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung* 34(1), 39-50.
- Käypä hoito. 2009. Sydäninfarktin diagnostiikka. 22.4.2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Verkkoartikkeli osoitteessa <http://www.terveysportti.fi>. 15.3.2010.
- Käypä hoito –suositus. 2000. Sydäninfarktin diagnostiikka. Suomen Kardiologisen Seuran suositusryhmä. *Duodecim* 116, 2878-2887.
- Laijärvi H & Kaunonen M. 2005. Summa-asteikot hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 17(2), 89–96.
- Lee G. A. 2008. Patients reported health-related quality of life five years post coronary artery bypass graft surgery – A methodological study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7, 67-72.
- Lett H. S, Blumenthal J. A, Babyak M. A, Strauman T. J, Robins C & Sherwood A. 2005. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implication for treatment. *Psychosomatic Medicine* 67, 869-878.
- Loponen P, Luther M, Korpilahti K, Wistpacka J-O, Huhtala H, Laurikka J & Tarkka M. R. 2009. HRQoL after coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary intervention for stable angina. *Scandinavian Cardiovascular Journal* 43, 94-99.
- Loponen P, Luther M, Wistpacka J-O, Korpilahti K, Laurikka J, Sintonen H, Huhtala H & Tarkka M. R. 2007. Quality of life during 18 months after coronary artery bypass grafting. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 32, 77-82.
- Lukkarinen H. 1999. *Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne*. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella ja ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 562. Oulun yliopisto, Oulu.
- Luszczynska A & Cieslak R. 2009. Mediated effects of social support for healthy nutrition: fruit and vegetable intake across 8 months after myocardial infarction. *Behavioral Medicine* 35, 30-37.
- Luttik M. L, Jaarsma T, Moser D, Sanderman R & Veldhuisen D. J. 2005. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 20 (3), 162-169.
- Luttik M. L, Jaarsma T, Veeger N & Veldhuisen D. J. 2006. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart & Lung* 35(1), 3-8.
- Mandzuk L. L & McMillan D. E. 2005. A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing* 9, 12-18.

- Marin M. 1999. Perhe ja sen muutos suomalaisessa kulttuurissa. Teoksessa *Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö*. Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. WSOY, Porvoo, 43-60.
- Markou A. L. P, van der Windt A, van Swieten H. A & Noyez L. 2008. Changes in quality of life, physical activity, and symptomatic status one year after myocardial revascularization for stable angina. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 34, 1009-1015.
- Meeberg G. A. 1993. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 18, 32-38.
- Melville M. R, Lari M. A, Brown N, Young T & Gray D. 2003. Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors. *Heart* 89, 1445-1446.
- Merkouris A, Apostolakis E, Pistolas D, Papagiannaki V, Diakomopoulou E & Patiraki E. 2009. Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8, 74-81.
- Miche E, Roelleke E, Zoller B, Wirtz U, Schneider M, Huerst M, Amelang M & Radzewitz A. 2009. A longitudinal study of quality of life in patients with chronic heart failure following an exercise training program. *European journal of Cardiovascular Nursing* 8, 281-287.
- MOT. 2009. MOT kielitoimiston sanakirja 2.0, 2008. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Grönros E-R, Haapanen M, Heinonen T. R, Joki L, Nuutinen L, Vilkamaa-Viitala M, Eronen R & Lehtinen O (toim.). Kielikone OY. Katsottu 3.11.2009.
- Molloy G. J, Perkins-Porras L, Strike P. C & Steptoe A. 2008. Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. *Health Psychology* 27(1), 52-58.
- Mookadam F & Arthur H. M. 2004. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine* 164, 1514-1518.
- Munro B. H. 2005. Selected nonparametric techniques. Teoksessa *Statistical methods for health care research*. Munro B. H. 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 109-136.
- Murphy B. M, Elliott P. C, Le Grande M. R, Higgins R. O, Ernest C. S, Goble A. J, Tatoulis J & Worcester M. U. C. 2008. Living alone predicts 30-day hospital readmission after coronary artery bypass graft surgery. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 15, 210-215.
- Mustajoki P. 2008. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Verkkoartikkeli osoitteesta <http://www.terveysportti.fi>. 15.3.2010.
- Mäntymäki H, Airaksinen J, Vikman S, Voipio-Pulkki L-M, Tuunanen H & Porela P. 2006. Sepelvaltimotautikohtaus ilman ST-nousua – miten hoito on kehittynyt? *Suomen lääkärilehti* 61(13), 1457-1460.

- Najafi M, Sheikhvatan M, Montazeri A & Sheikhfathollahi M. 2009. Reliability of world health organization's quality of life-bref versus short form 36 health survey questionnaires for assessment of quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Medicine* 10, 316-321.
- Norbeck J. S. 1988. Social support. Teoksessa *Annual review of nursing research*. Vol. 6. Fitzpatrick J. J, Taunton R. L & Benoliel J. Q (toim.). Springer Publishing, New York, USA.
- Norris C. M & King K. 2009. A qualitative examination of the factors that influence women's quality of life as they live with coronary artery disease. *Western Journal of Nursing Research* 31(4), 513-524.
- Okkonen E & Vanhanen H. 2006. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 35, 234-244.
- Peterson J. C, Allegrante J. P, Pirraglia P. A, Robbins L, Lane K. P, Boschert K. A & Charlson M. E. 2010. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung* 39, 105-115.
- Pettersen K. I, Reikvam A, Rollag A & Stavem K. 2008. Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction. *International Journal of Cardiology* 130, 449-456.
- Pocock S. J, Henderson R. A, Clayton T, Lyman G. H & Chamberlain D. A. 2000. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: three-year follow-up in the RITA-2 trial. *Journal of the American College of Cardiology* 35, 907-914.
- Rantanen A. 2009. *Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki*. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1447. Tampereen yliopistopaino.
- Rantanen A, Kaunonen M, Sintonen H, Koivisto A, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T. 2008. Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1742-1753.
- Rantanen A, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T. 2004. Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Clinical Nursing* 13, 158-166.
- Roth P. 1996. Family social support. Teoksessa *Nurses and family health promotion. Concepts, assessment, and interventions*. Bomar P. J (toim.). 2nd Edition. W.B.Saunders, Philadelphia, Pennsylvania, USA, 107-120.
- Royston P. 1992. Approximating the Shapiro-Wilk W-test for non formality. *Statistics and Computing* 2, 117-119.
- Rutledge T, Linke S. E, Olson M. B, Francis J, Johnson B. D, Bittner V, York K, McClure C, Kelsey S. F, Reis S. E, Cornell C. E, Vaccarino V, Sheps D. S, Shaw L. J, Krantz D. S, Parashar S & Bairey Mertz C. N. 2008. Social networks and incident stroke among women with suspected myocardial ischemia. *Psychosomatic Medicine* 70, 282-287.
- Sainio E, Pitkänen O & Hakala T. 2007. Sepelvaltimoiden ohitusleikkausten tulokset yli 80-vuotiailla. *Duodecim* 123, 407-412.

Salminen M, Vahlberg T, Isoaho R, Sintonen H, Verronen S & Kivelä S-L. 2004. Sydänjärjestön neuvonta- ja ryhmätoimintaohjelman vaikutus iäkkäiden sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatuun. *Suomen Lääkärilehti* 41, 3855-3859.

Sawatzky J-A. V & Naimark B. J. 2009. The coronary artery bypass graft surgery trajectory: Gender differences revisited. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8, 302-308.

Schaffer M. A. 2009. Social support. Teoksessa *Middle range theories. Application to nursing research*. Peterson S.J & Bredaw T.S (toim.). 2nd Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 163-188.

Schulz U, Pischke C. R, Weidner G, Daubenmier J, Elliot-Eller M, Scherwitz L, Bullinger M & Ornish J. 2008. Social support group attendance is related to blood pressure, health behaviours, and quality of life in the Multicenter Lifestyle Demonstration Project. *Psychology, Health and Medicine* 13(4), 423-437.

Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, König H-H, Gapp O & Holle R. 2009. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to general population. *European Heart Journal* 30, 436-443.

Sintonen H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine* 33(5), 328-336.

Smith H. J, Taylor R & Mitchell A. 2000. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI, and SEIQoL. *Heart* 84, 390-394.

Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A & Makrides L. 2000. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing* 31(6), 1351-1360.

Stramba-Badiale M. 2009. Red alert of women's hearts. Women and cardiovascular research in Europe. European heart health strategy EuroHeart project, work package 6 women and cardiovascular diseases. European society of cardiology ja european heart network. Verkkoartikkeli osoitteesta <http://www.ehnheart.org/files/RedAlert-095618A.pdf>. 2.4.2010.

Stramba-Badiale M, Fox K. M, Priori S. G, Collins P, Daly C, Graham I, Jonsson B, Schenk-Gustaffsson K & Tendera M. 2006. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 27, 994-1005.

Sydänliitto 2010. Painoindexi ja vyötärön ympärys. Verkkoartikkeli osoitteessa <http://www.sydänliitto.fi/painoindexi-ja-vyotaronymparys>. 2.5.2010.

Synonymisanasto. 2007. Microsoft office home and student 2007. Microsoft Office -ohjelmistopaketti.

Szygula-Jurkiewicz B, Zembala M, Wilczek K, Wojnicz R & Polonski L. 2005. Healthy related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. 12-month follow up. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 27, 882-886.

Tenant C. 1999. Life stress, social support and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33, 636-641.

Testa M. A & Simonson D. C. 1996. Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine* 334(13), 835-840.

THL. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, Yliopistopaino, Helsinki. Verkkootikkeli osoitteesta <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/julkaisut/sosteri2009.pdf>. 17.4.2010.

Thompson D. R & Roebuck A. 2001. The measurement of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular of Nursing* 16(1), 28-33.

Tilastokeskus. 2009. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. Julkaistu 18.12.2009. Verkkootikkeli osoitteesta http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html. 17.4.2010.

Tung H-H, Hunter A & Wei J. 2008. Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing* 61(6), 651-663.

Uchino B. N. 2004. *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press, USA, 9 – 32.

Urizar G. G & Sears S. F. 2006. Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in South Florida. *Journal of Behavioral Medicine* 29(3), 255-268.

Vartiainen E, Laatikainen T, Salomaa V, Jousilahti P, Peltonen M & Puska P. 2007. Sydäninfarkti- ja aivohalvausriskin arviointi FINRISKI-tutkimuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 68 (48), 4507-4513.

Vizza J, Neatrour D. M, Felton P. M & Ellsworth D. L. 2007. Improvement in psychosocial functioning during an intensive cardiovascular lifestyle modification program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 27, 376-383.

Ware J.E. 2000. SF-36 health survey update. *Spine* 25(24), 3130-3139.

WHO. 1946. Constitution of the world health organization. 22.06.1946 New York, USA. <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>. Katsottu 5.11.2009

WHO. 1947. Chronicle of the world health organization. Development and constitution of the W.H.O. Vol 1, No 1-2. United Nations. <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>. Katsottu 5.11.2009

WHOQOL. 1995. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine* 41(10), 1403-1409.

Wong M. S. & Chair S. Y. 2007. Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 44, 1334-1342.

Wieslander I, Baigi A, Turesson C & Fridlund B. 2005. Women's social support and social network after their first myocardial infarction; a 4-year follow-up with focus on cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4, 278-285.

Wills T. A. 1985. Supportive functions of interpersonal relationships. Teoksessa *Social support and health*. Cohen S & Syme S.L (toim.). Academic Press, Orlando, Florida, USA.

Wilson D, Parsons J & Tucker G. 2000. The SF-36 summary scales: Problems and solutions. *Sozial- und Präventivmedizin* 45, 239-246.

Åstedt-Kurki P, Lehti K, Tarkka M-T & Paavilainen E. 2004. Determinants of perceived health in families of patients with heart disease. *Journal of Advanced Nursing* 48(2), 115-123.

Liite 1. Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys elämänlaatuun

Taustamuuttuja	Fyysinen toimintakyky Ka (Kh) p-arvo	Roolitoiminta (fyysinen) Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Roolitoiminta (psykkinen) Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Tarmokkuus Ka (Kh)p-arvo	Psykkinen hyvinvointi Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Sosiaalinen toimintakyky Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Kivuttomuus Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Koettu terveys Ka (Kh) p-arvo
Sukupuoli	.652	.691	.148	.522	.250	.277	.548	.399
Nainen	62,4 (22,3)	12,5 (0,0; 56,3)	83,3 (33,3; 100,0)	57,5 (25,1)	84,0 (56,0; 92,0)	75,0 (50,0; 100,0)	67,5 (55,0; 77,5)	51,5 (18,3)
Mies	65,2 (27,6)	25,0 (0,0; 75,0)	33,3 (0,0; 100,0)	53,9 (23,6)	74,0 (56,0; 84,0)	75,0 (53,1; 96,9)	67,5 (43,8; 77,5)	48,0 (17,0)
Ikä	.003	.279	.773	.213	.053	.120	.934	.956
alle tai 65 vuotta	72,3 (21,2)	25,0 (0,0; 75,0)	66,7 (0,0; 100,0)	51,8 (23,4)	72,0 (52,0; 84,0)	75,0 (50,0; 87,5)	67,5 (45,0; 82,5)	48,8 (18,0)
yli 65vuotta	55,1 (29,1)	0,0 (0,0; 56,3)	33,3 (0,0; 100,0)	58,0 (24,2)	78,0 (61,0; 92,0)	75,0 (62,5; 100,0)	67,5 (45,0; 77,5)	49,0 (16,8)
Sivillisääty	.983	.409	.812	.903	.665	.715	.437	.815
Avio- tai avoliitto	64,6 (25,9)	25,0 (0,0; 75,0)	33,3 (0,0; 100,0)	54,9 (23,6)	76,0 (56,0; 84,0)	75,0 (62,5; 100,0)	67,5 (45,0; 80,0)	49,1 (15,9)
Eronnut, leski tai naimaton	64,4 (28,9)	25,0 (0,0; 50,0)	66,7 (16,7; 100,0)	54,2 (25,7)	72,0 (44,0; 92,0)	75,0 (37,5; 100,0)	67,5 (32,5; 77,5)	47,8 (23,0)
Asuminen	.974	.439	.650	.482	.247	.460	.314	.705
Yksin	64,3 (30,9)	25,0 (0,0; 50,0)	66,7 (0,0;100,0)	50,9 (25,4)	68,0 (44,0; 88,0)	62,5 (37,5; 100,0)	67,5 (32,5; 77,5)	46,9 (24,0)
Perheen kanssa	64,6 (25,6)	25,0 (0,0; 75,0)	33,3 (0,0; 100,0)	55,6 (23,6)	76,0 (56,0; 88,0)	75,0 (62,5; 100,0)	67,5 (45,0; 78,6)	49,3 (15,8)
Työtilanne	.024	.487	.623	.136	.091	.461	.391	.836
Eläkkeellä tai työtön	60,3 (27,4)	25,0 (0,0; 68,6)	33,3 (0,0; 100,0)	57,1 (23,5)	76,0 (60,0; 88,0)	75,0 (50,0; 100,0)	67,5 (45,0; 77,5)	49,1 (16,5)
Sairaslomalla tai työssä	74,2 (21,2)	25,0 (0,0; 87,5)	66,7 (16,7; 100,0)	48,9 (24,3)	68,0 (50,0; 85,0)	75,0 (56,3; 100,0)	77,5 (40,6; 88,1)	48,3 (19,7)
Pohjakoulutus	.019	.417	.160	.218	.128	.478	.001	.647
Vähintään kansa- tai kansalaiskoulu	58,6 (27,3)	12,5 (0,0; 50,0)	33,3 (0,0;100,0)	51,6 (22,8)	72,0 (53,0; 84,0)	75,0 (50,0; 100,0)	67,5 (38,8; 77,5)	47,8 (19,4)
Keski- tai peruskoulu	71,4 (24,9)	25,0 (0,0; 100,0)	50,0 (25,0; 100,0)	61,7 (28,0)	82,0 (65,0; 95,0)	75,0 (50,0; 100,0)	67,5 (45,0; 100,0)	49,4 (13,0)
Ylioppilas	79,6 (13,7)	37,5 (0,0; 93,6)	83,3 (41,7; 100,0)	56,2 (18,5)	80,0 (62,0; 86,0)	75,0 (75,0; 87,5)	90,0 (77,5; 100,0)	52,9 (15,0)
Ammattikoulutus	.129	.119	.667	.740	.942	.130	.080	.868
Ei koulutusta	61,8 (31,1)	25,0 (0,0; 75,0)	33,3 (0,0; 100,0)	57,5 (18,0)	78,0 (55,0; 92,0)	100,0 (75,0; 100,0)	67,5 (50,0; 77,5)	47,3 (17,8)
Ammattikurssi	57,6 (25,7)	0,0 (0,0; 50,0)	33,3 (16,7; 100,0)	52,2 (22,1)	72,0 (56,0; 88,0)	68,8 (50,0; 87,5)	67,5 (45,0; 100,0)	47,5 (16,4)
Ammatti- tai opistotason koulu	68,6 (24,6)	25,0 (0,0; 100,0)	33,3 (0,0; 100,0)	56,9 (27,6)	78,0 (57,0; 84,0)	75,0 (50,0; 100,0)	67,5 (42,5; 100,0)	50,4 (19,5)
Korkeakoulu	78,0 (22,6)	50,0 (18,8; 81,3)	83,3 (50,0; 100,0)	49,6 (24,6)	72,0 (52,0; 88,0)	75,0 (56,3; 78,1)	90,0 (69,4; 100,0)	51,0 (14,3)

Jatkuu

Liite 1. Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys elämänlaatuun (jatkuu)

Taustamuuttuja	Fyysinen toimintakyky Ka (Kh) p-arvo	Roolitoiminta (fyysinen) Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Roolitoiminta (psykykinen) Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Tarmokkuus Ka (Kh) p-arvo	Psykykinen hyvinvointi Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Sosiaalinen toimintakyky Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Kivuttomuus Md (Q ₁ , Q ₃) p-arvo	Koettu terveys Ka (Kh) p-arvo
Tieto diagnoosista	.040	.318	.433	.859	.802	.743	.270	.060
Alle puoli vuotta	69,1 (24,4)	25,0 (0,0; 75,0)	66,7 (8,3; 100)	54,8 (22,8)	76,0 (56,0; 87,0)	75,0 (53,1; 100,0)	67,5 (45,0; 77,5)	51,4 (17,5)
Yli puoli vuotta	56,8 (27,9)	0,0 (0,0; 75,0)	33,3 (0,0; 100,0)	53,9 (26,1)	76,0 (57,0; 91,0)	75,0 (46,9; 100,0)	67,5 (22,5; 78,1)	44,6 (16,6)
Liikunta	.003	.032	.178	.003	.066	.001	.089	.473
Vähintään 2-3 x viikossa	70,1 (25,7)	25,0 (0,0; 75,0)	66,7 (33,3; 100,0)	60,1 (21,7)	78,0 (56,0; 92,0)	75,0 (62,5; 100,0)	67,5 (45,0; 88,8)	50,4 (17,2)
Enintään kerran viikossa	61,4 (21,4)	37,7 (0,0; 93,8)	33,3 (0,0; 100,0)	48,1 (25,7)	72,0 (44,0; 84,0)	75,0 (53,1; 96,9)	67,5 (32,5; 77,5)	45,2 (20,1)
Ei lainkaan	40,5 (27,3)	0,0 (0,0; 6,25)	0,0 (0,0; 100,0)	35,5 (21,8)	70,0 (53,0; 77,0)	37,5 (25,0; 62,5)	37,5 (17,5; 70,0)	47,0 (11,6)
Alkoholin käyttö	.023	.102	.540	.457	.640	.542	.246	.807
Vähintään 2-3 x viikossa	77,3 (26,8)	50,0 (0,0; 100,0)	66,7 (33,3; 100,0)	60,2 (25,6)	80,0 (53,0; 88,0)	75,0 (62,5; 100,0)	77,5 (45,0; 100,0)	50,4 (17,0)
2-4 x kuukaudessa	66,4 (22,3)	25,0 (0,0; 50,0)	50,0 (0,0; 100,0)	55,9 (24,8)	70,0 (53,0; 88,0)	75,0 (50,0; 100,0)	67,5 (45,0; 77,5)	47,0 (16,6)
Enintään kerran kuukaudessa	55,3 (26,2)	0,0 (0,0; 56,3)	33,3 (0,0; 100,0)	50,2 (20,5)	72,0 (56,0; 84,0)	75,0 (37,5; 90,6)	67,5 (42,5; 77,5)	48,3 (18,6)
Ei käytä	58,5 (26,7)	25,0 (0,0; 81,3)	66,7 (0,0; 100,0)	51,7 (28,8)	76,0 (64,0; 90,0)	87,5 (59,4; 100,0)	56,3 (42,5; 73,1)	52,5 (17,7)
Painoindeksi	.034	.033	.080	.035	.168	.110	.060	.150
Lievä alipaino tai normaali paino	53,6 (16,9)	35,5 (18,8; 100,0)	66,7 (33,3; 100,0)	54,2 (25,5)	74,0 (59,0; 85,0)	75,0 (62,5; 87,5)	72,5 (41,9; 100,0)	53,6 (16,9)
Lievä ylipaino	49,6 (17,1)	25,0 (0,0; 75,0)	66,7 (16,7; 100,0)	59,5 (23,0)	76,0 (60,0; 88,0)	75,0 (62,5; 100,0)	67,5 (52,5; 80,0)	49,6 (17,1)
Merkittävä, vaikea, tai sairaalloinen ylipaino	43,3 (17,9)	0,0 (0,0; 25,0)	33,3 (0,0; 66,7)	44,1 (22,5)	64,0 (40,0; 84,0)	62,5 (25,0; 87,5)	45,0 (32,5; 67,5)	43,3 (17,9)

Liite 2. Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen

Taustamuuttuja	Puoliso Konkreettinen tuki		Puoliso Informatiivinen tuki		Puoliso Emotionaalinen tuki		Lapsi Konkreettinen tuki		Lapsi Informatiivinen tuki		Lapsi Emotionaalinen tuki	
	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Ka (Kh)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo
Sukupuoli		.347		.205		.419		.009		.225		.160
Nainen	8,5 (5,5; 9,8)		8,3 (5,0; 9,2)		9,3 (6,0; 9,8)		7,1 (1,9)		8,3 (7,5; 9,3)		9,5 (9,0; 10,0)	
Mies	8,9 (7,7; 9,9)		8,8 (7,7; 10,0)		9,5 (7,7; 10,0)		8,4 (1,2)		7,8 (5,3; 9,1)		8,8 (7,5; 9,8)	
Ikä		.926		.514		.977		.441		.657		.081
alle tai 65 vuotta	9,0 (7,5; 9,8)		8,9 (7,6; 9,9)		9,5 (7,7; 10,0)		7,7 (1,6)		8,2 (6,9; 9,7)		9,0 (7,9; 9,8)	
yli 65 vuotta	8,7 (7,0; 9,9)		8,4 (7,3; 9,4)		9,3 (8,0; 10,0)		7,3 (1,9)		8,1 (5,6; 9,0)		9,5 (8,4; 10,0)	
Siviilisääty		.092		.095		.097		.504		.540		.183
Avio- tai avoliitto	8,9 (7,5; 9,9)		8,8 (7,5; 9,8)		9,5 (7,7; 10,0)		7,5 (1,7)		8,1 (6,3; 9,0)		9,1 (8,0; 9,9)	
Eronnut, leski tai naimaton	4,0 (4,0; 4,0)		4,0 (4,0; 4,0)		4,0 (4,0; 4,0)		7,9 (2,1)		8,5 (7,0; 9,5)		9,8 (9,0; 10,0)	
Asuminen		.092		.095		.097		.736		.794		.620
Yksin	4,0 (4,0; 4,0)		4,0 (4,0; 4,0)		4,0 (4,0; 4,0)		7,3 (2,0)		7,6 (7,0; 9,3)		9,8 (8,4; 9,9)	
Perheen kanssa	8,9 (7,5; 9,9)		8,8 (7,5; 9,8)		9,5 (7,7; 10,0)		7,6 (1,7)		8,2 (6,5; 9,2)		9,3 (8,0; 10,0)	
Työtilanne		.167		.720		.566		.831		.914		.991
Eläkkeellä tai työtön	9,0 (7,8; 10,0)		8,8 (7,4; 10,0)		9,6 (7,7; 10,0)		7,5 (1,8)		8,3 (7,0; 9,0)		9,4 (8,0; 10,0)	
Sairaslomalla tai työssä	7,9 (7,1; 9,1)		8,5 (6,8; 9,8)		9,3 (7,7; 9,9)		7,6 (1,7)		8,1 (5,7; 9,7)		9,0 (7,8; 10,0)	
Pohjakoulutus		.110		.320		.287		.268		.518		.163
Vähintään kansa- tai kansalaiskoulu	9,0 (7,6; 9,9)		9,0 (8,0; 10,0)		9,5 (8,8; 10,0)		7,9 (1,7)		8,2 (7,0; 9,4)		9,7 (8,9; 10,0)	
Keski- tai peruskoulu	9,2 (7,0; 10,0)		8,2 (6,8; 9,9)		8,7 (6,9; 9,9)		7,5 (1,9)		8,3 (5,7; 9,8)		9,0 (7,8; 10,0)	
Ylioppilas	7,7 (6,8; 8,8)		8,5 (5,4; 9,1)		8,4 (4,9; 10,0)		6,7 (1,7)		7,8 (5,2; 8,6)		8,8 (7,3; 9,4)	
Ammattikoulutus		.331		.686		.340		.057		.185		.088
Ei koulutusta	8,6 (5,1; 9,3)		8,5 (7,0; 9,6)		9,3 (7,8; 10,0)		6,8 (2,5)		8,2 (6,3; 9,2)		10,0 (7,3; 10,0)	
Ammattikurssi	9,0 (7,4; 10,0)		9,0 (7,8; 10,0)		9,6 (8,8; 10,0)		8,3 (1,4)		9,0 (7,3; 9,7)		9,7 (8,9; 10,0)	
Ammattikoulu tai opistotason tutkinto	9,0 (7,4; 10,0)		8,7 (7,2; 9,5)		9,5 (7,6; 9,8)		6,8 (1,6)		7,3 (5,1; 8,5)		9,0 (7,8; 9,8)	
Korkeakoulu	7,7 (6,9; 8,9)		8,2 (5,4; 10,0)		7,7 (5,1; 10,0)		7,1 (2,2)		8,3 (4,5; 9,2)		8,7 (6,1; 8,9)	

Jatkuu

Liite 2. Sepelvaltimotautipotilaiden taustamuuttujien yhteys perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen (jatkuu)

Taustamuuttuja	Puoliso Konkreettinen tuki		Puoliso Informatiivinen tuki		Puoliso Emotionaalinen tuki		Lapsi Konkreettinen tuki		Lapsi Informatiivinen tuki		Lapsi Emotionaalinen tuki	
	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Ka (Kh)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo	Md (Q ₁ , Q ₃)	p-arvo
Tieto sairastumisesta		.207		.101		.051		.837		.669		.882
Alle puoli vuotta	8,2 (7,0; 9,6)		8,5 (7,2; 9,7)		9,3 (7,6; 9,8)		7,6 (1,9)		8,3 (6,4; 9,6)		9,3 (7,9; 10,0)	
Yli puoli vuotta	9,1 (8,2; 10,0)		9,0 (8,0; 10,0)		9,8 (8,9; 10,0)		7,4 (1,4)		8,0 (7,0; 9,0)		9,5 (8,4; 9,9)	
Liikunta		.320		.521		.534		.559		.279		.095
Vähintään 2-3 x viikossa	9,0 (8,0; 9,9)		8,8 (7,7; 10,0)		9,5 (8,4; 10,0)		7,7 (1,7)		8,3 (7,3; 9,5)		9,7 (8,7; 10,0)	
Enintään kerran viikossa	7,6 (6,3; 9,5)		9,0 (5,8; 9,2)		9,5 (6,7; 10,0)		7,1 (1,8)		7,2 (4,7; 8,5)		8,6 (7,8; 9,1)	
Ei lainkaan	8,3 (5,5; 10,0)		7,8 (5,3; 9,9)		9,1 (6,5; 9,8)		7,6 (2,1)		7,7 (6,2; 9,4)		9,8 (7,1; 9,9)	
Alkoholin käyttö		.444		.491		.778		.283		.032		.205
Vähintään 2-3 x viikossa	9,0 (7,5; 9,9)		9,2 (8,3; 10,0)		9,6 (8,4; 10,0)		7,8 (1,8)		8,5 (8,0; 9,8)		9,0 (8,7; 10,0)	
2-4 x kuukaudessa	9,0 (6,9; 10,0)		8,3 (7,3; 9,8)		9,3 (7,4; 10,0)		7,4 (1,6)		7,3 (6,5; 8,7)		9,1 (7,8; 9,9)	
Enintään kerran kuukaudessa	8,5 (6,1; 9,3)		8,7 (5,8; 9,2)		9,7 (7,7; 10,0)		7,2 (1,9)		7,7 (5,3; 9,0)		9,3 (8,2; 9,8)	
Ei käytä	9,2 (8,3; 10,0)		8,4 (7,3; 9,7)		8,6 (6,8; 9,9)		9,7 (0,0)		9,7 (9,7; 10,0)		10,0 (9,6; 10,0)	
Painoindeksi		.070		.060		.016		.520		.291		.432
Lievä alipaino tai normaali paino	8,3 (7,0; 9,0)		7,7 (6,0; 8,8)		7,7 (6,7; 9,6)		7,6 (1,6)		8,0 (6,0; 9,0)		8,8 (7,6; 9,8)	
Lievä ylipaino	9,2 (8,0; 10,0)		9,1 (8,0; 10,0)		9,7 (8,8; 10,0)		7,2 (2,0)		7,7 (6,2; 9,0)		9,5 (7,8; 10,0)	
Merkittävä, vaikea, tai sairaallosainen ylipaino	8,3 (6,6; 9,3)		9,0 (7,0; 9,7)		9,5 (7,7; 10,0)		7,9 (1,5)		8,7 (8,0; 9,7)		9,7 (8,6; 10,0)	

Liite 3. Perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteys sepelvaltimotautipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Tuen antaja Sosiaalinen tuki	FyTo		RoFy		RoPs		Tarm		PsHy		SoTo		Kivu		KoTe	
	r	p-arvo	r	p-arvo	r	p-arvo	r	p-arvo	r	p-arvo	r	p-arvo	r	p-arvo	r	p-arvo
Puoliso																
Konkreettinen tuki	.088	.525	.012	.931	.146	.279	.137	.301	.230	.080	.098	.463	.052	.699	.134	.312
Informatiivinen tuki	.140	.273	.028	.822	.256	.038	.182	.137	.316	.009	.105	.404	.052	.674	.145	.242
Emotionaalinen tuki	.126	.319	-.025	.837	.186	.122	.238	.044	.357	.002	.202	.094	.024	.844	.081	.506
Lapsi tai lapset																
Konkreettinen tuki	.061 ¹	.707	.106	.498	.200	.204	.234 ¹	.131	.298	.052	.128	.412	.033	.836	.371¹	.014
Informatiivinen tuki	.053	.737	.047	.754	.271	.071	.294	.048	.398	.006	.236	.114	.160	.288	.338	.021
Emotionaalinen tuki	.019	.900	.052	.724	.168	.253	.231	.110	.290	.046	.281	.050	.085	.563	.238	.099

¹ Pearsonin korrelaatiokerroin, muutoin Spearman ; FyTo = Fyysinen toimintakyky, RoFy = Roolitoiminta(fyysinen), RoPs = Roolitoiminta (psykkinen), Tarm = Tarmokkuus, PsHy = Psykkinen hyvinvointi, SoTo = Sosiaalinen toimintakyky, Kivu = Kivuttomuus, KoTe = Koettu terveys